



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA FÁTIMA DE SOUSA

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
ESTRATÉGIA DE SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA SAÚDE?
ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.

BRASÍLIA/DF

2007

MARIA FÁTIMA DE SOUSA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
ESTRATÉGIA DE SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA SAÚDE?
ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.**

TESE DE DOUTORADO

Apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde,
junto ao Programa de Pós-graduação em
Ciências da Saúde, para a obtenção do
título de Doutor em Ciências da Saúde.

ORIENTADOR

PROF. DR. EDGAR MERCHAN HAMANN

BRASÍLIA/DF

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Universidade de
Brasília

Sousa, Maria Fátima de.

Programa de saúde da família : estratégia de superação das desigualdades na saúde? ... /
por Maria Fátima de Sousa. – 2007.

268 f.; 21cm.

Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, Faculdade em Ciências da Saúde, 2007.

Orientação: Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann, Departamento de Saúde Coletiva.

I. Políticas de Saúde – Brasil. II. Atenção básica à saúde. III. Programa saúde da família.
IV. Título: Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na
saúde? Análise de acesso aos serviços básicos de saúde. V. Título.

CDU: 616-092:351.77 (81)(043.2)

MARIA FÁTIMA DE SOUSA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
ESTRATÉGIA DE SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA SAÚDE?
ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.**

TESE DE DOUTORADO

Apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde,
junto ao Programa de Pós-graduação em
Ciências da Saúde, para a obtenção do
título de Doutor em Ciências da Saúde.

PROF. DR. EDGAR MERCHAN HAMANN - PRESIDENTE

Orientador - Universidade de Brasília

PROFA. DRA. ANNA MARIA CHIESA

Universidade de São Paulo

PROFA. DRA. DIANA LUCIA MOURA PINHO

Universidade de Brasília

PROF. DR. JORGE ALBERTO CORDÓN PORTILLO

Universidade de Brasília

PROFA. DRA. MARIA DA GLÓRIA LIMA

Universidade de Brasília

PROFA. DRA. MARIA MARGARITA URDANETA GUTIÉRREZ - Suplente

Universidade de Brasília

BRASÍLIA/DF, 31 de maio de 2007.

DEDICATÓRIA

A minha mãe (*in memoriam*) dedico este trabalho, pela sua fortaleza, coragem e sabedoria no enfrentamento com dureza, porém serena, firme e decidida nas mais penosas dificuldades no trajeto de sua vida.

Mulher que sempre ergueu a cabeça nos ensinando a não olhar para trás, mas sim seguir em frente trabalhando apaixonada e continuamente pelos valores do amor e do respeito ao próximo. Ensinou-nos que na luta pela justiça (compartilhar o pão de cada dia com os que necessitam) e pela liberdade (direito de ir e vir sem atropelar o outro) não deveríamos sujar as nossas mãos, nem nossos corações com falsidade, ódio, mágoas ou malícias. E sim olhar as adversidades do cotidiano com os olhos do amor e com a força da alma.

Mestra da Universidade da Vida - minha querida mãe - esteja onde estiver, descanse em paz! Veja que seus filhos, entre eles eu, aprendi sua lição, e hoje, sigo meu caminho na eterna lembrança dos seus ensinamentos: “jamais desistam, não se desesperem, lutem pelos seus sonhos e tenham sempre fé no futuro”. É com esta fé no futuro e sem abrir mão dos meus sonhos que hoje fecho mais um ciclo de minha caminhada, acreditando sempre que a causa da virtude e da justiça não está condenada. Eis a razão do meu trabalho contínuo e apaixonado. Ele é, também, e, sobretudo, fruto de suas lições, minha mãe.

Sua benção!

AGRADECIMENTOS

Agradecendo a todos que me ajudaram neste caminho:

Em nossas vidas há muitas criaturas que nos deixam felizes pela sabedoria de habitar a grande casa (nosso planeta) de corações abertos, em uma espécie de **família**, aquela que escolhemos ao longo de nossas jornadas. Família que cuida com carinho dos filhos, companheiros, camaradas, vizinhos e irmãos de sangue, de alma e de luta. Muitos destes percorrem ao nosso lado, compartilhando o sonho de uma moradia (mundo) socialmente saudável. Alguns vêm conosco a lua, a chuva e o sol passarem, de inverno a verão, do outono à primavera, diria, todos os anos, os anos todos. Outros apenas vemos entre um passo e outro. A todos chamamos de **amigos**, ainda que passantes. Talvez cada folha de uma árvore os simbolize. Em sua seiva, Deus representa o ser supremo, o que dá a vida.

Dos brotos nascem o pai Argemiro e a mãe Francisca (que hoje nos observa ao vento), amigos na essência. Os **irmãos** Desterro, Cristina e Francisco (este último hoje em outras estações), com quem aprendemos a dividir os galhos desta grande árvore chamada vida, também aprendem no mundo a nos compartilhar com outros elementos da natureza com os quais nos deparamos ao longo dos tempos. A vida ainda nos apresenta outros amigos, com quem não sabíamos em que momento nos cruzaríamos. Muitos considerados amigos do coração, ou amigos irmãos que elegemos independente da estação do ano. Eduardo Jorge, Luiza Erundina e Mizinha, verdadeiros aliados do tempo, seja ele bom ou ruim.

O tempo passa, o verão se vai, o outono se aproxima, e, às vezes, pensamos que perdemos algumas de nossas folhas. Elas (re)nascem num outro verão e permanecem por muitas estações. O que nos deixa mais felizes é quando as folhas que caíram continuam por perto, alimentando as nossas raízes com o adubo da generosidade, acolhimento, partilha, sabedoria, solidariedade, simplicidade e, sobretudo, da paciência.

Assim as raízes ficam mais fortes, simbolizando em cada uma, e, em todas, os valores da humanidade, que germinam entre as **criaturas** aos seus modos, tempos e lugares. São elas os co-autores deste trabalho, a quem agradeço, em particular, com as flores e pétalas das rosas da primavera.

Ao meu orientador Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann, sou muito grata pelo apoio à pesquisa durante todas as estações por quase quatro anos, ali, me encorajando, analisando, refletindo e assumindo a produção deste trabalho, sem a separação do orientador/orientanda, facilitando,

assim, a conclusão desta tese com muita competência, tranquilidade, firmeza e dedicação. Recebi muitos bons conselhos. Estes vieram, sempre, recheados de muita **generosidade**.

Aos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores Municipais da Atenção Básica/ dos 12 municípios pioneiros na implantação do PSF: Bragança (PA), Curitiba (PR), Joinville e Criciúma (SC), Juiz de Fora e Além Paraíba (MG), Niterói (RJ), Campina Grande (PB), Neópolis (SE) Quixadá (CE), Planaltina de Goiás e Goiânia (GO), de Norte a Sul, do Sudeste ao Nordeste, passando pelo Centro-Oeste, todos abriram as portas de suas cidades, dando-nos as chaves da liberdade de ir e vir, com chuva ou sol, calor ou frio, no clima das diferentes estações, em todas as Unidades Básicas de Saúde, em visitas domiciliares, nas realizações das entrevistas e grupos focais. A estes, reconheço a gentileza e atenção ao **acolhimento**.

Aos profissionais das Equipes do PSF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, assistentes sociais, educadores, Agentes Comunitários de Saúde...) dos 12 municípios anteriormente citados, pela disponibilidade com que concederam suas entrevistas (Grupos Focais) compartilhando suas experiências, estimulando assim os ricos e longos debates no entorno das práticas cotidianas do PSF. Tive a oportunidade de conviver (ainda que em pouco tempo) com sujeitos ímpares, porém, pares na construção de um ideal. Com você(s) aprendi a essência didática deste trabalho, a lição da **partilha**.

As famílias cuidadas pelas equipes do PSF, com quem pude aprender, mesmo que por alguns minutos de suas entrevistas, uma riqueza singular que possibilitou a pesquisa a compreensão das diversidades humanas. Estas, emergentes de cada realidade, caracterizadas pelas diferenças “pessoais” (idade, sexo, raça, classe...) e pelas relações sociais (unidades de saúde organizadas, acolhedoras, equipamentos existentes, trato pessoal), uma tradução fiel de cada uma de suas experiências de vida. A todos, serei eternamente devedora pelos inúmeros exemplos de **sabedoria**.

Sou muito grata ao enlace traçado por todos os atores sociais, políticos e institucionais que compuseram a malha que fortaleceu os nós à realização desta pesquisa:

Ex-Presidentes da República Federativa do Brasil, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso. Ex-Ministros de Estados da Saúde, Adib Jatene, José Serra e Barjas Negri. Ex-Secretário de Assistência a Saúde, Renilson Rehem pelo espírito de homens públicos, gentilmente autorizando e respondendo o roteiro de entrevistas; Ministério da Saúde - em nome de Luiz Fernando Rolim Sampaio (atual Diretor da Atenção Básica) que não se escusou em financiar o deslocamento para a pesquisa de campo nos 12 municípios pioneiros da implantação do PSF.

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), nas pessoas de Rita Cataneli e Maria José Evangelista. À primeira, pela prontidão em mobilizar os Secretários de Estado da Saúde e Coordenadores da Atenção Básica/PSF, aos quais agradeço em igual medida, pela concessão de suas entrevistas. À segunda, pela disponibilidade em articular as Secretarias de Estado da Saúde (ligando para todas), na busca de apoio à realização da pesquisa (deslocamento interno nos 12 municípios).

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), representado por Silvio Fernandes da Silva, à época, Beatriz Figueiredo Dobashi, Maria Ignez Magalhães e Vera Muniz pelo reconhecimento da relevância da pesquisa e pela solicitação de apoio (envio de ofício a todos os municípios objeto da pesquisa) à realização do trabalho de campo (coleta dos dados).

Aos velhos e novos amigos: Denise Paiva, Ruth Hargreaves e Maria Rizioneide Negreiro de Araújo (MG), Halim Girade (DF), Flávio Ricardo Liberali Magajewski (SC), Luciano Ducci, Maria Goretti Devid (PR); Geraldo Biazoto e Sergio Fausto (SP); Maria Célia Vasconcellos (Niterói), Vilma Guimarães (RJ); Juracema, Sandra e Lucia Derks (PB), Leane Carvalho (SE), Inês Vasconcelos do Amaral (CE), Edylene Maria dos Santos Pereira (AM), Maria Lucia Canelosso e Mariza (GO), pelo pronto atendimento ao receber meu chamado, pedindo auxílio nos momentos mais inesperados. Vocês são criaturas especiais, fortes, corajosas e de um lindo coração. Obrigada por tudo. Espero poder cruzar sempre seus caminhos; espero, ainda, poder morar na mesma rua, aquela que cruza a grande avenida (ainda que a quilômetros de distância) do nosso bairro chamado utopia onde poderemos continuar firmes em nossos propósitos: fiéis à causa pública, íntegros nas nossas condutas, fortes e esperançosos na construção de uma Reforma Sanitária com a cara, as fibras e o sangue da nação brasileira. Vocês são exemplos de uma força viva.

A estes sujeitos estratégicos citados e aos inúmeros outros anônimos (motoristas, secretárias e telefonistas), reconheço a fortaleza desta grande trama, traçada com a parceria do meu companheiro de pesquisa, Prof. Oviomar Flores, e pela repórter fotográfica Karina Zambrana. Somos um dos exemplos de que ainda é possível construir redes de **solidariedade**. Agradeço ainda à equipe do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília, minha segunda casa, pela gentileza e elegância institucional com que se dispuseram a ajudar. Aníbal Perea, Arlete Cavalcante, dona Rita, Eliana, Expedita Machado, Fernanda Miranda, João Paulo, Juliana Cardoso, Júlio César, Kelly Cavalcante e Luiz Alberto, além dos agregados Roberto Carlos, Elmira Simeão e Luciana Benevides, muito obrigada por atenderem sabiamente as complexas demandas oriundas desta pesquisa com **simplicidade**.

Em nome de todos, entrego este trabalho a Valéria Mendonça, em várias formas de agradecimento e gratidão. Não só pela cuidadosa contribuição na revisão desta tese, todavia, pela determinação em estar presente, ajudando-me com a alma e o coração aberto, nos momentos mais difíceis desta travessia. Este trabalho também é dela, afinal, comigo teceu os melhores dos seus fios, decifrando os sentidos das palavras, com a leveza de uma amante das letras e da vida. Com suas lições de **paciência**, pude me animar a escrever cada parágrafo/capítulo dessa tese, ainda que andando pelos espinhos das flores, sem me arranhar.

Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana.

Bertold Brecht

RESUMO

Esta tese trata de uma análise longitudinal da experiência brasileira com o Programa de Saúde da Família (PSF), que vem sendo implantado no Brasil desde 1994, como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde. O objetivo geral da pesquisa foi analisar a implantação do PSF no que se refere ao acesso aos serviços básicos de saúde, no âmbito do SUS. A hipótese central consistiu em saber se esta estratégia é ou não um potencial contribuinte para superação das desigualdades nesse acesso. Fundamenta-se, no contexto das ciências sociais, no método da hermenêutica-dialética, sendo uma pesquisa quali-quantitativa, cujos métodos e técnicas consistiram em coletar, analisar, compreender e interpretar os discursos dos sujeitos coletivos selecionados entre os gestores do SUS, com foco nos 12 municípios pioneiros da implantação do PSF, localizados em diferentes regiões do país. Os discursos dos sujeitos foram organizados e analisados a partir da técnica de Discurso do Sujeito Coletivo - DSC de Lèfevre e Lèfevre (2005). Como instrumentos de coleta do material discursivo foram utilizados roteiros de entrevistas individuais e de grupos focais. A análise das idéias centrais e ancoragens formaram os discursos dos sujeitos coletivos que foram organizados em categorias explicativas, sob a ótica das dimensões política, técnica-financeira e simbólica. Os resultados da pesquisa indicam que as motivações dos gestores do SUS, para implantar o PSF, trazem relações diretas com suas responsabilidades e competências no âmbito do sistema e que, ao optarem por esta estratégia, levaram em consideração a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde. Indicam também que a expansão do PSF nos grandes centros urbanos enfrenta resistências e oposições de ordem corporativa e ideológica, sobretudo nos municípios onde a rede assistencial é organizada nos hospitais e ambulatórios de subespecialidades e ancorada nos recursos de apoio diagnóstico-terapêutico e nas consultas médicas. Os resultados indicam ainda que a desigualdade no financiamento da atenção básica vem comprometendo a universalização dessa estratégia, potencializando assim suas fragilidades nos investimentos em recursos humanos, em tecnologias gerenciais, e por conseqüência, em apoios técnico-político-científicos, todos considerados elementos essenciais para sua governança e sustentabilidade. Indicam, sobretudo, que a percepção dos usuários acerca do acesso persiste na noção de funcionamento das unidades básicas de saúde naquilo que traduz a representação da doença, sem, contudo, explicar outras causas que dificultam o acesso universal aos bens e serviços essenciais à luz dos valores e práticas de promoção da saúde e de uma visão mais ampla do conceito de saúde. Conclui-se que esta estratégia política

é um potencial contribuinte para a diminuição das iniquidades em saúde, desde que os gestores do SUS e a sociedade tomem para si a responsabilidade de fazer do PSF a estratégia em primazia para a organização da atenção básica e da construção de um modelo de atenção integral e familiar, orientado pelos valores e princípios da solidariedade, igualdade e justiça social.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdade; Acesso; Serviços Básicos de Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

This thesis is about a longitudinal analysis of the Family Health Care Program (Programa de Saúde da Família-PSF), which has been implemented in Brazil since 1994 as a political strategy to promote the organization of the basic health care actions in the municipal health care systems. The general goal of this research was to analyze the PSF implementation regarding the access to the basic health care services on context of Unified Health System (Sistema Único de Saúde-SUS). The main hypothesis consisted in knowing if this strategy is a potential contributor to overcome the inequalities in this access. It is based on the context of Social Sciences and in the hermeneutic-dialectic method and it is also a qualitative-quantitative research, which methods and techniques consisted in collecting, analyzing, understanding and interpreting the selected collective subjective speeches among the SUS managers with the focus on the twelve pioneer cities in implementing PSF, located in different regions of the country. The subject speeches were organized and analyzed from the Collective Subject Speech (Discurso do Sujeito Coletivo-DSC) of Lefevre and Lefevre (2005) view. As instrument to collect the material of the speech were used individual and focal groups interview scripts. The analysis of the main ideas and anchorages formed the collective subject speeches organized by explicative categories from the point of view of politics, tech-finances and symbolic ones. The results of the research indicate that the motivation of the SUS managers to implement PSF are directly related to theirs responsibilities and know-how on the context of the system and when this strategy is chosen it takes into account the possibility of reducing the inequalities of the access to basic health care services. They also indicate that the expansion of the PSF in big cities faces resistances and oppositions of ideological and corporative order, especially in cities where the aid network is organized in hospital and ambulatories of expertise and anchored in diagnostic-therapeutic support and in medical consultations. The results indicated that the inequality of the funds of basic health care is jeopardizing the globalization of this strategy, therefore increasing their fragilities on human resources investments, management technologies and, as a consequence, in technological-political-scientific support, all considered essential elements for their sustainability and governability. They indicate, above all, that the users perception regarding access lays on the idea of basic health care units work translated into the representation of the ill, however, without explaining other causes that block the universal access to service assets according to the values and practices of promoting health and a broader vision of the concept of health care. It is concluded that this political strategy is a potential contributor to

diminish the inequalities in health care, as long as the SUS managers and the society take the responsibility to build PSF as a strategy in excellence to organize the health basic care and build a familiar and full time care model, guided by the values and principles of solidarity, equality and social justice.

KEY WORDS: *Inequality; Access; Basic Health Care Services; Family Health Care.*

RESUMEN

La tesis trata de un análisis longitudinal de la experiencia brasileña con el Programa de Salud de la Familia (PSF), que se viene implantado en el Brasil desde 1994, como una estrategia política para promover la organización de las acciones de atención básica a la salud en los sistemas municipales de salud. El objetivo general de la pesquisa fue analizar la implantación del PSF dentro de lo que se refiere al acceso a los servicios básicos de salud, en el ámbito del SUS. La hipótesis central consistió en saber se esta estrategia es o no un potencial contribuyente para la superación de las desigualdades a ese acceso. Se fundamenta en el contexto de las ciencias sociales, en el método de la hermenéutica-dialéctica, siendo una pesquisa cuali-cuantitativa, cuyos métodos y técnicas consistieron en coleccionar, analizar, comprender e interpretar los discursos de los sujetos colectivos seleccionados entre los administradores del SUS, con énfasis en los 12 municipios pioneros en la implantación del PSF, localizados en las diferentes regiones del país. Los discursos de los sujetos fueron organizados y analizados a partir de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo - DSC de Lèfevre e Lèfevre (2005). Como instrumentos de colecta del material discursivo fueron utilizados guiones de entrevistas individuales y de grupos puntuales. El análisis de las ideas centrales y el amarre formaron los discursos de los sujetos colectivos que fueron organizados en categorías explicativas, bajo la óptica de las dimensiones política, técnica-financiera y simbólica. Los resultados de la pesquisa indican que las motivaciones de los administradores del SUS, para implantar el PSF, traen relaciones directas con sus responsabilidades y competencias en el ámbito del sistema y que, al optar por esta estrategia, llevaron en consideración la posibilidad de reducir las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud. Indican también que la expansión del PSF en los grandes centros urbanos enfrenta resistencias y oposiciones de orden corporativa e ideológica, sobre todo en los municipios donde la red asistencial es organizada en los hospitales y ambulatorios de sub-especialidades y atado a los recursos de apoyo diagnóstico-terapéutico y en las consultas médicas. Los resultados indican, todavía, que la desigualdad en el financiamiento de la atención básica viene comprometiendo la universalización de esa estrategia, elevando así sus fragilidades en las inversiones de los recursos humanos, en tecnologías gerenciales, y por consecuencia, en apoyos técnico-político-científicos, todos considerados elementos esenciales para su gobernabilidad e mantenimiento. Indican, sobre todo, que la percepción de los usuarios sobre el acceso persiste en la noción del funcionamiento de las unidades básicas de salud en aquello que se traduce la representación de la enfermedad, sin, con todo,

explicar otras causas que dificultan el acceso universal a los bienes de servicios junto a valores y prácticas de promociones de la salud y de una visión más amplia del concepto de salud. Se Concluye que esta estrategia política es un potencial contribuyente para la disminución de las inequidades en la salud, desde que los administradores del SUS y la sociedad tomen para si la responsabilidad de hacer del PSF, la primera estrategia para la organización de la atención básica y de la construcción de un modelo de atención integral y familiar, orientado por los valores y principios de la solidaridad, igualdad y justicia social.

PALABRAS-CLAVE: *Desigualdad; Acceso; Servicio Básico de Salud; Salud da la Familia, Sistema Único de Salud.*

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Ano de criação dos municípios pesquisados	163
FIGURA 2 - Estimativas populacionais dos municípios pesquisados	163
FIGURA 3 - Índice de desenvolvimento humano dos municípios pesquisados	164
FIGURA 4 - Número de equipes implantadas nos municípios pesquisados	165
FIGURA 5 - Cobertura do PSF nos municípios pesquisados	166
FIGURA 6 - Motivações para implantação do PSF - DSC Nacional	172
FIGURA 7 - Motivações para implantação do PSF - DSC Estadual	174
FIGURA 8 - Motivações para implantação do PSF - DSC Municipal	180
FIGURA 9 - Evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil - 1994 – 2007	188
FIGURA 10 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família - Brasil - 1994 – 2007	189
FIGURA 11 - Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no Brasil - 1994 – 2007	190
FIGURA 12 - Evolução da população coberta por Agentes Comunitários de Saúde - Brasil - 1994 – 2007	191
FIGURA 13 - Evolução do número de equipes de saúde bucal implantadas no Brasil - 1994 – 2007	191
FIGURA 14 - Evolução da população coberta por Equipes de Saúde Bucal - Brasil - 1994 – 2007	192
FIGURA 15 - Elementos de governança do PSF - DSC Nacional	197
FIGURA 16 - Elementos de governança do PSF - DSC Estadual	204
FIGURA 17 - Evolução dos recursos financeiros da Atenção Básica - Brasil – 2006 ...	208
FIGURA 18 - Elementos de governança do PSF - DSC Municipal	215
FIGURA 19 - Conhecimento do tempo de implantação do PSF - DSC Usuário	217
FIGURA 20 - Serviços mais utilizados - DSC Usuário	221

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Comparação entre o Modelo Clássico e o Modelo de Atenção à Saúde Integral Familiar, tendo por base alguns eixos centrais	49
QUADRO 2 - Resumo dos aspectos formais das Normas Operacionais	70

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica à saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ACs - Ancoragens

AI-5 - Ato Institucional N.º 5

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BIRD - Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COAB - Coordenação de Atenção Básica

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DEOP - Departamento de Operações

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

E-Ch - Expressões chaves

ESF - Equipe de Saúde da Família

FMI - Fundo Monetário Internacional

FSESP - Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GERUS - Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde

HPP - Hospital de Pequeno Porte

HPS - Hospital Pronto-Socorro

IAD - Instrumento de Análise de Discurso

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICs - Idéias Centrais

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MCT - Ministério e Ciência e Tecnologia

MS - Ministério da Saúde

NESC - Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva

NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDT - Partido Democrático Trabalhista

PEC-29 - Emenda Constitucional 29

PIB - Produto Interno Bruto

PIDL - Plano Integrado do Desenvolvimento Local

PISUS - Programa de Interiorização do SUS

PMF - Programa Médico de Família

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA - Plano Plurianual

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

RBSF - Revista Brasileira de Saúde da Família

RH - Recurso Humano

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SB - Saúde Bucal

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

URSS - União Soviética

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

Esta tese se estrutura em nove partes, entre elas sete capítulos para melhor organização e compreensão do tema pesquisado.

Na parte inicial, denominada **as primeiras palavras**, consta um memorial onde recorro no tempo a descrição de minha vida pessoal, dialogando com os fatos que influenciaram meu posicionamento na vida profissional e de minha opção na militância pela saúde pública no Brasil. Portanto retrato, com licença poética, as inter-relações entre os sujeitos da pesquisa (eu e o Programa Saúde da Família - PSF).

Na segunda parte - Capítulo 1 - **Saúde da Família e os conceitos necessários**, este sim o início da tese, trouxemos alguns conceitos como referência à construção do “objeto” da pesquisa, seus pressupostos, os objetivos que alcançamos e a justificativa, destacando a razão, a importância e a atualidade de trabalhar com o tema em questão. Ainda na introdução buscase expressar o que entendemos por desigualdade social e saúde, modelo de atenção à saúde integral e familiar, atenção básica à saúde, Programa Saúde da Família - PSF, Serviços de Saúde e Acesso aos Serviços Básicos de Saúde, dialogando como autores referenciais que vêm produzindo nessas áreas.

A terceira parte - Capítulo 2 - **Contextos, origem e debates do PSF** é dedicada à descrição e análise dos contextos históricos, sócio-econômico, políticos e culturais, com destaque para a década de 90, época marcada pela implantação do Sistema Único de Saúde - SUS em geral e do PSF em particular. Nesse capítulo são trabalhadas algumas dimensões conceituais do Aparelho de Estado, Estado Neoliberal, Estado de Bem-Estar Social, Políticas Sociais, Políticas de Saúde, Desigualdades Sociais, Desigualdade em Saúde, Modelos de Atenção à Saúde, Atenção Básica à Saúde, Estratégia Saúde da Família. Todas estas, devidamente ajustadas à análise explicativa do objeto e dos objetivos específicos do tema estudado, foram tematizadas de forma a explicitar que cada uma destas dimensões constitui um tema vasto e complexo, e que no contexto deste trabalho, serviram como base de sustentação às explicações teórico-práticas da pesquisa.

Na quarta parte - Capítulo 3 - **As trilhas metodológicas da pesquisa**, descrevemos a escolha dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados na pesquisa. Traçamos os caminhos que tomamos durante a realização da pesquisa: a) formulamos o objeto e a pergunta central da investigação; b) definimos o universo e os sujeitos da pesquisa; c) escolhemos o referencial de análise teórico-metodológico; d) organizamos e realizamos o trabalho de campo; e e) tratamos os dados e analisamos as informações coletadas. Com base nos referenciais da hermenêutica-

dialética e da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, ordenamos e classificamos os dados primários e secundários, todos com vistas à análise final da pesquisa.

Na quinta parte - Capítulo 4 - **A Saúde da Família nos 12 municípios pioneiros**, é apresentada uma descrição da origem, situação de saúde e do PSF nos 12 municípios pioneiros de sua implantação. Estes estão localizados nas diferentes regiões do país. Para a descrição foram escolhidas informações gerais sobre cada dessas cidades, a partir de levantamentos junto aos censos, estimativas e pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD e o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do PNUD. Acrescente-se às fontes os dados obtidos junto aos Sistemas de Informação de base nacional do Ministério da Saúde, do Departamento de Informática do SUS - DATASUS, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Para facilitar a compreensão do texto, as descrições, foram agrupados em “O município como ele é”, “A saúde no município: preliminares históricas” e “O PSF no município”.

Na sexta parte - Capítulo 5 - **A objetivação de uma realidade**, são apresentados os resultados e as discussões da pesquisa. Foi organizado de forma a integrar em uma relação dialógica os discursos dos sujeitos coletivos - esses considerados a base empírica - e a literatura temática, essa considerada o aporte do referencial teórico para o aprofundamento das discussões, sintetizando, portanto, o diálogo entre esses dois mundos: a prática e a teoria.

A sétima parte - Capítulo 6 - **(In) conclusão**, trata-se do fechamento do trabalho, apresentado em forma de quatro categorias analíticas, organizadas segundo as dimensões política, técnica-financeira e simbólica, à luz dos objetivos específicos da tese, a saber: 1) as motivações para implantar o Saúde da Família, 2) a expansão da cobertura do Saúde da Família, 3) a governança institucional do Saúde da Família e 4) a percepção do acesso aos serviços básicos de saúde pelos usuários.

Nele foram sintetizados os principais argumentos que justificaram as respostas à pergunta central da tese e as “conclusões”.

Na oitava parte - Capítulo 7 - **O PSF do futuro: sinalizações sugestivas**, são registrados alguns elementos expressos nos discursos dos sujeitos coletivos dessa pesquisa, que julgamos transcender seus objetivos, mas, essenciais como recomendações para a construção de uma agenda estratégica no enfrentamento das situações-problema encontradas na pesquisa.

A nona parte - Outras Palavras: entre atos e suas revelações - são registros, com licença poética, mais uma vez, para compartilhar com os leitores as revelações dessa travessia. Uma espécie de socialização de experiências do que vivi durante quatro anos, dedicados à tarefa de transitar entre o mundo acadêmico e o do serviço, no construto dessa tese.

Enfim, encontra-se, nesse documento, uma listagem de todas as referências utilizadas para a elaboração da tese, que auxiliaram na fundamentação teórica da Pesquisa. Constam ainda Apêndice(s) e Anexo(s), compostos de materiais considerados importantes para o conjunto da tese, que se encontram no final do documento em *CD-rom*.

AS PRIMEIRAS PALAVRAS: O ENCONTRO DO EU COM O OUTRO

*Eu sou aquilo que eu consegui fazer
com o que fizeram de mim.*

Jean-Paul Sartre

Os **anos 60** estavam despontando no mundo. Em São José da Lagoa Tapada, interior da Paraíba, o sol ardia, a pobreza aumentava e muitas famílias faziam o já conhecido trajeto rumo à cidade grande.

Há 46 anos, em 29 de novembro de 1960, para ser exata, no ‘quebrar da tarde’, segundo meus pais, vim ao mundo. Quando cheguei, a tarde se fazia noite e o relógio do destino corria junto ao cântico da Ave Maria, ao som do rádio de pilha que ficava entre o quarto principal e a sala de estar. Nasci pela mão de uma parteira, a quem aprendi ao longo dos meus primeiros passos e vozes a chamá-la de mãe ‘preta’ e pedir-lhe a benção em reverência a quem me trouxe à vida.

Nascer ou morrer uma criança naquela pequena cidade do interior era apenas um fato ‘natural’, que no limite do discernimento dos seus habitantes, no primeiro via-se a alegria, no outro a tristeza e em ambos a vontade de Deus. E meus pais, pequenos comerciantes, donos de uma venda - a bodega, como chamam no interior do Nordeste - faziam parte desta comunidade e, com ela, compartilhavam valores, costumes, pensamentos e, por que não dizer, princípios e projetos de vida.

Nesse cenário típico de João Cabral de Melo Neto, via-me como mais uma ‘Severina’, futuro incerto, das letras distante, se não fosse pela intervenção da igreja, que atravessou as linhas limítrofes da casa de meu avô, o ‘pai rico’, nome dado a ele por conta da venda de onde saía nosso sustento. Sinônimo de riqueza por aquelas redondezas, uma riqueza que não impediu a vinda de minha família para a capital.

A capital federal, onde fixei residência mais tarde, foi o primeiro destino escolhido por meu pai, em 1967, para trabalhar na construção dos primeiros blocos residenciais da Asa Sul. Com o fim do serviço ele se deslocou para São Paulo, em 1969, para onde minha mãe seguia com meus três irmãos, já no início do ano seguinte.

Eu permaneci com meu avô e ainda não tinha noção de mundo, nem do que se passava ao meu redor. Hoje, quando retomo o passado ao traçar essas linhas esclarecedoras, revejo que a década de 60 foi muito rica e produtiva, mas não a desfrutei em sua essência. Numa rápida circunferência pelo mundo, e pelo Brasil, revejo uma sociedade que assistiu ao Concílio

Vaticano II, convocado pelos Papas João XXIII e Paulo VI, em 1962, que versava sobre a revisão centrada na visão da Igreja como uma congregação de fé, transformando e democratizando os ritos, como a missa dita em vernáculo, aproximando a Igreja dos fiéis dos diferentes países.

No Oriente Médio, em 1967, Israel e a frente árabe, formada pelo Egito, Jordânia e Síria, apoiados pelo Iraque, Kuwait, Arábia Saudita, Argélia e Sudão, viveram a Guerra dos Seis Dias, que tinha como uma de suas metas a conquista da península do Sinai mas que até hoje nos mostra que os conflitos não acabaram naquela década.

Na Europa, Paris viveu em 1968 a contestação dos estudantes, a representação maior das lutas sociais em torno da política, da cultura e da economia mundial. Na Tchecoslováquia, a ‘primavera de Praga’ dava vida ao movimento liderado por intelectuais reformistas do Partido Comunista Tcheco, que tinham como objetivo promover grandes mudanças na estrutura política, econômica e social daquele país.

Nos Estados Unidos, as tribos se reuniam em torno de Janis Joplin, Jimi Hendrix e diversos ídolos da cultura *hippie*, num grande festival em 1969, em Woodstock, enquanto na Lua, Neil Armstrong, Michael Collins e Edwin Aldrin Jr. desembarcavam e fincavam a bandeira norte-americana no solo lunar. Ao mesmo tempo os Estados Unidos já patrocinavam financeira e intelectualmente golpes militares por toda a América Latina, inclusive com o fornecimento de agentes de inteligência norte-americanos, na tentativa de impedir a implementação do comunismo nesses países e assim, assegurar o poder e os interesses econômicos, políticos e estratégicos dos Estados Unidos.

No Brasil, os tempos eram agitados: ecos radicalizantes da Revolução Cubana, muro de Berlim, Guerra Fria e movimento sindical ativo, comandado por janguistas¹ e pelo partido comunista brasileiro, o chamado partidão. As tensões sociais no país aumentaram. Em 13 de março de 1964, Jango discursou na Central do Brasil (Rio de Janeiro) para 150 mil pessoas e anunciou reformas como a nacionalização de refinarias de petróleo e a desapropriação de terras para o início de uma verdadeira reforma agrária. Em 19 de março, em São Paulo, aconteceu a Marcha da Família com Deus pela Liberdade, cujo objetivo era mobilizar a opinião pública contra a política desenvolvida pelo governo de Jango que, segundo eles, levaria à implantação do comunismo no Brasil.

Na economia o governo João Goulart anunciava um plano elaborado pelo economista Celso Furtado, para combater a inflação e desenvolver o país. O plano econômico falhou e o

¹ Expressão usada para identificar os partidários do Presidente João Goulart, vigésimo segundo presidente do Brasil, de 1961 a 1964.

governo brasileiro teve de negociar empréstimos com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo dos Estados Unidos, que exigiram cortes nos investimentos.

Mas em São José da Lagoa Tapada, meu mundinho ainda era pequeno, sem perspectivas, até quando aos 10 anos de idade, na virada dos anos 70, o destino mais uma vez me escolheu para ser educada em escola de freiras, a Escola Nossa Senhora Auxiliadora, onde fui formada no mundo católico. Por sorte a vida me levou para uma igreja progressista, crítica e rigorosamente baseada na justiça e na promoção do desenvolvimento humano. Naquele ambiente formei minha visão de mundo, minha consciência de sociedade, o que seguramente influenciou meus pensamentos, meus interesses e minhas escolhas. Escolho, assim, falar mais sobre isso ao me referir à década seguinte.

Na década em que vim ao mundo, no setor saúde muitos foram os acontecimentos; entre tantos a transformação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942 por recomendação da 3ª Reunião de Consulta de Ministérios das Repúblicas Americanas, em Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), cujos objetivos consistiam na organização e operação dos serviços de saúde pública. Ao mesmo tempo, a década de 1960 acentuou a dicotomia entre saúde pública e assistência médica, ficando a primeira no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, e a segunda, centralizada no Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, criado em 1966 com o objetivo de cuidar do tratamento individual dos doentes, cabendo ao Ministério da Saúde a execução de programas sanitários e de controle de endemias. Ainda nesta década realizaram-se a 3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde e nelas, respectivamente, discutiram-se os temas da Situação Sanitária da População Brasileira e Recursos Humanos para as Atividades de Saúde, algumas das preocupações que seriam incorporadas no futuro, em minha vida profissional.

Como é perceptível, não poderia começar esta tese sem lhe falar das relações histórica, temporal, religiosa e familiar, que, por mais de uma década, influenciaram minha militância profissional e a identidade com as idéias originárias do Programa de Saúde da Família - PSF. Principalmente sem contar os fios que conduzem e contextualizam no tempo esta relação. Por isso, não poderia deixar de falar das minhas inquietações a partir dos vários movimentos, entre eles o Movimento Sanitário, por alguns chamado de Movimento pela Reforma Sanitária, organizado por um conjunto de pessoas, grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto (SCOREL, 1998).

Sendo assim, a **primeira questão** que trago na abertura desta pesquisa é a de que não acredito na neutralidade, objetividade, positividade e racionalidade sobre a cientificidade das ciências

humanas e sociais, nas referências de Durkheim, em *As Regras do Método Sociológico*² ({1895}1978); Marx e Engels, em *A Ideologia Alemã* ({1847}1984). Acredito sim na releitura compreensiva e crítica da realidade social, balizada pela responsabilidade ética e ajustada pelo valor prático moral dos sujeitos em relações. Logo, parto do princípio de que a pergunta que faz o pesquisador para seu estudo indica suas inquietações, manifestações de interesses e afetividade com seu ‘objeto’ de trabalho.

A **década de 70** chegava e com ela a era das ditaduras abertas, estimulando a relação de dependência dos países subdesenvolvidos ao imperialismo. Por muitas vezes o silêncio fora estimulado como antídoto aos gritos da verdade, abafados por trás dos muros e celas, de Norte a Sul do Brasil. Ninguém nos perguntava se estávamos felizes com tudo aquilo, mas era senso comum acreditar que seria passageiro, apesar de longo demais para os ânimos quase esmorecidos de jovens e suas famílias, muitas vivendo o desespero da ausência e a dor da morte, por muitas vezes cantada em versos como os de Chico Buarque, em homenagem a Zuzu Angel: “Quem é essa mulher que canta sempre esse estribilho? Só queria embalar meu filho que mora na escuridão do mar³.” O senso comum para mim continua figurando em outro cenário, o de sustentação da verdade essencial do realismo, o mesmo que encontrei em Gadamer, ao afirmar que

Todos possuem suficiente *senso comum*, isto é, capacidade de julgamento, do modo que se pode exigir-lhes uma demonstração de *senso comunitário*, de genuína solidariedade ético-civil, ou seja, julgamento sobre justiça e injustiça, e preocupação pelo *proveito comum*. (2005, p.71).

Essa contextualização também nos remete à análise do discurso, de *L'ordre du discours* (A ordem do discurso), de 1970, com Michel Foucault (1926-1984), a mesma que gerará outros debates ao longo dessa pesquisa. Na segunda metade dos anos 70 ocorre uma nova crise mundial - instaurando uma luta democrática no mundo inteiro e configurando um novo processo no plano internacional, cuja base é a afirmação nacional e democrática do terceiro mundo - a nova estratégia passa a ser a pressão do FMI, sobretudo nos países latino-americanos.

No Brasil, em 1976, os Doces Bárbaros, com Caetano Veloso, Maria Bethânia, Gal Costa e Gilberto Gil, Chico Buarque, Geraldo Vandré, Elis Regina e muitos outros entoavam suas mensagens de ordem em festivais da contracultura brasileira. Ao Tropicalismo era atribuído

² Fundador da sociologia, Durkheim combinou a pesquisa empírica com a teoria sociológica. Sua contribuição tornou-se ponto de partida do estudo de fenômenos sociológicos como a natureza das relações de trabalho, os aspectos sociais do suicídio e as religiões primitivas.

³ Trechos extraídos da música “Angélica”, composta por Miltoninho e Chico Buarque interpretada pelo próprio Chico Buarque.

mais um sinal renovador da história recente do país que inaugurava a Catedral de Brasília, passados 10 anos da entrega da capital do Brasil à nação, que por sua vez enfrentava os longos anos da Ditadura Militar. Regime que viu alguns segmentos do mundo da política, das artes, intelectuais, militantes e ativistas da cidadania cassados, exilados e muitos assassinados nos porões da ditadura, esta que calou as vozes, as melodias e os recitais, dando lugar aos toques de recolher.

Como exemplo disso relembro o Massacre de Manguinhos, quando o Ato Institucional n.º 5 (AI-5), promoveu a cassação dos direitos políticos e de aposentadoria de dez conceituados pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Ainda recordando a saúde do meu país, em 1976 foi criado o Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, como espaço que aglutinou estudantes, profissionais, parlamentares e instituições, no entorno de um projeto capaz de consolidar as liberdades políticas, a democratização da saúde e a constituição de uma sociedade igualitária.

Enquanto isto, em Brasília aconteceu a 6ª Conferência Nacional de Saúde, onde se discutiu temas como a Situação Atual do Controle das Grandes Endemias, a Operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos, aprovados pelo Governo Federal em Matéria de Saúde, a Interiorização dos Serviços de Saúde e a Política Nacional de Saúde. Nessa mesma ocasião, a Presidência da República assinou Decreto-Lei reorganizando o Ministério da Saúde, que passava a ter três secretarias nacionais: Vigilância Sanitária, Ações Básicas e Programas Especiais.

Também ocorreu na década de 70 o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que se transformou num marco expressivo do Movimento Sanitário. E o CEBES apresentou e discutiu a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde brasileiro. Sistema este que até então era caracterizado pela dicotomia entre a previdência, via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e a saúde pública (Ministério da Saúde), acirrando com isto a disputa entre a assistência e a prevenção. Esta época foi marcada pelo não reconhecimento do direito à saúde e, assim, a maior parte da população tinha pouco ou nenhum acesso às ações e serviços de saúde.

Esta década de todo não foi perdida, mesmo com o acirramento da crise no setor saúde, evidenciado pelo sucateamento da rede de serviços, pelo privilégio dos serviços privados e lucrativos, pelo acesso dirigido apenas a quem dispusesse da 'carteirinha' do INPS-INAMPS. Alguns municípios em diferentes espaços do país começaram, com recursos próprios, e de forma pioneira, a organizar os sistemas municipais de saúde, a exemplo de Niterói, Londrina,

Lages, Montes Claros, Piracicaba, Campinas, Teresina, São José dos Campos⁴, entre outros. Nasce aí o movimento municipalista de saúde, um dos atores coletivos da Reforma Sanitária brasileira.

Quase encerrando o período, em 1978, em Alma-Ata, República do Cazaquistão, ex-república da antiga União Soviética (URSS), acontecia a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, promoverem a saúde de todos os povos do mundo.

A **segunda questão** que trago é a de que não compartilho da idéia dicotômica entre as ciências da natureza, as humanas e sociais. E sim nos movimentos compreensivos das experiências humanas e de suas práxis na vida, administradas por uma herança humanista que as distingue da práxis da chamada ‘ciência moderna’, no dizer de Gadamer em *Verdade e Método*, com ciências do espírito (2005, p.49).

Compartilho da idéia de compreensão entre as ciências, como elementos/ferramentas que me possibilitem entender-me com os outros, na procura/busca de uma leitura e interpretação da realidade histórica posta para meu “objeto” de investigação.

Em minha evolução como sujeito, vi-me posicionada e engajada nessa nova concepção de mundo que aponta para um novo socializado, onde peço novamente licença ao tempo histórico para lembrar outros fatos que ocorriam nesse mesmo período, lá em São José da Lagoa Tapada.

Todos os dias via chegarem e saírem da escola, que ficava vizinha à bodega do meu avô, muitas crianças, todas portando suas sacolas com livros e outros objetos escolares. Já com meus 10 anos de idade, com medo de perguntar coisas desse tipo ao meu avô, indagava a mim mesma: por que não estava junto àquelas crianças estudando? Angustitada, procurava uma resposta que desse sentido a minha ausência dos bancos escolares. Às escondidas do meu avô peguei de sua bodega um lápis, um caderno e uma borracha. Com eles anotava tudo, ou o que o sol permitisse, isto é, só conseguia ficar sentada à porta da escola das sete às nove horas, depois disto fechavam-se as portas para proteger as crianças dos raios solares muito fortes e eu, a contra gosto, retornava para a bodega.

Foi assim que a professora Lelita descobriu meu interesse e esforço para ouvi-la, e convenceu meu avô que me deixasse entrar para a escola, afinal, era do lado de sua mercearia.

⁴ Estes municípios perceberam a importância de colocarem suas experiências em debate de forma a aglutinarem outras forças políticas e sociais, sinalizando possibilidades de mudanças no setor saúde. Realizaram encontros regionais, estaduais e nacionais. O primeiro nacional foi realizado em Campinas (1978), Teresina (1979), Niterói (1979), Belo Horizonte (1981), São José dos Campos (1982) e Montes Claros (1985).

Finalmente iniciei minha alfabetização e sentia minha evolução cada vez mais perto. Este foi um dos dias mais memoráveis e inspiradores de minha vida. Comecei a trilhar o caminho do mundo das letras e com elas a olhar o topo da montanha.

Com 12 anos de idade envolvi-me no mundo religioso da igreja católica. Todos os sábados Madre Aurélia e Padre Mangueira chegavam a minha cidade para catequizar as crianças, e aprendi rapidamente todos os cânticos; isso chamou atenção deles, que me ajudaram a convencer meus avós a me deixarem ir estudar em Sousa, a quarta maior cidade da Paraíba, onde poderia prosseguir meus estudos em um colégio de freiras. Lembro da timidez ao assistir a primeira aula, ao ouvir cada professor com um único denominador comum: valorizar a ciência a serviço dos seres humanos.

“Trata de saber não o que o homem conhece ou pode conhecer a respeito do mundo e da realidade última, mas do que deve fazer, de como agir em relação a seus semelhantes, de como proceder para obter a felicidade ou alcançar o bem supremo”. (KANT, {1787}1999, p.6). Ali, vi de pronto que a estrada era estreita, mas segura e luminosa. Mal entrei na adolescência, assumi as várias funções na escola, e entre tantas as pastorais; estas, às vezes, revelavam-se exaustivas, não me restando tempo para outras atividades nos tempos reais de uma adolescente.

A responsabilidade primeira foi com a descoberta de uma sociedade de diferenças e de injustiças, contra as quais me envolvi em movimentos estudantis e religiosos. Este compromisso me fez ver múltiplas possibilidades de interpretar e compreender o mundo ao meu redor. Foi esta objetivação da vida que me levou para a área da saúde, contrariando a vida jurídica sonhada para mim. Confesso que, a cada ano, nos momentos de férias, viajamos para outro colégio, também de irmãs, e a este era vinculado um hospital. Nele, vi o ato supremo de cuidar e salvar vidas. E assim, entrando nos **anos 80**, tornei-me estudante de Enfermagem.

Os novos tempos começavam a revirar os ares que trariam com eles, na saúde, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde, criado com a Portaria Interministerial N.º 5, de março de 1980, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. No mesmo período, em Brasília, a 7ª Conferência Nacional de Saúde discutiu como tema central a Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos, fatos que acumulam na história valores, princípios, idéias, concepções, e características à formulação de diretrizes das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Programa de Saúde da Família - PSF, como forças vivas que se atualizam no tempo.

Ainda no campo da saúde, em 1982 era criado o Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS. Em 1984, na política nacional, o Brasil era envolvido pela grande onda das Diretas Já, um movimento civil de reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil que teve na Emenda Dante de Oliveira uma grande aliada. Foi a partir desse envolvimento de simples cidadãos brasileiros que pude expressar meus primeiros incômodos sócio-políticos quando ainda fazia parte do movimento de estudantes secundaristas, até 1982, quando ingressei na Universidade Federal da Paraíba, em 1983.

Até aqui vivi muitas experiências no Colégio Nossa Senhora Auxiliadora; entre tantas a que mais me marcou foi a criação de uma Escolinha, chamada por nós de 'Experimental'. Nela eram matriculadas as crianças, filhos de pessoas alcoólatras, trabalhadoras do sexo, todas das periferias de cidade de Sousa, não recebidos pelas Escolas formais, pois não dispunham de vagas. E nós, no desafio de lidar com as diferenças, juntávamos os ricos e os pobres em um mesmo ambiente, atitude que evidenciou temor em alguns e espera de aprendizado em outros. Aprendi sem astúcias nem técnicas políticas profissionais, que a perseverança pode nos levar para os caminhos da prosperidade. daquelas crianças, anos depois, vi crescerem homens e mulheres capazes de deixar para trás suas misérias humanas e seguir na vida preparando seu próprio caminho.

Assim fiz com o meu. Parti para João Pessoa, sem saber o que lá encontraria. Mas com a tarefa de conquistar uma vaga na Residência Universitária, única condição de poder estudar naquela cidade. Depois de várias entrevistas, comprovantes de 'pobreza', idas e vindas, conquistei a vaga no primeiro andar, quarto 106, dividindo por quatro anos aquele espaço com mais cinco irmãs do mundo. Lá pude exercitar o que ensinara o Colégio das Freiras: o ser humano é muito mais aquilo que desejaria ser do que aquilo que é, e assim, envolvi-me novamente no movimento estudantil e nas tarefas de contribuir para a organização do meu novo lar - a Residência Universitária.

Como presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem Rosa de Paulo Barbosa, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pude acumular outras experiências, desta vez com as bandeiras de lutas por uma Universidade pública, gratuita, livre, democrática e para todos. Ainda na condição de estudante, desta vez na Residência da Medicina Preventiva e Social, participei dos debates e construção de propostas para re-organização dos sistemas e serviços municipais de saúde. Aquelas cidades foram para mim espaços reais para o exercício da participação comunitária e para o aprofundamento do saber popular em saúde.

Em 1986, Brasília era a sede da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu, entre outros assuntos, a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Após a Conferência instalou-se a *Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde*

Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com representações de diferentes forças sociais, entre elas os Secretários Municipais de Saúde, e seção de saúde da Constituinte de 1988.

Também em 1986 era lançada a estação espacial soviética MIR, que traduzida do russo, significa tanto mundo como paz. Foi por intermédio de uma foto retirada pelo satélite MIR que o mundo viu o local do acidente nuclear de Chernobil, ao Norte da Ucrânia, que explodiu um dos seus reatores, provocando uma nuvem radioativa em todo o centro-Sul europeu.

Diversos foram os fatos, nacionais e internacionais, que contextualizariam a década de 80, mas não poderia deixar de trazer à baila ainda três outros fatos que prefigurariam outros cenários mundiais: a queda do Muro de Berlim, o Protesto dos Estudantes pró-democracia na Praça da Paz Celestial na China, e a queda da nossa Ditadura Militar, com a saída do General João Batista Figueiredo, abrindo espaço para o desejo de boas-vindas ao primeiro civil eleito presidente depois de 1964, Tancredo Neves, que faleceu antes de assumir o mandato, dando o lugar para José Sarney.

Com estas reflexões históricas incito-me a compartilhar o que ensina Hobsbawn (1998), ao dizer que o mundo não vai melhorar sozinho. De certo, não acredito em verdade absoluta nem permanente, mas em movimentos de transformações e em movimentos infinitos de revelações de novos aspectos. Acredito em formulações de temas, perguntas, respostas e outras indagações, todas em forma de espiral, produzindo conhecimento. E este, revelando a realidade histórica em movimentos e transformações de um mundo que nunca permanecerá igual. Eis a minha **terceira questão**.

Anos 90 do século passado. Quando esta década estava apenas começando eu mal poderia imaginar o que mudaria em minha vida nesta fase do tempo. Neste período concluí a residência em medicina preventiva e social na UFPB e logo ingressei no Mestrado em Ciências Sociais pela mesma instituição. Naquela época atuava no Hospital Universitário Lauro Wanderley - em João Pessoa (PB), no Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva - NESC e no Departamento de Saúde Pública, junto à Residência em Medicina Preventiva e Social como preceptora.

Nesta dupla militância entre o mundo do serviço e do ensino, ainda restava-me tempo para dedicar-me aos movimentos do Sindicato da Saúde. Neste tive a oportunidade de participar da luta em defesa da edição da lei orgânica e complementar para saúde, e do repúdio aos vetos de Fernando Collor à Lei 8080, em 1990. Em dezembro, encerrando o ano, foi aprovada a Lei N.º 8.142, que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Chega 1991. Em março fui convidada para participar de uma reunião em Salvador (BA), como uma das representantes do estado da Paraíba, para discutir a proposta de implantação do PACS. Desde então vi nesta estratégia a possibilidade de contribuir para a reorganização da atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde. Com esta intenção aceitei o convite da Secretaria Estadual de Saúde-SES para assessorar tecnicamente a Coordenação Estadual do PACS, função que assumi meses depois.

Confesso que acertei desafiando-me mediar relações entre o mundo dos serviços de saúde, da acadêmica e comunidades, no desejo de ocupar o espaço institucional como exercício de mudança. Estes desafios não eram explícitos, eram apenas diálogos silenciosos, quase sem palavras, que às vezes tinham o suporte dos ensinamentos de Paulo Freire: “Não te esperarei na pura espera porque o meu tempo de espera é um tempo de que fazer. Desconfiarei daqueles que virão dizer-me, em voz baixa e precavidos: é perigoso agir, é perigoso falar, é perigoso andar. É perigoso esperar, na forma em que esperas, porque esses recusam a alegria de tua chegada” (Cartas Pedagógicas, 2000). Assim, fui lá tentar fazer.

E nesta condição a Paraíba assumiu a ‘tarefa’ de piloto na implantação do PACS para o Nordeste⁵ inicialmente, seguido da região Norte (Manaus e Belém) e Centro-Oeste. Somente a partir de 1994, com o desenho da estratégia do Programa de Saúde da Família - PSF, é que os Agentes Comunitários de Saúde passam a compor a equipe nuclear desta proposta e, portanto, começam a chegar aos grandes centros, regiões metropolitanas, capitais do Sul e Sudeste e às demais regiões do país. Exceção foi dada para o estado do Ceará, que vinha desenvolvendo o Programa Agentes Comunitários de Saúde, desde março de 1987, com recursos e decisões próprias.

Na Secretaria de Estado da Saúde - SES, pude ver de perto os limites do financiamento para Atenção Básica. Os recursos destinados ao PACS eram transferidos através de convênio entre a FUNASA e as SES⁶; posteriormente, os recursos eram repassados segundo procedimentos realizados pela tabela do Sistema de Informação Ambulatorial-SIA/SUS, modalidades de financiamento que não asseguravam a continuidade das atividades, tornando frágil a sustentabilidade do Programa.

⁵ A meta inicial era implantar 100 mil ACS; porém, com a negociação e engajamento de outros técnicos, sobretudo da região Nordeste, houve consenso de que deveriam ser implantados cerca de 45 mil ACS em todo o Brasil, respeitando os estados e municípios que demonstrassem interesse de adesão e transformassem seu interesse em decisão política de fazê-lo.

⁶ Os recursos destinados pelo governo federal eram previstos para pagamento dos ACS (valor de 01 salário mínimo), realização de reuniões com municípios para sensibilizá-los à implantação do Programa, seleção e capacitação de ACS, supervisão dos municípios pelas equipes de coordenação estadual e insumos administrativos para estruturação das coordenações estaduais.

Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde discutiu o tema Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Anos difíceis, porém alentadores com o movimento 'Fora Collor'. Cai o Presidente e assume o vice, Itamar Franco. Com ele, a renovação dos quadros técnicos políticos dos Ministérios.

Ainda em 1994 houve a grande virada em meu destino, o mesmo que mudou os caminhos de meu pai ao seguir para Brasília deixando para trás sua terra natal. Creio que acabei seguindo seus passos no rumo do trabalho. Trago isto para lembrar o ano em que fui convidada pelo então ministro da Saúde, Henrique Santillo, para ser a Gerente Nacional do PACS.

Cria-se neste ano o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Os primeiros 12 municípios colocaram em ação 328 equipes⁷ de Saúde da Família. Ano de construção, parcerias e negociações, resquícios dos ricos debates da NOB 93, estágios preparatórios para a NOB de 1996 e para a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que centralizava as discussões em torno do SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida.

Este ano foi também marcado pela unificação das gerências nacionais do PACS e PSF, que passam a compor a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC, depois Coordenação de Atenção Básica - COAB, atualmente Departamento de Atenção Básica DAB, que já pertenceu ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, à Secretaria de Assistência à Saúde/MS, Secretaria de Políticas de Saúde/MS, e hoje Secretaria de Atenção à Saúde. Estive imbricada nesta trajetória, vivendo ao mesmo tempo, momentos difíceis, compreensíveis, críticos e ricos entre diferentes sujeitos e conjunturas, em busca de movimentos relacionais em torno de um projeto comum: fazer do PSF a estratégia política capaz de contribuir para o reordenamento do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção básica.

Nesta tarefa assumi papéis os mais diferentes: articular a montagem da rede dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família junto aos representantes das Instituições de Ensino Superior - Universidades, Faculdades, Institutos e Escolas formadoras de recursos humanos para a saúde; promover articulações e negociações com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com áreas afins do Ministério da Saúde; apoiar a rede de Coordenadores Estaduais da Atenção Básica, prestando assessoria técnica quando necessária nas Unidades federadas; coordenar grupos de trabalho na formulação e disponibilização de protocolos básicos de processos de trabalho para os profissionais das

⁷ Cada equipe era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde.

Equipes de Saúde da Família; participar e coordenar atividades de produção de tecnologias voltadas aos processos de monitoramento e avaliação do PSF.

Permiti-me dedicar mais detalhes sobre minha trajetória junto a estas estratégias, para trazer uma **quarta questão**, a de que não acredito na separação e ou distanciamento entre o ‘sujeito e seu objeto’ de pesquisa. E sim nas relações entre os sujeitos, balizadas pelo sentido da comunicação entre os seres humanos. Numa postura de deslocamento do pesquisador observador externo que apreende, para o pesquisador que se posiciona junto, no meio, em intersubjetividade e fazendo parte da história. Para esta penúltima reflexão, associo outra de importante contribuição:

Los argumentos son los medios con cuya ayuda puede obtenerse un reconocimiento intersubjetivo para la pretensión de validez que el proponente plantea por de pronto de forma hipotética, y con los que, por tanto, una opinión puede transformarse en saber. (HABERMAS, 2003a, p. 47).

Com isto não poderia omitir minhas relações com o PSF, desde a passagem pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, seguida pelo Ministério da Saúde, depois pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, até os dias atuais, no momento em que tento buscar explicações para os seus efeitos, nesta pesquisa. E nela desejo declarar os laços afetivos que nos unem, em um fio ‘quase’ invisível entre o passado, presente e o futuro.

O novo **século XXI**, os tão esperados **anos 2000** chegam. O Brasil entra neste século ainda na condição de um país subdesenvolvido ou em desenvolvimento. Um subdesenvolvimento que se caracteriza pela exclusão sócio-econômica, político-cultural e ambiental, por falta de coesão e solidariedade sociais, pela insuficiência de dinamismo econômico e científico-tecnológico e, principalmente, pela pobreza e desigualdade como os maiores problemas da atualidade. Tal situação nos coloca entre os países de maior desigualdade social do mundo. Essa imensa desigualdade é também regional, racial, de gênero e rural. Situa-se na maioria da população em situação de risco do Nordeste e Norte; negra, no campo e nos demais bolsões metropolitanos de indigência e pobreza.

Ainda que reconhecendo os avanços nas políticas públicas de saúde nas últimas décadas, os anos 2000 entram apontando para as lacunas, expressas nas iniquidades próprias do setor e de sua interfaces setoriais: educação, transporte, moradia, trabalho, renda, lazer e segurança pública, como um complexo ao seu conceito ampliado. Logo, os avanços não trazem a magnitude desejada.

No tocante aos avanços, é possível afirmar que o setor saúde entrou no século XXI com os seguintes acúmulos:

- a) Realizou a 11ª Conferência Nacional de Saúde⁸;
- b) Promulgou-se pelo Congresso Nacional a Emenda Constitucional (PEC-29)⁹;
- c) O Congresso Nacional aprova a Lei N.º 10507 - de 10/07/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- d) O Ministério da Saúde aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)¹⁰ ;
- e) Realizou em Brasília, entre os dias 07 e 11/12/2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi Saúde: um direito de todos e dever do estado - a saúde que temos, o SUS que queremos;
- f) É lançada a Carta Aberta pelo Desarmamento. A Carta foi distribuída nos serviços de saúde de todo o país. A iniciativa visou contribuir com a criação de uma cultura de paz dentro desses serviços;
- g) Institui o Plano Nacional de Saúde - um pacto pela saúde no Brasil¹¹;
- h) Apresenta ao Congresso Nacional projeto de “Lei de Responsabilidade Sanitária”¹², além de continuar expandindo as equipes do PSF em todo o território nacional.

Como afirma Engels (1985), a dialética está presente na realidade, como forma de articulação das partes num todo e como processo de desenvolvimento das mesmas. Trazendo para esta realidade, Sérgio Arouca¹³ era parte e todo dos acúmulos do setor saúde citados ao longo deste texto. Arouca morreu em 02 de agosto de 2003, me fazendo pensar no que diz o autor citado em relação à morte como momento essencial da vida, a negação da vida como contida na própria negação da morte, de forma que a vida seja sempre pensada com relação a seu resultado necessário, o qual está sempre contida nela em germe, a morte. O Brasil perde o sanitarista, e eu, vi-me diante da compreensão que a realidade é um todo dinâmico, em

⁸ A 11ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no período de 16 a 19/12/2000, em Brasília. O tema central era Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.

⁹ A PEC/29 vincula verbas para o setor saúde e estabelece que o governo amplie anualmente o orçamento da saúde em percentual igual ao do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).

¹⁰ A NOAS é aprovada pela Portaria N.º 373 - de 27/02/2002, publicada no diário oficial de fevereiro de 2002, nº 40, seção 1.

¹¹ O Pacto foi aprovado pela Portaria MS/GM nº2607, de 10/12/2004, publicado no diário oficial de 13 de dezembro de 2004, nº 238, seção 1.

¹² A “Lei de Responsabilidade Sanitária” tem por objetivos garantir a definição de metas de atenção à saúde da população, apontar os responsáveis pelo cumprimento dessas metas (se União, estados ou municípios) e estabelecer punições para quem deixar de cumpri-las.

¹³ O sanitarista Sérgio Arouca nasceu em Ribeirão Preto e se formou na Universidade de São Paulo. Deputado federal por oito anos, eleito pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) do Rio de Janeiro, foi um dos responsáveis pela aprovação da emenda popular da Reforma Sanitária incluída na Constituição Federal de 1988 e coordenador geral da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

permanente movimento, em sentidos contrários: vida, morte e vida. Arouca, em vida e morte, me ensinou que devo continuar na luta pela vida saudável, em uma sociedade politicamente democrática e coesa, na qual as iniquidades sejam superadas.

Os anos 2000 foram para mim recheados de movimentos múltiplos e diversificados. Passei por eles com a certeza de que nada é eterno, fixo e absoluto. Neste início de século perdi e ganhei muitas oportunidades na vida pessoal e profissional. Fui para a cidade de São Paulo, em 2001, deixando o grupo que gerenciava em âmbito nacional, o PSF - uma perda. Um ganho - assessorar a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na implantação do PSF, cujas responsabilidades me desafiavam:

- a) Assessorar a equipe de Coordenação Municipal para promover articulações e negociações com os 41 Distritos de Saúde na Cidade de São Paulo para implantação do PSF;
- b) Apoiar a formulação de metodologias aplicadas a seleção e capacitação das equipes a serem implantadas;
- c) Participar das articulações na formação da rede de instituições parceiras nas seis macrorregionais de saúde da cidade de São Paulo;
- d) Apoiar a coordenação municipal na busca de parcerias externas com organismos nacionais e internacionais.

Nestas idas e vindas de São Paulo para Brasília, aqui fiquei, desta vez para fazer o doutorado. Ingressei no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, em junho de 2003.

Entrei na Universidade com muitas inquietações, perguntas e dúvidas. Na esteira de Minayo “[...] tudo passa, e se mesmo tudo o que sólido desmancha no ar, muito mais razão tenho para desconfiar de minhas poucas certezas”. (2006, p. 32).

E uma destas poucas certezas era da possibilidade, ao entrar no mundo acadêmico, de poder desvelar, compreender e interpretar, do ponto de vista da história, se o Programa de Saúde da Família supera as desigualdades na saúde? Este é o significado e a intencionalidade central desta pesquisa, refletindo nele a identidade entre os sujeitos da investigação. Aqui trago minha **quinta e última questão**: acredito na ciência a serviço dos seres humanos, como lembra Brecht: “Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana”.

Por fim, e no limite destas páginas, permito-me registrar mais um dado de minha vivência. Tenho seis sobrinhos, quatro mulheres e dois homens, o mais novo deles, à época com 4 anos, surpreendeu-me com uma pergunta: “O que a senhora faz em Brasília? Por que não mora aqui

com a gente?” De pronto respondi: “Eu ‘vendo’ idéias”. Ele me olhou meio assustado porque não viu nenhuma materialidade na resposta. E eu disse a ele que fazia isso há quase 34 anos, desde minha entrada no Colégio Nossa Senhora Auxiliadora. Desde aquela época eu tinha decidido fazer estas ‘coisas’; logo, precisava ficar um pouco longe e, ao mesmo tempo, perto deles, tentando ajudar a outras pessoas que, como eu, projetavam o mundo em uma outra ordem.

Neste intervalo, entre as perguntas e respostas, fomos juntos ao Posto de Saúde, pegar minha mãe que participava de uma reunião do Conselho Local de Saúde. Lá tentei explicar-me melhor dizendo a Bruno, é o nome dele, que ali era um lugar onde todos deveriam ser atendidos. Estas são as idéias que ‘vendo’. Ele olhou para mim e disse: “Meu outro avô morreu aqui sem ser atendido”. Não me dei conta do quanto seu comentário havia me inquietado. Preferi o silêncio. Em 12 de junho de 2006, meu sobrinho poderia repetir o mesmo comentário, mas desta vez, referindo-se a sua avó, minha mãe, vítima de um sistema cujos caminhos do acesso ainda precisam ser percorridos rumo à construção da equidade no setor saúde.

Termino esse memorial, citando um outro exemplo extraído do livro de Amartya Sen, para expressar as privações das liberdades econômica, política e sociais, aqui ou no outro lado do mundo.

Eu tinha uns dez anos. Certa tarde, estava brincando no jardim de minha casa na cidade de Dhaka, hoje capital de Bangladesh, quando um homem entrou pelo portão gritando desesperadamente e sagrando muito. Fora esfaqueado nas costas. Era a época em que hindus e muçulmanos matavam-se nos conflitos grupais que precederam a independência e a divisão de Índia e Paquistão. Kader Mia, o homem esfaqueado, era um trabalhador diarista muçulmano que viera fazer um serviço em uma casa vizinha - por um pagamento ínfimo - e fora esfaqueado na rua por alguns desordeiros da comunidade hindu naquela região. Enquanto eu lhe dava água e ao mesmo tempo gritava pedindo ajuda aos adultos da casa - e momentos depois enquanto meu pai o levava às pressas para o hospital -, Kader Mia não parava de nos contar que sua esposa lhe dissera para não entrar em uma área hostil naquela época tão conturbada. Mas Kader Mia precisava sair em busca de trabalho e um pouco de dinheiro porque sua família não tinha o que comer. A penalidade por essa privação de liberdade econômica acabou sendo a morte, que ocorreu mais tarde no hospital, que também o privou de cuidar da vida. (SEN, 2000, p.22-23).

Que esta pesquisa seja uma contribuição aos conhecimentos científico, técnico, econômico, social, cultural e ambiental, num roteiro a guiar a construção coletiva de novas práticas libertadoras, a serviço da superação das desigualdades nas políticas públicas de saúde.

1 SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CONCEITOS NECESSÁRIOS

A saúde como um direito não é um objeto de estudo recente no Brasil, haja vista a presença histórica de atores sociais como o Movimento Sanitário Brasileiro e o campo da Saúde Coletiva, que viabilizaram a constituição de sujeitos ao longo de três décadas, cuja ação configurou no campo da saúde uma prática social com plena expressividade das suas dimensões técnicas, políticas e ideológicas, ao ritmo do processo de democratização da sociedade brasileira.

Os movimentos da medicina comunitária (DONANGELO, 1976), preventiva (AROUCA, 1975) e social (GARCIA, 1989) no Brasil, vêm nestes trinta anos dedicando suas obras ao registro e análise destes estudos. Estudos estes que, segundo Teixeira (2003), abriram caminhos para a investigação do “processo de trabalho em saúde” (MENDES-GONÇALVES, 1979) das diversas modalidades de organização social das práticas de saúde (CORDEIRO, 1984; OLIVEIRA & FLEURY, 1985;), e das experiências alternativas que se iniciavam em municípios como Montes Claros (MG), Londrina (PR) Campinas (SP) e outros.

Seguramente as experiências destes municípios alicerçaram as bases conceituais, técnicas e ideológicas do desenho em escala nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS¹⁴ e do Programa de Saúde da Família - PSF que vêm sendo implantadas no Brasil desde 1991 e 1994, respectivamente.

Essas estratégias políticas nascem no bojo do acirramento da crise estrutural do setor saúde no país, vivenciada pela população brasileira que por muitas décadas, percebe o distanciamento entre seus direitos garantidos em leis (CF/88, 8.080/90 e 8.142/90) e a capacidade efetiva do Estado em ofertar as ações e serviços públicos de saúde, o mais perto possível dos territórios sócio-sanitários dos indivíduos, famílias e comunidades.

Muitos têm sido os estudos, as análises e pesquisas sobre o PSF, entre eles o de Sousa (2001a), que afirma entre outras questões ser necessário distinguir o PSF dos programas tradicionais do Ministério da Saúde. Estes quase sempre se constituíram em ações paralelas, muitas vezes competindo com a lógica mais geral do sistema de saúde. No caso do PSF, por suas características estratégicas de reestruturação do modelo assistencial dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local. Ou seja, ele se constitui como uma unidade prestadora de serviços atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde.

¹⁴ O PACS foi institucionalizado em 1991 com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos graves índices de morbi-mortalidade materna e infantil na região Nordeste do país; ao longo dos anos segue para outras regiões, estados e municípios no bojo da implantação do PSF.

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

Uma das primeiras inversões é que

a família¹⁵ passa a ser o objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive, chamado de espaço/domicílio. É importante salientar que o caráter de objeto de atuação não significa uma reificação da família, pelo contrário, sendo o foco de atuação da política de saúde, a família traz a dimensão mais presente do contexto social e histórico. O indivíduo, no contexto de sua integração à família e à comunidade pode, desta forma, assumir a posição efetiva de sujeito do processo. Mais do que uma delimitação de lugares geográficos, este espaço deve ser entendido como espaço-âncora, ou seja, onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida. (BRASIL, 1998).

A ação sobre esse espaço é um desafio a um olhar técnico e político mais ousado, que abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, enraizando-se na vida social a partir do espaço/domicílio de cada família¹⁶.

Outras inversões de que trata o modelo é a ampliação de horizonte à compreensão dos vários elementos relacionados ao processo saúde/doença, e o aprofundamento dos laços de compromisso e co-responsabilidade entre instituições, profissionais de saúde e população.

Além disso, o modelo do PSF se direciona para a promoção da equidade, ou seja, da diminuição das injustiças. Por isso, através de uma operação de discriminação positiva, são eleitos públicos e formas de atuação. Mas é importante destacar que não se fere, neste processo, a idéia da integralidade, preservada na idéia de racionalização de recursos, mas sem renunciar, quando necessário e justificável, à utilização de tecnologia de última geração.

Não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em nível primário. Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF (SOUSA, 2001b).

O mesmo raciocínio se insere na discussão das alternativas de modelo assistencial e da tentativa de superação do modelo médico-assistencial até então hegemônico centrado na ótica

¹⁵ Família - é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados. (BRASIL, 1988).

¹⁶ A Lei Maria da Penha estatui, no seu art. 5º, II, que a família deve ser “compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” acabou se tornando a primeira norma infraconstitucional a reconhecer categoricamente o conceito moderno de família.

da doença, do hospital e “das formas predatórias de organização da assistência médico-hospitalar” (DONNANGELO, 1975).

Neste movimento de contra-hegemonia, o PSF apresenta-se como uma estratégia potencialmente transformadora, pautado no conceito de saúde como qualidade de vida e capacidades humanas determinadas socialmente, coerentes com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, conforme os princípios orientadores da Constituição Federal brasileira de 1988.

Sem querer estabelecer etapas estanques, mas, para efeito de contextualização geral no campo da política pública de saúde - Reforma Setorial -, e no particular dos debates históricos da **Crise do Modelo Médico Assistencial Curativo** e suas estratégias de mudanças para o **Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar**, olhamos as décadas de 70, 80 e 90, para descrever a transição desses modelos em curso no Brasil.

Ao analisar o atual modelo médico assistencial torna-se evidente que, apesar de sua eficiência em responder a alguns aspectos relativos à área curativa individual, existem limites estruturais e sociais na sua forma de intervenção. Trata-se de um modelo que aponta para um incremento continuado de gastos relativos à incorporação de tecnologias cada vez mais caras, da concentração de atendimentos no aparelho também mais oneroso, o hospital, e, principalmente, o baixo impacto dessas ações na melhoria das condições de vida da população como um todo. Os indicadores epidemiológicos e econômicos coincidem com o diagnóstico de esgotamento do modelo. A eles se somam outros indicativos sensíveis de insatisfação do usuário, penalizados por atendimentos cada vez mais desumanos e impessoais. Configura-se uma crise.

Crise essa que

não é condição particular do Brasil, mas uma situação que perpassa sistemas de saúde de todo o mundo. A mesma pode ser compreendida a partir de vários elementos, mas, tomada em sua dimensão social, ela se aprofunda e deixa marcas de iniquidade em um setor que deveria buscar a diminuição das desigualdades e a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 1996b).

Com isto, as décadas de 70, 80 e 90 foram marcadas, na América Latina, sobretudo no Brasil, por um cenário de luta em prol de um direito fundamental para o indivíduo: a Saúde. Nesta perspectiva nasce o Movimento Sanitário, como foi denominado. De origem acadêmica, caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. Este movimento presente no governo movia o aparelho estatal em três direções básicas:

Primeira - na politização da questão saúde, movida pelos ventos da medicina comunitária, palco de um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, cujas características eram a garantia de igualdade e universalidade no atendimento. Mesmo tendo seu alcance limitado a um caráter complementar, atuando sobre áreas da população não cobertas pelas formas hegemônicas de assistência médica, o chamado movimento da medicina comunitária nasceu nos Estados Unidos, tendo como antecedentes o da medicina integral e da medicina preventiva, oriundos das décadas de 40 e 50.

Os programas de ação comunitária foram trazidos para a América Latina, inclusive para o Brasil, através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e de fundações privadas norte-americanas - KELLOG, ROCKFELLER, sendo intensificadas nas Universidades. Podem ser citados diversos projetos-piloto, tais como Medicina Comunitária de Paulínea - UNICAMP (SP), Vale do Ribeira/USP e Londrina - Universidade Federal Londrina e outros (SOUSA, 2001a).

Este é o contexto no qual se eleva o grau de politização do setor saúde. Tal politização revela-se nas reivindicações sindicais que incluem a melhoria dos serviços, a necessidade de participação nos destinos da organização do Sistema Nacional de Saúde, além de procurar estabelecer a vinculação entre a política de saúde e a sociedade brasileira.

Segunda - alteração da norma constitucional - a promulgação da Constituição de 1988 tinha como princípios fundamentais da República "promover o bem-estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação", e assegurou a saúde como direito social. A Carta Magna afirmou ser este direito de todos e dever do Estado, tendo definido o termo não apenas como acesso às ações e aos Serviços Públicos de Saúde, mas como o resultado de políticas sociais e econômicas que visavam à redução do risco de doenças e de outros agravos.

Pode-se, então, afirmar que o SUS garantido pela Constituição Federal e Leis 8080 e 8142 com seus princípios doutrinados e preceitos constitucionais de universalidade (acesso da população a qualquer serviço de saúde), equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas), representa um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária. Como se sabe, a Reforma Sanitária deveria constituir-se na forma social de alterar o cuidado à saúde/doença do povo brasileiro. Desse modo, seria considerado um cidadão pleno. Entretanto, tem sido insuficiente para promover as transformações necessárias para a melhoria qualitativa e irreversível do Sistema de Saúde.

Terceira - mudança do arcabouço e das práticas institucionais - nesta dimensão, vários têm sido os autores, a exemplo de Sérgio Arouca (1988), que vêm mencionando a necessidade de realizar a “Reforma da Reforma” com destaque para a importância da construção de um novo modelo que substitua as práticas de saúde até então vigentes. Tais práticas, voltadas para ações curativas, isolavam o indivíduo do seu contexto familiar e dos seus valores sócio-culturais, fragmentando-o e tratando-o apenas sob o ponto de vista da doença.

Assim, o Ministério da Saúde editou as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde em 1991, 1993, 1996 e em 2001/2002, a Norma Operativa da Assistência à Saúde - NOAS. Em 2006, editou o Pacto Pela Vida e de Gestão¹⁷; com estas iniciativas o governo federal empreendeu, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, diversas ações no sentido de reorganizar a prática assistencial no país, alcançando com isto uma série de avanços, como por exemplo a eliminação da poliomielite, a mudança no perfil epidemiológico da morbi-mortalidade, no sentido de uma transição epidemiológica incompleta, e o fortalecimento do SUS.

Estes avanços estão presentes nos 5564 municípios brasileiros que recebem o Piso da Atenção Básica - PAB - Fundo a Fundo, segundo Portaria/GM 2023-2004. Desses municípios 662 se encontram habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, recebendo, além do PAB, os recursos referentes ao custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Vale destacar que do total de municípios 72% (quase quatro mil) têm menos de 20.000 habitantes.

A ampliação da rede de serviços, segundo dados do Ministério da Saúde, compõe o elenco destes avanços. São 5.864 unidades hospitalares, com um total de 375.114 leitos cadastrados no SUS, responsáveis por mais de 940 mil internações por mês, perfazendo mais de 11 milhões de Autorizações de Internações Hospitalares/ano. As Unidades ambulatoriais, no total de 63.662, geram 1,2 bilhões de procedimentos de Atenção Básica - entre ações de enfermagem, ações médicas básicas, ações básicas em Odontologia e procedimentos básicos em vigilância sanitária - 726 milhões de procedimentos especializados - sendo 315 milhões de exames laboratoriais/ano, 9,8 milhões de exames de ultra-sonografia, 47 milhões de sessões de fisioterapia, dentre outros - e 323 milhões de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, entre tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de

¹⁷ O Pacto pela Vida e de Gestão foi instituído pela portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, e suas Diretrizes Operacionais foram regulamentadas pela Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006.

hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia (dados registrados no SIA/SUS em 2006). Na assistência hospitalar destaca-se a realização de 2,4 milhões de partos, de 117 mil cirurgias cardíacas, de 76,8 mil cirurgias oncológicas, de 78,8 mil cirurgias de varizes e de 40,4 mil transplantes de órgãos (dados registrados no SIH/SUS em 2006).

De acordo com Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003, realizada pelo IBGE, 24,5% da população brasileira possui cobertura de plano de saúde, podendo-se inferir que 75,4% utilizam, majoritariamente, o SUS. Entretanto, se for considerado que este sistema é responsável pela vigilância de produtos e serviços, e ainda pela vigilância epidemiológica, pode-se inferir que 100% dos brasileiros são atendidos, direta ou indiretamente, por este sistema (atenção à saúde). Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

Mesmo com todas as conquistas alcançadas com a institucionalização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o Brasil continua devedor de um modelo de atenção à saúde integral e familiar que, de fato, siga as conquistas de ordem política, jurídica e institucional, e que, com isso, corrija as injustiças e desigualdades ainda presentes. E um indicador da persistente desigualdade qualitativa e quantitativa do desenvolvimento no Brasil pode ser encontrado no processo de transição epidemiológica diferenciada que vem se dando no Brasil e suas regiões, segundo demonstra Prata (1992).

Essas iniquidades são historicamente vistas no que foi denominado “acúmulo epidemiológico” (MENDES, 1996), representado pelo complexo mosaico: acúmulo das velhas (Dengue e Cólera) e novas doenças (Aids), aumento da população, concentrada em idades acima de 65 anos, crescimento nas cidades, sobretudo das capitais e regiões metropolitanas, da violência nas suas mais diferentes matizes, além dos focos de resistência às doenças infectocontagiosas. Dito de outra forma é necessário enfrentarmos a construção de um modelo de atenção à saúde em novos paradigmas, uma vez que as barreiras que bloqueiam a eficácia destes avanços parecem intransponíveis, fortalecidas pela forma de organização da assistência médica hospitalar e ambulatorial vigente no país, constituída por uma grande quantidade de unidades de saúde, organizadas por vários programas pontuais de controle de doenças e de assistência a grupos populacionais específicos.

Embora se tenha incentivado a mudança do modelo assistencial e mesmo que se tenha investido recursos consideráveis em vários programas voltados para a mudança do modelo assistencial, ainda assim, até hoje, diante de qualquer sinal de desconforto - dor, gripe, febre,

outra queixa qualquer - grande parte da população se vê na obrigação de enfrentar filas enormes em hospital porque, “culturalmente” foi colocado no imaginário dessas pessoas, que só e somente só no hospital podem ser encontrados, o tempo inteiro, o médico, o exame complementar ao diagnóstico e o medicamento de que se necessita para o tratamento.

É sabido que nem sempre essa suposição se confirma. Há inúmeros relatos de situações em que não estão presentes no hospital, simultaneamente, os três elementos nucleares da assistência que carregam consigo uma extensa e complexa cadeia de recursos humanos, materiais e financeiros, em prol da recuperação do equilíbrio físico e mental do indivíduo. Mas esta é a peça-chave do grande quebra-cabeça. Enquanto esse conjunto de recursos não estiver disponível ao público em local apropriado do sistema, os hospitais continuarão abarrotados de demandas e queixas, adequadas ou não, acrescentando gastos desnecessários na maior parte dos casos. É preciso compreender e aprofundar a leitura das estreitas relações que existem entre as diversas dimensões da transição de um modelo “clássico” de doença para a construção de um “novo modelo de atenção à saúde integral e familiar”.

O quadro seguinte ilustra esta transição.

QUADRO 1
COMPARAÇÃO ENTRE O MODELO CLÁSSICO E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL FAMILIAR, TENDO POR BASE ALGUNS EIXOS CENTRAIS.

Modelo Clássico	Modelo de Atenção à Saúde Integral Familiar
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente na demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência
Trata o indivíduo como objeto de ação	Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio, à comunidade.
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrado no médico	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitado à ação setorial	Promove a ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajosa	Relação custo-benefício otimizada

Fonte: Brasil, 1998.

Esta transição traz em seu bojo duas grandes heranças que o Brasil carrega desde a segunda metade do século XX:

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

- a) Estruturas socioeconômicas, política, culturais e ambientais desiguais;
- b) Sistema de proteção e promoção dos direitos humanos frágil e incompleto, evidenciado que os esforços reformistas ainda não conseguiram modificar as estruturas de desigualdade e exclusão social existentes nos mais diferentes espaços do território brasileiro.

Em alguns desses espaços estas heranças apresentam-se abafadas, quase silenciosas, confirmando o que expressa Engels:

quando um indivíduo fere mortalmente alguém, o seu ato é chamado de assassinato; mas quando a sociedade coloca centenas de pessoas em tal situação que por não poderem sobreviver adequadamente, morrem prematuramente e ainda permite que estas condições assim permaneçam, isto também é assassinato. Entretanto ninguém pode ver o assassino porque a morte parece natural. (1984, p.61-65).

Por isso, nessa pesquisa, tratamos de uma análise integrada das inter-relações desses fatores acima descritos como determinantes das desigualdades/iniqüidades no acesso aos serviços básicos de saúde, tendo no PSF uma estratégia política, com potencial capacidade de contribuir para a redução dos elementos explicadores desse fenômeno.

Partindo desse pressuposto, diremos o que entendemos por desigualdade social, desigualdade em saúde, modelo de atenção à saúde, atenção básica à saúde, Programa Saúde da Família - PSF, serviços de saúde e acesso aos serviços básicos, para efeito dessa tese.

1.1 Conceitos necessários

1.1.1 Desigualdades Sociais

Em países como o Brasil, as questões básicas como a da igualdade dos cidadãos diante da lei e a da necessidade de incluir os excluídos na comunidade de direitos seguem pendentes, na medida em que o país continua enfrentando, simultaneamente, os antigos e novos desafios que se apresentam no desenvolvimento da cidadania.

Estas contradições inerentes à cidadania são responsáveis por distintos desenvolvimentos destes direitos, tanto no tempo quanto no conteúdo e extensão, envolvendo um processo contínuo de redefinição da própria concepção de cidadania (FLEURY, 1994).

Da mesma forma, os direitos envolvidos na noção de cidadania são de natureza muito distinta, alguns deles implicando em restrições à ação do Estado, como no caso dos direitos civis, enquanto outros requerem uma intervenção do Estado, como os direitos sociais. Todo e

qualquer direito, seja o direito de um povo, seja o direito de um indivíduo, só se afirma através de uma disposição ininterrupta para a luta. (BOBBIO, 1993). Para ele, que adota uma posição firme contra a idéia dos direitos naturais, os direitos nascem quando devem e podem nascer. São direitos históricos, que nascem em circunstâncias determinadas, relacionadas com a defesa de novas liberdades.

Nesta direção do pensamento de Bobbio, lembro que na segunda metade do século 20, direitos civis, direitos políticos e direitos sociais foram unidos sob o nome de direitos do Homem, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada em 1948. Ainda que esta declaração tenha validade universal, em que estes direitos foram positivados em nível internacional, estabelecendo assim uma concepção ampla de cidadania¹⁸, a mesma não foi capaz até os dias atuais de superar as desigualdades de ordem social.

Lembra-nos Arendt (1993, p.227) que a igualdade requerida na esfera pública é politicamente construída, já que na natureza humana o que encontramos é a diferença. A cidadania, hipótese jurídica igualitária inscrita como possibilidade na natureza do Estado moderno, foi a mediação mais importante na reconstituição da totalidade (comunidade) necessária à integração social. Tal mediação torna-se clara quando os cidadãos têm a consciência do interesse público, materializando a emergência de uma esfera social que Habermas (1984, p.177) denominou repolitizada, ou Estado-social. Estado-social este que seja capaz de aumentar seus gastos de forma sustentável no enfrentamento e ou superação das mais diferentes manifestações das desigualdades sociais. Essas tão efetivas nas condições materiais de vida como nas maneiras pelas quais os indivíduos se pensam e concebem seus projetos. No Brasil mesmo que o gasto social aumente progressivamente, desde a década de 1990, refletido na melhoria dos indicadores de saúde e educação, as políticas redistributivas estão muito aquém dos déficits acumulados.

Este paradoxo faz com que o país esteja ao mesmo tempo entre os melhores do mundo e os piores. Mesmo sendo a nona maior economia mundial, com um Produto Interno Bruto (PIB)

¹⁸ A concepção de cidadania enunciada pelas Nações Unidas em 1948 foi reiterada em termos acadêmicos por T.H. Marshall em 1949. O mesmo a define assim: “A **cidadania política** inclui o direito de participar no exercício do poder político como membro de um corpo investido de autoridade política ou como eleitor de seus membros. As instituições correspondentes são o parlamento e os conselhos de governo local. A **cidadania civil** compõe-se dos direitos à liberdade individual: liberdade da pessoa, de expressão, de pensamento e de religião; direito à propriedade e a estabelecer contratos válidos; e direito à justiça. Este último tem caráter diferente dos demais, por se tratar do direito de defender e fazer valer o conjunto dos direitos de uma pessoa em igualdade com os demais, mediante os devidos procedimentos legais. Isso nos ensina que as instituições diretamente relacionadas com os direitos civis são os tribunais de justiça. Finalmente, a **cidadania social** abrange todo o espectro, desde o direito à segurança e a um mínimo de bem-estar econômico até o de ter plena participação na herança social e de viver a vida de um ente civilizado, conforme os padrões predominantes na sociedade. As instituições diretamente relacionadas são, neste caso, o sistema educacional e os serviços sociais”.

considerável, estando, portanto, no conjunto composto por EUA, Japão, Alemanha, França, Itália, Grã-Bretanha, Canadá, Espanha e Rússia, logo seguido pela China, Austrália, Índia, Holanda, Coreia do Sul, Suécia e México (Relatório de Desenvolvimento Humano, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Tricontinental Editora, Lisboa, 1994; e *The Economist*, *Pocket World in Figures*, Hamilton/Penguin, Londres, 1993:22) ainda assim a desigualdade entre os 176 milhões de brasileiros continua sendo a marca do país.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Síntese de Indicadores Sociais 2002 (com dados relativos a 2001) mostra que a metade dos trabalhadores brasileiros ganha apenas de meio a dois salários mínimos (R\$ 480), sendo que na região Nordeste, a mais pobre do país, a proporção chega a 60%. Os dados mostram que a distância entre pobres e ricos, homens e mulheres, negros e brancos, do Norte, Nordeste e Sudeste são o retrato de um país onde a redução da desigualdade é uma ficção. Muitos números costumam confundir, mas estes insuflam a indignação: o percentual de 1% mais rico da população acumula o mesmo volume de rendimentos dos 50% mais pobres, e os 10% mais ricos ganham 18 vezes mais que os 40% mais pobres. Metade dos trabalhadores brasileiros ganha até dois salários mínimos e mais da metade da população ocupada não contribui para a Previdência. Quase um terço dos 40% mais pobres não têm carteira assinada, contra 8% dos 10% mais ricos.

Estes números evidenciam que o Brasil é uma das sociedades mais desiguais do mundo. Independentemente da maneira como se conceitue, defina ou se meça a desigualdade, ela aparece como fenômeno que sinaliza um padrão de distribuição de recursos extremamente injusto, portanto desigual socialmente.

1.1.2 Desigualdade em Saúde

O setor saúde não se encontra fora deste quadro de desigualdades¹⁹, uma vez que se deve entender a desigualdade em saúde à luz de seus determinantes materiais, incluindo aí os processos de inclusão e de exclusão fundados em uma dimensão simbólica ou civilizatória. Por meio desta, definem-se e reproduzem-se as regras e rituais de inclusão/exclusão, em uma comunidade político/jurídica (de cidadãos), mas que é, fundamentalmente, uma comunidade de sentidos (FLEURY, 1998, p.82). Sendo a apropriação discursiva o fundamento da condição humana (ARENDDT, 1993, p.31), a constituição dos sujeitos, estes como um ponto da verdade enunciado, passa pelo resgate de suas possibilidades de sujeitos.

¹⁹ O termo **desigualdade e iniquidade** em saúde é tratado nessa tese como sinônimos.

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

Segundo Amartya Sen (2000), existem profundas disparidades na liberdade ou capacidade de escolha que os diferentes indivíduos e grupos têm para levar a vida que escolheram para si, ou seja, fazer aquilo que julgam ser valioso. Os recursos privados e os padrões de prestação de serviços públicos afetam essa capacidade de escolha, enquanto a estrutura política e social incide sobre a possibilidade de participar de modo significativo na sociedade, de influenciar nas decisões ou de viver com dignidade. Sendo assim, as características vitais aparentemente elementares como estar vivo e sem doença, estar bem nutrido, ter respeito próprio e ser respeitado e capaz de exercer ação política, faz dos indivíduos, sujeitos ativos em busca dos seus direitos de cidadãos.

No Brasil esta ação política foi na contramão das tendências neoliberais que prevaleceram nas décadas de 80 e 90, em que o movimento da reforma sanitária alcançou consolidar um novo pacto federativo e social a partir de uma política setorial, optando pela ampliação da participação democrática e da garantia dos direitos de cidadania, mediante conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista, sustentado pela idéia de justiça social, rumo à superação das desigualdades na saúde.

Segundo Viana, Fausto e Lima (2003) o tema desigualdades em saúde passou a ser tratado para além das diferenças entre os grupos, incorporando nas análises conceituais a dimensão da justiça social. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de desigualdade, remete a análise para o campo político, com incorporação de valores éticos e morais explícitos nas bases contratuais de determinada sociedade. Nesse sentido, as desigualdades em saúde são percebidas e têm se tornado objeto de atenção nos mais diferentes modelos de sistemas de saúde, nos países mais desenvolvidos e nos mais pobres e em regimes políticos e sociais variados. É bem verdade que o grau de desigualdade, seus determinantes e efeitos diferem entre as sociedades e internamente nos próprios países.

Starfield (2001, p.53), mais recentemente, discute o conceito de equidade em saúde como “a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical).” Resume Viana et al (2003), à luz dos conceitos de Starfield, que a equidade no cuidado à saúde define-se enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos.

Portanto, **desigualdade social e de saúde**, nessa tese foram trabalhadas à luz das formulações de Amartya Sen (2000), que conceitua desigualdade tomando como referencia a concepção do desenvolvimento²⁰ centrado na liberdade²¹ e nas oportunidades sociais, portanto na justiça social. Esta reconhecida na distribuição de renda, no acesso à terra, educação, saúde, emprego, moradia, transporte, lazer e a outros bens de consumo, sobretudo ao poder de participação e decisão política, social e econômica da comunidade.

A saúde, a doença e a morte para efeito dessa pesquisa são definidas pela qualidade de vida e pela capacidade²² e oportunidade²³ de ser e agir de mulheres e homens em suas relações existenciais, seja no plano individual e ou coletivo. Portanto, as noções de qualidade de vida e saúde são amplas e complexas, o que dificulta suas precisões e ou medições. As tentativas de submetê-las a uma unidade de “medida” podem às vezes ocultar mais do que revelar suas distribuições no espaço e no tempo, e principalmente suas inter-relações com os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e subjetivos.

Assim desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e individuais, porque estas diferenças são moralmente injustas.

Dessa forma, podemos afirmar que os recursos privados e os padrões de prestação de serviços públicos afetam essa capacidade de escolha, enquanto a estrutura política e social incide sobre a possibilidade de participar de modo significativo na sociedade, de influenciar nas decisões ou de viver com dignidade e liberdade. E com isso, reconhecemos que a questão da desigualdade social, em seus diferentes determinantes, afeta diretamente o desenvolvimento do setor saúde.

1.1.3 Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar

²⁰ **Desenvolvimento** está relacionado com a melhoria da qualidade da vida que levamos e com os processos de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e de outras variáveis relacionadas à renda.

²¹ **Liberdade** é vista como o principal fim e meio do desenvolvimento. Este consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas exercerem ponderadamente sua condição de gente.

²² **Capacidade** é a condição pela qual os indivíduos, comunidades, grupos sociais interagem coletivamente, para fazerem coisas que têm razão para prezar e valorizar com o objetivo de levar um tipo de vida que disponha de **oportunidades** capazes de sobrepujarem-se à injustiça e às disparidades, encontradas nas suas próprias estratégias de sobrevivência.

²³ **Oportunidade** diz respeito à ocasião favorável de obter resultados considerados valiosos nos processos de tomadas de decisões sociais, políticas e econômicas que ampliem a capacidade humana para levar uma vida mais livre e mais digna de ser vivida.

Entendemos por **Modelo de Atenção à Saúde Integral²⁴ e Familiar** aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, enquanto uma política pública a qual possa responder aos desafios contemporâneos em um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais. Esta linha de raciocínio desenvolvido por nós (SOUSA, 2001a) aponta para um novo modelo que crie e aprimore continuamente ambientes saudáveis, protegendo as pessoas contra ameaças à saúde e possibilitando aos indivíduos, famílias e comunidades a expansão de suas liberdades, capacidades e oportunidades de desenvolverem o máximo seu capital humano.

Esse modelo tem por primazia ser organizado pela Atenção Básica à Saúde - ABS, como o primeiro ponto de um sistema. O termo ABS é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para este campo de práticas é Atenção Primária à Saúde - APS, como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata, (República de Cazaquistão) República da antiga União Soviética - URSS, onde diversos países fizeram-se presentes na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo com isto a Declaração de Alma-Ata.

Tal evento apontava, também, para a atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação.

Reforçava, para tanto, a saúde como sendo não a simples ausência de doença, mas como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, trazendo para âmbito formal e internacional aquilo que Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, já vinha apontando como os componentes básicos para a abordagem da saúde dos povos: “a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde” (GENTILE, 1999), conceitos reafirmando em todas as conferências internacionais da Promoção da Saúde. (Vide ANEXO A).

Em síntese, pode-se afirmar que o pensamento da atenção primária no mundo apresenta-se com vários sentidos desde o primeiro nível de atenção, passando pela idéia de um tipo de

²⁴ Vários são os sentidos empregados para o conceito de integralidade. Nesta pesquisa, nos referimos a um conjunto de características que compõem as práticas dos profissionais envolvidos com a estratégia saúde da família; a organização das ações e serviços de saúde e as políticas públicas, enquanto capacidade governamental de dar respostas aos problemas de saúde.

serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde.

No caso brasileiro o termo Atenção Básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do Sistema Único de Saúde - SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela estratégia do PSF, a qual a partir de sua criação materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar.

Isso posto, pode-se afirmar, seja no cenário internacional ou nacional, que o conceito de Atenção Primária e ou Atenção Básica se dirige para um ponto comum no qual seus princípios e diretrizes gerais, de caráter planetário, têm sido nestas últimas décadas o balizador da formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam nas práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Portanto, suas diferenças dar-se-ão na medida da especificidade sócio-cultural e política de cada nação e serão pautadas pelas relações que se estabelecem entre Estado e Sociedade em cada contexto.

1.1.4 Atenção Primária/Básica e PSF

O **conceito de atenção primária/básica**, segundo Starfield (2002, p.28), é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção.

No caso Brasileiro, entendemos o **conceito do PSF** como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde; está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Nessa direção, seus princípios organizativos revelam-se nos seguintes objetivos:

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

- a) Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutive, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- b) Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- c) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- d) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- e) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- f) Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- g) Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e;
- h) Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social. (BRASIL, 1998).

1.1.5 Serviços de Saúde

Entendemos por **Serviços de Saúde** estruturas organizacionais e técnicas extremamente diversificadas, incluindo desde consultórios individuais e unidades básicas até hospitais terciários e especializados, bem como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (NOVAES, 2004). Para a finalidade dessa pesquisa, são vistos com um conjunto de ações básicas de saúde, dirigido às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestado no primeiro nível do sistema, sendo que nestas estruturas os mesmos são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Estes serviços são pensados como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cujas direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas (COHEN e FRANCO, 1993).

1.1.6 Acesso

Os termos **acesso e acessibilidade** são usados por alguns autores de forma indistintas e geralmente imprecisa. Entre eles Millman (1993) definiu acesso como “o uso oportuno de

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”. Enquanto que Starfield (2002) diferencia o acesso de acessibilidade. Acessibilidade segundo a autora refere-se a características da oferta, e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Por outro lado Donabedian (2003) acrescenta ao conceito de acesso a idéia de não o restringir à entrada nos serviços de saúde, trabalhando assim com acessibilidade na dimensão da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Estes e outros autores, como Travassos e Martins (2004, p.2), nos fazem ver que a terminologia usada para definir acesso é muito complexa, às vezes confusa e imprecisa, indicando que seus referencias variam no tempo, espaço, contextos e nos objetivos dirigidos por diferentes estudos. Por isto chamam atenção para a importância das distinções entre acesso e uso de serviços de saúde, acesso e continuidade do cuidado e acesso de efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um destes processos corresponde a um modelo explicativo distinto. O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado.

Por isso, entendemos acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades, gestores e equipes do PSF permeada pelo vínculo e pela co-responsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação.

Todos esses referenciais foram tomados de forma articulada, na perspectiva de aprofundar a análise compreensiva e interpretativa do “objeto” dessa pesquisa que assim se justifica:

Primeiro - pela necessidade de entender as discussões que vêm ao longo desses 16 e 13 anos de implantação e funcionamento do PACS²⁵ e PSF, respectivamente, travadas no setor saúde, sobre o potencial ou não destas estratégias em superar as desigualdades no acesso aos serviços de Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde.

Segundo - para compreender a expansão expressiva, numericamente, do PSF e analisar as variáveis determinantes da decisão política/técnica nos governos federal, estadual e

²⁵ O PACS não é objeto de análise nesse estudo; entra no mesmo como referência, contextualizando saberes e práticas acumuladas e que antecedem a implantação do PSF.

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

da adesão a esta estratégia nos 12 municípios pioneiros. Trata-se de verificar as motivações que levaram os agentes políticos/técnicos a optarem por estas estratégias.

Terceiro - pela necessidade de verificar os potenciais e as fragilidades nas condições de governança nos processos de implantação/implementação do PSF.

Quarto - pela limitação dos estudos existentes no que diz respeito ao acesso serviços básicos de saúde ofertados aos indivíduos, famílias e comunidades, adscritas pelas equipes do PSF.

Estas quatro questões nos orientaram para a formulação da **pergunta central** da pesquisa: Programa de Saúde da Família: estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do acesso aos serviços básico de saúde, no âmbito do SUS.

Partindo desse ponto foi desenhado o **objetivo geral** dessa tese que se propôs a analisar a implantação do PSF no que se refere ao acesso aos serviços básicos de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

E, para desvendar e buscar significados que aprofundassem e respondem o objetivo geral, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Conhecer as motivações dos sujeitos político-técnicos, na decisão de implantar o PSF, nos três níveis de governos: federal, estadual e municipal;
- b) Analisar a distribuição geográfica da implantação das ESF no Brasil, verificando seus critérios e prioridades de exclusão e/ou inclusão nos 12 municípios pioneiros;
- c) Verificar os principais elementos de governança (potencialidades e fragilidades) institucional do PSF;
- d) Identificar a percepção dos usuários, nos 12 municípios pioneiros da implantação do PSF, acerca do acesso aos serviços básicos de saúde.

Portanto, a **hipótese central** dessa pesquisa é: O Programa de Saúde da Família no Brasil é ou não uma potencial estratégia política para superar as desigualdades no acesso aos serviços Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

E, para ampliar a leitura, compreensão, interpretação e objetivação dos resultados do objeto em estudo, fez-se necessário contextualizá-lo no tempo e no espaço, dentro da estrutura política, econômica, social, ideológica e cultural do Estado Brasileiro.

Para tanto, os conceitos básicos acima mencionados foram agregados a outros, segundo autores que vêm historicamente analisando teórica e metodologicamente o surgimento e desenvolvimento do Aparelho de Estado, Estado Neoliberal, Estado de Bem-Estar Social, Políticas Sociais e Políticas de Saúde. Estes aspectos serão tratados no Capítulo 2, devidamente ajustados à análise explicativa do objeto e dos objetivos específicos do tema em

estudo. Nessa direção, torna-se necessário explicitar que cada um desses aspectos constitui um tema vasto e complexo, e que no contexto deste trabalho, serviram como base de sustentação às explicações teórico-práticas do objeto em questão.

2 CONTEXTOS, ORIGEM E DEBATES DO PSF

Para elaborarmos este capítulo, trabalhamos, no tocante ao **contexto**, as questões referentes ao Aparelho de Estado, Estado Neoliberal, Estado de Bem-Estar Social, Políticas Sociais e Políticas de Saúde. As questões referentes à Medicina Familiar, ao Modelo de Atenção à Saúde e à Atenção Básica à Saúde foram destacadas para evidenciar a **origem e debates** do Saúde da Família, descrevendo aspectos essenciais de sua estratégia de implantação no Brasil. Todas estas questões foram devidamente ajustadas à compreensão do objeto e dos objetivos específicos do tema estudado. As mesmas constituem em si temas vastos e complexos, e que no particular deste trabalho, serviram como base de sustentação às explicações teórico-práticas da pesquisa.

2.1 Contextos

No que se refere ao **aparelho de Estado**, não se pretende demonstrar apenas o seu papel, em si; todavia, dizer de sua importância em uma visão estrutural e histórica no processo de formulação das políticas sociais, afirmando com isso que o mesmo em uma determinada conjuntura se expressa por meio de diferentes sujeitos, projetos, interesses, alianças, divisões, todos se formando e modificando-se no confronto das forças em contradição/atritos.

Nesse entendimento, o Estado não é o único instrumento de uma determinada força, nem o árbitro das forças em conflito. Ele representa o conjunto de forças sociais que se manifestam em uma determinada conjuntura, como afirma Faleiros:

O Estado é o lugar por excelência em que se condensam as contradições da sociedade. Com isso se pode dizer que o Estado é, ao mesmo tempo, lugar onde se expressam momentos antagônicos e complementares de correlações de forças econômicas, sociais, políticas e ideológicas. (1992, p.30).

Do exposto, para se analisar as formulações das políticas públicas, urge a necessidade de compreender todo um conjunto das estruturas sociais vigentes para clarear a dinâmica que envolve as forças sociais, sem esquecer de contextualizar o tripé que vem historicamente gerindo o Brasil: o centralismo/autoritarismo, o clientelismo/paternalismo e o burocratismo.

O autoritarismo se expressa na ausência de negociações entre os grupos hegemônicos no interior do Estado dirigente e nos amplos setores da sociedade civil, impondo, ainda, as várias políticas sociais; **o paternalismo/clientelismo**, que endossam essas políticas sob a forma de favores, benefícios proporcionados pela classe dominante aos “pobres coitados”, e o

burocratismo, que se esconde sob uma rígida linguagem técnico/profissional através das normas e diretrizes administrativas e a necessidade de controlar o acesso democrático às informações e à socialização do saber.

Na direção deste tripé, afirma Fiori (1994, p.41): “o esgotamento da coalizão autoritária [...] não logrou produzir nem uma pactuação social, nem um comando nítido que conseguisse deter o avanço da ingovernabilidade [...]”. O processo de distensão do regime autoritário, depois denominado de abertura democrática, veio acompanhado da progressiva fragilização financeira do Estado. Portanto, vários autores, entre eles Bresser (1997), argumentam que desde o modelo primário-exportador até o presente, as políticas sociais têm sido conduzidas como parte integrante da operacionalização das engrenagens econômicas e como instrumento de sustentação política do Aparelho de Estado.

A constatação do que afirma o autor é perceptível, sobretudo, na segunda metade da década de 80, também, no Brasil, pela discussão sobre a remodelagem da intervenção do Estado na economia, sinalizando a configuração do **Estado Neoliberal**. Este experimentado, no Chile sob a ditadura de Pinochet, a partir de 1973; na Inglaterra de Margareth Thatcher, a partir de 1979; e nos Estados Unidos de Ronald Reagan, a partir de 1981.

No caso do Brasil e de outros países da América Latina, como Argentina, Bolívia, Peru e Colômbia, esta remodelagem se expressa nas radicais mudanças em suas estruturas econômicas, por meios de medidas de desregulamentação, liberalização comercial, privatização, equilíbrio fiscal, dolarização da economia, abertura ao capital estrangeiro e redução da intervenção estatal. Todos eles orientados pelo chamado Consenso de Washington, com o respectivo documento “*Latin American Adjustment: How much has happened?*”, de 1989. A agenda neoliberal foi claramente sinalizada, senão definida, para a região como um todo, pois além do receituário sobre quais ajustamentos e medidas eram necessários, demonstrava o entendimento do que deveria ser feito pelos governantes, de modo a receber o beneplácito das manifestações “de reconhecimento” (*approval*) das autoridades do FMI e do BIRD. Assim, seria obtida a credibilidade da comunidade financeira internacional - tão necessária para que prosseguissem, às vezes no limite das possibilidades, a rolagem do principal e parte dos juros da dívida externa - sem maiores riscos de retrocesso ou de rupturas institucionais.

Segundo Souza (2003), a adoção desse modelo neoliberal no Brasil, com suas especificidades, nos últimos 15 anos produziu conseqüências econômicas e sociais gravíssimas: uma estagnação decenal, com taxas de crescimento pífias - especialmente se comparadas ao crescimento econômico médio de longo prazo do país, de 7% ao ano, entre o início do pós-

segunda guerra mundial (1947) e o segundo choque do petróleo em 1979; aumento constante no nível de desemprego e da informalidade; insegurança no plano individual e coletivo em face do aumento da violência, com dimensões de crime organizado e que ora já deixa de ser privilégio das grandes áreas metropolitanas, atingindo inclusive as áreas rurais; predominância de valores individualistas típicos da concorrência capitalista.

Desse modo, acirra-se o debate entre liberais e desenvolvimentistas sobre o tamanho ideal do Estado, abrindo-se outro debate sobre governabilidade. Ao invés do Estado mínimo ou do Estado desenvolvimentista, temos o Estado capaz, como nos sugere Bresser (1997). O Estado capaz é aquele que reúne as condições de governabilidade para promover os ajustes requeridos na estrutura produtiva, redirecionando a economia para um novo modelo de desenvolvimento.

Conforme afirma Fleury (1999), o redirecionamento da política social está relacionado com o papel do Estado na transição dos modelos de desenvolvimento. Assim como o Estado desenvolvimentista sustentava-se politicamente com o apoio das classes organizadas, direcionando para estas a política social, o novo Estado direciona o gasto social para os grupos mais necessitados, de forma a amortecer a implementação das políticas de ajuste, operacionalizando o novo modelo econômico por meio da preservação do tecido social e, portanto, da capacidade de governo; da consolidação de uma imagem externa favorável e otimista para a atração de capitais estrangeiros; e da compatibilização com estruturas clientelísticas de manutenção do poder.

No tocante ao **Estado de Bem-Estar Social** alguns autores divergem quanto ao significado dos termos *Welfare State*, Estado-Providência (*État-Providence*), Estado Social, ou ainda Estado de Bem-Estar Social²⁶. Esta distinção pode ser importante em outros contextos²⁷. Nesta pesquisa, seu conceito vai servir de forma ampla, quando estamos falando de *Welfare State*, no sentido ampliado de mobilidade do Aparelho de Estado em uma sociedade

²⁶ As políticas tiveram início em 1942 com a publicação na Inglaterra do Relatório Beveridge. Segundo ele, depois de vencida a guerra, a política inglesa deveria se inclinar doravante para uma programação de aberta distribuição de renda, baseada no tripé da Lei da Educação, da lei do Seguro Nacional e da Lei do Serviço Nacional de Saúde (associadas aos nomes de Butler, Beveridge e Bevan). A defesa desse programa tornou-se a bandeira com a qual o Partido Trabalhista inglês venceu as eleições de 1945 colocando em prática os princípios do Estado de Bem-Estar Social.

²⁷ Estado do Bem-Estar Social é um termo que identifica a provisão de serviços sociais pelo Estado, a quem cabe a responsabilidade principal pelo bem-estar de seus cidadãos. Essa responsabilidade é ampla porque todos os aspectos da seguridade são considerados e sua abrangência é universal, cobrindo toda a população. Atualmente, em muitos 'estados de bem-estar social', especialmente na Europa Continental, esse bem-estar não está sendo provido pelo Estado, mas por uma combinação de serviços independentes, mutualistas, voluntários ou governamentais.

capitalista com a finalidade de formular e implementar políticas, programas, projetos, ações, produzindo assim bens e serviços orientados ao bem-estar de sua população.

As diferenças entre o modelo de seguro social aplicado à Previdência Social e o modelo assistencial são conhecidas (FLEURY, 1994).

No **modelo assistencialista**, as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se tendo por base a associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma fragmentada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas estigmatizantes e compensatórias. Por isto, denomina-se esta relação como **cidadania invertida**, na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social (FLEURY, 1997).

No **modelo de seguro social**, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Santos (1979) denominou a relação como de **cidadania regulada** pela condição de trabalho.

E a condição de trabalho, passa, também pelas **Políticas Sociais**; no dizer de Testa (1995), política é uma atividade realizada por grupos que compõem a sociedade em torno da relação social que constitui o poder, ou seja, política é uma proposta de distribuição do poder nas sociedades. Para Santos²⁸, a política social tem como finalidade a conquista da equidade ou redução de desequilíbrios, possibilitando a divisão do bem-estar social com vários componentes a partir das carências nas áreas da saúde.

A luta por uma agenda de reformas progressista e redistributiva, ou seja, mais social, culminou na Constituição de 1988. Nela foi desenhado, pela primeira vez na história do Brasil, o embrião de um efetivo Estado de bem-estar social. Nos capítulos constitucionais referentes ao regime de proteção social, garantiu-se a universalidade, integralidade e equidade do atendimento à saúde, além da universalização da previdência, prevendo fontes de receitas específicas para o financiamento destas atividades, consolidadas no Orçamento da Seguridade Social. Com respeito à educação, ampliou-se a vinculação de receitas fiscais federais e

²⁸ SANTOS, *Ibid.*, 1979.

estaduais. Avançou-se também em direção à descentralização, aumentando-se a participação de estados e municípios no total dos tributos.

Muitos são os autores que concordam que por meio das políticas sociais é possível alterar a distribuição de poder na sociedade, transformando privilégios em direitos, “direitos em princípio” em “direitos na prática”, clientelas em cidadãos ativos, estruturas administrativas patrimoniais e clientelistas em mecanismos eficientes de gestão pública, sociedades fragmentadas em novas formas de organização, integração e desenvolvimento do capital social, fortalecendo a governabilidade local, conforme destaca Sonia Fleury (2002).

Quando necessitamos conceituar ‘o social’ percebemos a pluralidade de uso e sentidos que este termo comporta (políticas sociais, serviço social, ordem social, coluna social etc.), em sua função de adjetivo. Tal multiplicidade de sentido aponta ambigüidades do conceito e identifica a tendência de se referir ao social por meio do uso de metáforas, tais como as que seguem:

- a) O **edifício social** para falar da estabilidade social;
- b) A **máquina social** para enfatizar o funcionamento e complexidade do Estado;
- c) O **corpo social** para chamar a atenção para a funcionalidade das partes;
- d) O **organismo social** para referir-se a harmonia, equilíbrio e estabilidade;
- e) O **campo social** para falar das forças e conflitos existentes;
- f) O **tecido social** para dar ênfase à trama de relações entre os atores.

É certo que o uso de cada uma dessas metáforas tem implicações que não são meramente conceituais, ou seja, encaminham formas políticas de enquadramento dos problemas identificados. No entanto, todas elas remetem à questão central da integração social, ou seja, dos vínculos que se estabelecem entre os indivíduos, envolvendo também as instituições, de tal forma a garantir a formação de uma comunidade que, apesar das tensões existentes, guarda um certo nível desejável de coesão social.

Neste pesquisa, interessa a expressão social segundo sua emergência como ‘questão social’, ou seja, como reconhecimento de novos problemas que emergem na arena política a partir da transformação de necessidades em demandas, processo este que só pode ser realizado concomitantemente à própria construção dos novos sujeitos políticos. Ou seja, a questão social passa a ser reconhecida quando politizada por novos atores que através da construção de suas identidades, formulação de projetos e estratégias, repõem a problemática da integração e da necessidade de recriar os vínculos sociais.

O conceito de política social, ainda que seja delimitado pelas ações públicas, governamentais ou não, destinado a proporcionar respostas às demandas que têm origem no processo de

reprodução dos indivíduos, é bastante complexo porque envolve: uma dimensão valorativa fundada em um consenso social que responde às normas que orientam a tomada de decisões; uma dimensão estrutural que recorta a realidade de acordo com setores baseados na lógica disciplinar e nas práticas e estruturas administrativas; o cumprimento de funções vinculadas aos processos de legitimação e acumulação que reproduzem a estrutura social; os processos político-institucionais e organizacionais relativos à tomada de decisões, ao escalonamento de prioridades, ao desenho das estratégias e à alocação dos recursos e meios necessários ao cumprimento das metas; um processo histórico de constituição de atores políticos e sua dinâmica relacional nas disputas pelo poder; a geração de normas, muitas vezes legais, que definem os critérios de redistribuição, de inclusão e de exclusão em cada sociedade (FLEURY, 1999). A complexidade assinalada em relação às políticas sociais é fruto dos múltiplos fatores que confluem para este campo, resultando em uma configuração e dinâmicas muitas vezes contraditórias.

Em cada sociedade são estabelecidos consensos em torno dos valores compartilhados, em cada momento histórico, em relação aos princípios de justiça, aos níveis de desigualdade toleráveis, à solidariedade, às condições de inclusão social.

E esses valores devem se expressos, nesse particular, nas **Políticas de Saúde**, e em suas reformas, que no caso brasileiro, foi marcada pela Constituição de 1988²⁹. Esta instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, nele seus princípios e diretrizes operacionais.

Estes estão expressos no capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde, com destaque para o artigo 196 que define:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O artigo 198 define o SUS:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

²⁹ Pela primeira vez o país viu acontecer um sistema de saúde público, fruto de sucessivas mudanças na política de saúde, iniciadas ainda na década de 70 e aceleradas a partir da década seguinte, mais especificamente a partir de 1983, quando da criação das **AIS (Ações Integradas de Saúde)**, um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas. As razões dessas mudanças guardam íntimas relações com a conjuntura da década 80, marcada pela crise econômica e pelo esforço da sociedade em seu processo de redemocratização, culminando na Constituição Cidadã de 1988.

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

É importante mencionar que as tentativas de reforma do setor saúde originam-se de um processo desenvolvido ao longo das últimas três décadas e sofreram forte influência da década de 80, conjuntura do país marcada pela crise econômica e pelo processo de democratização. Naquela época os questionamentos sobre a forma de intervenção do Estado na área de saúde, caracterizada pela centralização de recursos e de poder no nível federal, pela privatização da oferta de serviços curativos e pela exclusão de parcelas expressivas da população dos benefícios da política, foram razões para múltiplos e calorosos debates.

Portanto, a implantação do SUS se firma na possibilidade de inversão dessas características, na medida em que busca a descentralização do poder decisório, o aumento do grau de participação do setor público na oferta de serviços, a regulação e organização eficiente das ações de saúde, de forma, inclusive, a racionalizar os gastos de recursos públicos e, por fim, a ampliação do acesso e da participação dos usuários na formulação da política de saúde.

É neste **contexto** que a política de saúde foi marcada, na década de 90, pelo início da implantação do SUS. Sua consolidação, ao longo desses anos, vem construindo-se de forma progressiva, e como tal, exigindo instrumentos dinâmicos e inovadores, que regulem e/ou sustentem, a cada conjuntura, os avanços e os desafios. Nessa direção vale destacar as conquistas do SUS, no que se refere aos processos de descentralização, às Normas Operacionais, às Instâncias de Pactuação (Comissões Intergestores), ao financiamento (seus mecanismos de repasse entre fundos de saúde) e aos processos de participação social e gestão participativa (habilitação de estados e municípios), aspectos que trataremos resumidamente a seguir:

2.1.1 Dos processos de Descentralização

O que tem destaque nos processos da descentralização, enquanto diretriz organizativa do SUS é o debate e seus resultados no entorno da responsabilização entre as esferas municipais e estaduais dos gestores do sistema, o que implica o estímulo a novas competências e capacidades político-institucionais, especialmente dos gestores locais.

Os Estados e a União vêm, progressivamente, contribuindo para a descentralização do SUS por meio de cooperação técnica e financeira rumo ao fortalecimentos do processo de municipalização, fato este expresso nos resultados atuais do “Movimento Municipalista” que

vem tendo um progressivo crescimento e articulação, destacando-se os Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde. Entre tantos, é importante lembrar os pioneiros: os que aconteceram em São José dos Campos (1982), Montes Claros (1985) e Londrina (1987), culminando com a criação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em 1987 (CONASEMS). E, desse modo, passou a ter significativa participação do Movimento Sanitário e no processo de implantação do SUS, ao lado do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e outros grupos institucionais e sociais.

Portanto, a descentralização/municipalização da saúde apresenta-se com resultados significativos, uma vez que 5564 municípios brasileiros recebem o Piso da Atenção Básica - PAB - Fundo a Fundo, segundo Portaria/GM 2023-2004, significando que os municípios vêm assumindo prerrogativas e responsabilidades de prestar as ações e serviços de saúde a toda a população dos seus territórios, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002, ainda em vigência.

Significa, sobretudo, que estes municípios, em parceria com as 27 Unidades da Federação (26 Estados e o Distrito Federal), encontram-se em fase de negociação tripartite, em um Pacto de Gestão³⁰ que possa estabelecer as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, o que indica uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis municipais, estaduais e federal, nos seus respectivos e competentes papéis constitucionais e das Legislações Complementares.

2.1.1.1 Das Normas Operacionais

Alguns avanços estabelecidos pelas NOB e NOAS são reconhecidos, tais como a instituição das comissões intergestoras tripartites e bipartites, a transferência fundo a fundo, a valorização da atenção básica através do seu financiamento pelo pagamento *per capita* e a necessidade de planejamentos integrados à conformação de redes de serviços de saúde de âmbito regional.

³⁰ O Pacto pela Saúde 2006 foi aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, subscrito pelo Ministro da Saúde, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e pelo Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Embora cada uma destas normas teve de responder, à sua época, aos desafios dos processos de implantação do SUS, segundo o quadro resumo abaixo, é todavia inegável o potencial de cada norma ao seu tempo na formulação de mecanismos que promovessem a cooperação entre as esferas de governo, tentando evitar a competição por recursos e competências, sobretudo, na ausência, ainda hoje, de uma clara definição do papel dos governos estaduais na saúde.

É importante registrar que as NOBs 91, 93, 96 e NOAS/2002, sobretudo a última, avançaram na tentativa de criar alternativas para a repartição mais justa na transferência adequada de recursos financeiros, como também, ainda, superaram da lógica de um modelo de gestão baseada na oferta de serviços, sendo que poucos avançaram na perspectiva da construção de mecanismos mais eficazes ao planejamento integrado.

Segundo Brandão³¹ (2003) cada norma operacional tem a tendência de reforçar os movimentos positivos provocados pela norma antecedente e ao mesmo tempo corrigir aqueles problemas identificados na implantação desta. Esse movimento resulta em que as normas tenham caráter transitório e sejam substituídas à medida que o processo de descentralização avança. Por se tratarem de portarias do Ministro da Saúde devem, ainda, resultar de amplo processo de discussão entre os gestores dos três níveis de governo e ser submetidas à aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde

NORMA	INSTRUMENTO NORMATIVO	AUTORIDADE QUE ASSINA	PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO	ÁREA DE REGULAÇÃO	TEMPO DE VIGÊNCIA
NOB 91	Resolução nº 258, de 07/01/91	Presidente do INAMPS	Ausente	Assistência	6 meses
NOB 91 (reeditada)	Resolução nº 273 de 17/07/91	Secretário Nacional de Assistência à Saúde (acumulando a Presidência do INAMPS)	Considerado o “consenso” do CONASS e CONASEMS	Assistência	7 meses
NOB 92	Portaria 234 de 07/ 02/ 92	Secretário Nacional de Assistência à Saúde (acumulando a Presidência do INAMPS)	Considerado o “consenso” do CONASS e CONASEMS	Assistência	1 ano e 4 meses
NOB 93	Portaria GM nº545 de 20/05/93	Ministro da Saúde	Comissão constituída de forma tripartite	Assistência	3 anos e 6 meses
NOB 01/96	Portaria GM nº 2203 de 05/11/96 (Alterada G/M1882 a 1993, de 18/12/97)	Ministro da Saúde	CIT	Assistência, Vigilância Sanitária, Epidemiologia e controle de doenças	3 anos 3 meses (Implantada em 01/ 1998 vigorando até 05/ 2001)
NOAS 01/01	Portaria GM nº 95, de 26/01/01	Ministro da Saúde	CIT	Assistência	1 ano e 1 mes
NOAS 01/02	Portaria MS/GM nº 373 de 27/02/02	Ministro da Saúde	CIT	Assistência	Em transição para o Pacto pela Saúde 2006
Pacto pela Saúde 2006	Portaria/GM nº 399 de 22/02/06	Ministro da Saúde	CIT	Assistência	Em processo de implantação.

ma
ica
na

exto
mas

Fonte: Elaborado por Maria Helena Carvalho Brandão Oliveira³² e ampliado para esta tese.

No propósito de aprimorar os processos de descentralização, municipalização e regionalização da Saúde, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais, além de reforçar a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (Portaria/GM nº 399 de 22/02/06).

³² A autora coordenou o Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência (DDGA/SAS/MS) no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2004.

2.1.1.2 Das Instâncias de Pactuação - Comissões Intergestores

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço intergovernamental, político-técnico onde ocorre o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública brasileira. A CIT, segundo portaria Ministerial de nº 1.180/1991, sendo institucionalizada em 1993 pela NOB-SUS 01/93, quando da regulamentação, teve a finalidade definida de “assistir ao Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde”. (NOB/SUS 01/93 - MS).

Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais Estaduais de Saúde (CONASEMS). A representação de estados e municípios na CIT é, portanto regional: um representante para um das cinco microrregiões existentes no país.

A Comissão Intergestores Bipartite - CIB, integrada por representantes dos gestores municipais (COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) e estadual (Secretaria Estadual de Saúde), foi criada pela segunda Norma Operacional Básica do SUS - a NOB-SUS 01/93 - e instalada em todos os estados do país. São responsáveis pelo gerenciamento do Sistema Único de Saúde, apreciando, entre outros assuntos, os pactos e programações entre gestores, buscando a integração entre as esferas de governo, constituindo-se, portanto, em espaços importantes de participação e negociação entre os gestores locais e estaduais de saúde.

2.1.2 Do financiamento - seus mecanismos de repasse - entre fundos de saúde

Segundo a Constituição Federal (CF, Parágrafo Único, artigo 198) o financiamento do SUS se dá pelo orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes. Portanto, o SUS é uma responsabilidade financeira dos três níveis de governo - federal, estadual e municipal.

Confirmando esse conceito, em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29) que determina a vinculação de receitas das três esferas de governo para o SUS, definindo percentuais mínimos de recursos para as ações e serviços de saúde, vinculados à arrecadação de impostos e às transferências constitucionais.

Provisoriamente, até que seja elaborada lei complementar, a EC-29 acresceu, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o artigo 77, que define os recursos mínimos a serem aplicados, de 2000 a 2004, nas ações e serviços públicos de saúde, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Por outro lado, reforçou a obrigatoriedade desses recursos serem aplicados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, que serão acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde correspondentes.

Portanto, desde o ano de 2000, passam a existir fontes de recursos e percentuais definidos para o SUS, o que antes não havia. A União terá que gastar no sistema, no mínimo, o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB – Produto Interno Bruto. Os Estados e o Distrito Federal terão que gastar, no mínimo, 12% do produto da arrecadação dos impostos próprios e dos que lhes são transferidos pela União, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos Municípios.

O Distrito Federal e os Municípios terão que gastar, no mínimo, 15% do produto da arrecadação dos impostos próprios e dos que lhes são transferidos pela União e, no caso dos municípios, também pelos Estados.

Com o advento da EC-29 estimou-se que o gasto público em saúde, em 2001, chegaria à casa dos R\$ 40,4 bilhões. Destes, R\$ 22,2 bilhões (55%) gastos pela esfera federal, R\$ 7,7 bilhões (19%) pelos governos estaduais e R\$ 10,5 bilhões (26%) pelos municípios.

São, fundamentalmente, três os mecanismos de transferência dos recursos do SUS da União para os estados, Distrito Federal e Municípios:

(1) Transferência fundo a fundo: os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais e municipais, independentemente de convênio ou qualquer outro instrumento congênere, segundo as condições de gestão.

(2) Transferência por serviços produzidos: os recursos são pagos diretamente a prestadores da rede estadual ou privados, contratados ou conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, obedecendo às tabelas editadas pelo MS/SAS.

(3) Transferência por convênio: os recursos são repassados via convênio, visando à execução descentralizada de programa e ações de saúde, com interesses mútuos, ou ao cumprimento de emendas parlamentares ou, ainda, à assistência financeira suplementar. Quanto às emendas parlamentares, vale mencionar que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e homologou a Resolução³³ de nº 360, de 1 de junho de 2006, que trata de disciplinar

³³ Afirma Mendes (2006) que a aprovação dessa Resolução constitui medida de extrema importância para a alocação dos recursos do SUS. Informa que na Lei Orçamentária Anual 2006, as emendas nominativas *Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde*

a destinação das emendas parlamentares. De forma geral, segundo essa resolução, os recursos orçamentários e financeiros das emendas devem estar compatíveis com os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, considerando as reais necessidades e o perfil sócio-epidemiológico que os caracteriza. Cabe ao CNS indicar a melhor forma de alocação destes recursos. A primeira diretriz da Resolução diz que: “O MS somente executará o orçamento referente a Emendas Parlamentares, após aprovação do Conselho Nacional de Saúde, que apreciará o plano de aplicação e as justificativas”. (Resolução nº360, CNS).

Os recursos federais, devido à habilitação³⁴ dos estados e municípios, passam a ser transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, em observância ao mecanismo instituído pelo Decreto N° 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os Fundos Estaduais e Municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Em alguns estados, há o repasse de recursos próprios para os Fundos Municipais de Saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual.

Não se pode deixar de comentar que a área da saúde promoveu avanços significativos em termos de reforma do Estado. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS³⁵ constitui mecanismo importante para essa reforma. Não há outra política pública que vem acompanhando os recursos públicos anualmente. Por meio dos dados do SIOPS é possível dizer que, no tocante à participação das três esferas de governo no gasto público em saúde, a fonte federal caiu de 60,7% para 49,3% entre 1995 e 2004, e as fontes estadual/municipal cresceram de 39,3% para 50,5%, nesse mesmo período. Essa informação indica a força do processo de descentralização do SUS no país. (MENDES, 2006).

Analisa algumas entidades civis³⁶ que o Orçamento da União visto como mera peça contábil faz com que muitos pensem que a área de Saúde estaria satisfatoriamente financiada, pois

correspondem a R\$ 2,0 bilhões - valor significativamente alto, equiparável ao da unidade orçamentária Funasa, superior à Fiocruz, à ANSS e ao Grupo Hospitalar Conceição e ainda, um dos primeiros itens de despesa da unidade orçamentária Fundo Nacional de Saúde, ou seja, inferior somente aos itens Média e Alta Complexidade R\$17,2 bilhões, PAB fixo R\$ 2,3 bilhões e PACS/PSF R\$ 2,6 bilhões.

³⁴ A condição de Habilitação em Gestão Plena do Sistema de Estados e Municípios estabelecida na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002, fica mantida até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

³⁵ A implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/ 94 e 002/94 sobre o funcionamento e financiamento do SUS. Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para sua operacionalização. Sua institucionalização no âmbito do Ministério da Saúde se deu pela Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde/DES, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ SCTIE do Ministério da Saúde.

para 2006 estão previstos recursos de cerca de R\$ 40 bilhões, só superados pelos gastos com benefícios previdenciários. Portanto, os problemas atuais da área de saúde deveriam ser atribuídos à má gestão destes recursos. Estes R\$ 40 bilhões representam cerca de 7% da receita corrente bruta, mas este cálculo não expressa a realidade dos gastos do governo, pois dele já foram expurgados os recursos destinados ao pagamento de juros da dívida, que foram orçados em cerca de R\$ 180 bilhões. Ou seja, se gasta mais de quatro vezes com pagamento de juros do que com saúde.

Esta situação fez com que o financiamento da saúde estagnasse entre US\$ 120 e 150 públicos *per capita*, o que representa um gasto de, na melhor das hipóteses, menos que R\$1,00 por dia por habitante. Isto significa menos que do que o gasto público em países vizinhos como Chile, México, Argentina, Panamá, Costa Rica, e menos que 10% em relação ao Canadá e aos países europeus. Enquanto nos países desenvolvidos, de todos os gastos com saúde, no mínimo 70% são de orçamentos públicos, no Brasil, quase 18 anos após a criação do SUS, permanecemos com apenas 45% dos orçamentos públicos nos gastos totais com saúde³⁷. (OMS, 2002).

Segundo dados da OMS (2002) relativos à comparação internacional em relação ao Produto Interno Bruto - PIB, nossos recursos públicos destinados à saúde significam 3,2%, correspondendo a patamares menores que os da Bolívia, Colômbia, África do Sul, Rússia, Venezuela, Uruguai, Argentina (5,12%), Cuba (6,25%), EUA (6,2%), Japão, Inglaterra, Austrália, Portugal, Itália, Canadá, França, Alemanha (8,1%).

2.1.3 Dos processos de participação social e gestão participativa

Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas que têm, em sua composição, a participação de diversos segmentos da sociedade brasileira: representação de usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde. Eles foram regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde para o exercício do controle social e das políticas públicas de saúde. Os Conselhos de Saúde surgiram com o objetivo de possibilitar uma nova forma de participação política, superando assim as modalidades tradicionais existentes até então. Eles também

³⁶ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, Associação Brasileira de Economia da Saúde - Abres, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco, Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Associação Brasileira de Organização Não Governamental - Abong.

³⁷ Relatório anual da OMS de 2006, com dados relativos a 2003.

passaram a representar um novo modo de gestão na saúde, de forma permanente, e com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

A sua composição, definida pela Resolução N.º 333/ 2003 do Conselho Nacional de Saúde, tem como base 50% de representação de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço de saúde. A mesma Resolução recomenda que o presidente do Conselho seja eleito entre os integrantes do Conselho, em reunião plenária. Em alguns estados, isso já se constitui uma realidade, a exemplo do Rio Grande do Sul, onde a maioria dos Conselhos elege seus presidentes.

A Resolução N.º 333/2003 recomenda ainda que o número de conselheiros deverá ser indicado pelos plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde e deve ser definido em lei federal, estadual ou municipal. Entre as competências dos Conselhos de Saúde, cabe destacar o papel de promover a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde, para o controle social na saúde.

É competência dos Conselhos definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, nas três esferas, respeitando as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços. Os Conselhos de Saúde são uma conquista da população brasileira que, junto aos movimentos sociais, acreditaram e lutaram pela democratização dos espaços públicos e do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Portanto, há um consenso de que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo a saúde o único setor com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa e gestão participativa. Assim afirma o Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde de 1992: “O Controle Social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde”. Diz mais o Guia de Referência para Conselheiros Municipais - Ministério da Saúde:

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde, terão que ser negociadas com os representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade da saúde da comunidade. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. (LACERDA, 2001, p. 32).

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política,

configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

Ainda que reconhecendo essas conquistas do SUS, a redefinição das políticas de saúde na América Latina, e no Brasil em particular, tem concedido maior ênfase às questões relativas ao financiamento, à descentralização e à participação social. Os aspectos referentes à organização e à gestão dos serviços têm ocupado um segundo plano, mesmo assim limitado à retórica das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços ou de mecanismos de referência e contra-referência (PAIM, 2002, p.336).

Compartilhando do que afirma Paim, as práticas sanitárias e os modelos de atenção à saúde, embora muitas vezes mencionados, têm ocupado espaço secundário nos debates, estudos e experimentação. Alguns autores, a exemplo de Mendes (1994), Campos (1992; 1994), e Teixeira (2003) vêm apresentando elementos para as discussões do modelo biomédico, em hegemonia no sistema de saúde brasileira, no que tange a sua ineficiência, ineficácia, iniquidade e, sobretudo, a sua insatisfação, manifestada pelos indivíduos, famílias e comunidades.

Um grande desafio que ainda se encontra posto para todos os níveis de gestão que integram o sistema (governos federal, estaduais e municipais) é a urgência de se traduzir os avanços obtidos no campo da descentralização, da gestão e do financiamento em **mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde**, uma vez que o modelo assistencial que ainda predomina no país é caracterizado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico³⁸ médico, no risco e atenção individual - de explicar e responder aos processos de saúde e doença de uma população, na supervalorização das especialidades médicas, modelos estes que vêm gerando custos crescentes, alto grau de insatisfação para os gestores do sistema, para os profissionais de saúde e para os indivíduos, famílias e comunidades.

Assim, nos anos 90, num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, emerge o PSF (SENNA, 2002). Este com o potencial de promover a equidade e a justiça social no interior da política de saúde.

³⁸ A evolução tecnológica e científica desenvolveu-se muito no campo biomédico e é inegável a sua contribuição na atenção e no controle do risco individual. Terminamos o século com algumas doenças erradicadas, como a varíola e a poliomielite, e aumento na sobrevivência. Vivemos a expectativa que se abre no campo genético para o controle de doenças. Todas estas conquistas não apagam o debate que se dá no início do novo milênio sob o imperativo ético da vida e de sua qualidade.

2.2 Origem

Embora haja um relativo consenso quanto à singularidade do PSF enquanto uma estratégia de origem brasileira, não se pode negar as diversas influências dos seus valores, princípios e atributos que diria serem de todas as nações. Logo, os princípios da Medicina Familiar são universais, mas as habilidades e os conhecimentos necessários para a satisfação das necessidades de atenção primária em cada comunidade variam de acordo com uma série de características, como as enfermidades mais comuns na localidade, os recursos disponíveis e a proximidade com outros serviços de saúde.

O médico de família cuida das pessoas em todas as fases da vida, estabelecendo vínculos de confiança e responsabilizando-se pela promoção da saúde, prevenção de doenças e pelo tratamento. Ele não perde de vista o paciente, mesmo quando é necessário um tratamento mais especializado.

Em alguns países como o Canadá, os Estados Unidos e o Nepal, os médicos de família participam até da atenção a pacientes hospitalizados. Em outras partes do mundo, suas atividades centram-se quase exclusivamente na atenção ambulatorial (Reino Unido, América Latina).

Para incentivar a prática da atenção primária e a Medicina Familiar, a OMS propôs mudanças no paradigma de ensino da Medicina, orientando as Universidades para abandonarem os ambientes fechados, tornando-se responsáveis pela saúde das populações locais. Recomendou, ainda, que organizassem programas de estudos que comprometessem docentes e estudantes com uma educação médica centrada na comunidade.

Os programas de pós-graduação para médicos de família estão bem estabelecidos na Dinamarca, na Escandinávia, na Espanha, na Irlanda, nos Países Baixos, em Portugal e no Reino Unido. Também é uma especialidade bem estabelecida no Canadá, onde todas as escolas médicas têm departamentos de Medicina Familiar, e cerca da metade dos formandos dirigem suas carreiras para essa especialidade.

Nos Estados Unidos a Medicina Familiar não é o modelo predominante, mas existe um claro movimento para revisão do modelo atual, baseado nas especialidades, que vem demonstrando ser caro e pouco efetivo. Hoje existe o dobro de especialistas em relação a clínicos gerais. Pretende-se, mediante políticas públicas, reverter tal situação até chegar a 60% de clínicos gerais. Nesse contexto, a Medicina Familiar vem crescendo; nas escolas médicas há departamentos de Medicina Familiar, abarcando hoje centenas de programas de residência

nessa especialidade. No mercado privado americano os médicos de família já têm grande representação.

Cuba desenvolveu um programa integral de formação e emprego de médicos de família dirigido a prestar atenção à saúde de todos os cidadãos. Na América Latina destacam-se ainda o México, que instituiu a Medicina Familiar na década de 70 e início dos 80; a Venezuela, que tem alguns programas de pós-graduação e a Colômbia e a Argentina, onde também existem muitos programas.

Também existem especializações em Medicina Familiar na África do Sul, na Nigéria, no Egito e no Oriente Médio (Israel, Arábia Saudita, Kuwait, Omã e Jordânia, entre outros).

A Medicina Familiar está bem estabelecida ainda na Austrália, na Nova Zelândia, nas Filipinas, em Hong Kong, na Malásia, em Cingapura, em Taiwan e na República Popular Democrática da Coreia e está dando os primeiros passos na China, na Rússia, na Índia, no Paquistão e no Sri Lanka.

Traçado esse cenário da Medicina Familiar no mundo e na América Latina, cabe ressaltar que o Brasil optou por um modelo que observa muitos princípios da Medicina Familiar, mas que é bem diferenciado.

Conforme será discutido adiante, há uma série de características que o diferenciam da Medicina Familiar. A principal delas é que não se trata de um projeto centrado no profissional médico, mas em uma equipe multiprofissional, que inclui, também, membros da comunidade (os agentes comunitários de saúde), que se incorporam às equipes sem uma formação prévia na área da saúde, sendo capacitados no próprio ambiente do trabalho, para atuarem na educação e vigilância à saúde.

Segundo Campos, Cherchiglia e Aguiar (2002, p.71) o Programa Saúde da Família - PSF no Brasil, ainda que baseado nas idéias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde aceitas internacionalmente, é original e inédito em sua concepção. Não há registro de modelos como o brasileiro em outros países do mundo. Ao contrário da Medicina Familiar (modelo vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania), o Programa Saúde da Família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

A Atenção Primária à Saúde - APS pode ser conceituada como atenção de saúde essencial, baseada em métodos e tecnologia prática, científica e socialmente aceitável. É de acesso universal para indivíduos e famílias na comunidade. APS é a função e o foco central do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde,

aproximando-se o máximo possível do local onde vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de continuidade do processo de atenção à saúde. Os países implementaram APS em seus sistemas de saúde com muita diversidade, embora destacassem caminhos particulares para propósitos comuns .

Em termos gerais, é possível afirmar que estas estratégias são operacionalizadas por meio de **Modelos de Atenção à Saúde** ou modelos assistenciais, que segundo Paim (2002), são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde. Ainda segundo este autor, no presente, três concepções podem ser identificadas na definição de modelos de atenção à saúde. A primeira corresponde a uma noção genérica, vinculada aos documentos oficiais, que enfatiza a organização de serviços (regionalização, níveis de atenção, descentralização, referência e contra-referência, etc.), a gestão (descentralização de recursos, atribuições e poder, participação social, etc.) e o planejamento (ascendentes, participativos, centrado em problemas, etc.). A segunda, mais ampla, reconhece nessa noção certas intermediações entre o técnico e o político, ou seja,

uma tradução para um projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável. (CAMPOS, 1992).

Já a terceira concepção entende modelo assistencial como a “própria dimensão técnica das práticas de saúde na organização social da produção dos serviços” (SCHRAIBER, 1990), ou seja, a combinação de tecnologias, materiais e não-materiais, utilizadas nos processos de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A organização da atenção médica no Brasil vem se dando de tal forma a configurar um complexo sistema de distribuição dos serviços, com a coexistência de diferentes modelos de atendimento precariamente articulados entre si. A existência desses diferentes modelos teria uma relação concreta com o poder dos grupos econômicos que, de forma hegemônica, estabeleciam sua força política, imprimindo em maior ou menor grau a marca de seus interesses, esses visualizados desde o final do século XIX até a década de 60 na prática de atenção à saúde no Brasil através do **Sanitarismo Campanhista**.

Com base nesse entendimento, Luz afirma:

O sanitário campanhista - alternativa que predominava no Ministério da Saúde - (MS), e que só foi fortemente questionada no início dos anos 60,

priorizava o combate às doenças de massa através de grandes campanhas, cuja validade operacional era dada pela sua grande cobertura em termos populacionais, por seus custos reduzidos e resultados “práticos” a curto prazo. Expressa uma visão exclusivamente sanitaria de combate a doenças de massa, acompanhada de propostas saneadoras, imunizantes e erradicantes (1986, p.77)³⁹.

O que se demonstrava nesse modelo de Assistência era uma completa centralização das decisões, fracionamento no atendimento e, sobretudo, uma profunda identidade com a prática militarista. Daí verificar-se a predominância da vertente de intervenção ao corpo individual e ao espaço físico-ambiental, evidenciando, portanto, a perfeita conciliação da economia agro exportadora (centrada no café) com o capital financeiro.

Com o crescimento do processo de industrialização no Brasil, o modelo econômico agro exportador é eliminado, exigindo, portanto, um deslocamento para o espaço urbano e para a clientela operária, provocando a criação de uma nova modalidade de atendimento - **Assistência Médica Previdenciária**. Nesse novo cenário, verifica-se um espaçamento das ações campanhistas e a conformação de uma estruturação hegemônica - **Modelo Médico Assistencial Privatista**, explicitando, com isso, a idéia de que já não é mais importante sanear o espaço de circulação das mercadorias, porém, agir sobre o corpo do trabalhador/operário de forma a lhe garantir a manutenção e recomposição das perdas energéticas, assegurando, assim, o aumento da produtividade.

A análise conjuntural feita por Fleury e Jaime (1985, p.207), à época, apresenta algumas características importantes que marcaram essa fase em estudo: “a primeira característica marcante deste período é a tendência ao atendimento à quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural”. A política de concessão de assistência é assumida como um direito ‘consensual’ a todos e de todos (grifo nosso).

A segunda característica desse período é a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, especializada e de tecnologia de ponta.

³⁹ Na lógica de Luz (1986), esses discursos, em princípio conflitantes, às vezes aparecem justapostos, outras supra postos, raríssimas vezes integrados. Assim, os discursos assistenciais x campanhistas podem confirmar-se mutuamente nos respectivos “lugares institucionais”. Os discursos médicos “modernos”, assistencial estatista x sanitaria desenvolvimentista, face aos anteriores, embora sejam conflitantes e mantenham ainda a antiga dicotomia, podem aliar-se aos outros. O mesmo pode dar-se em relação aos discursos sanitaria campanhista x sanitaria desenvolvimentista, versus os discursos médicos assistencial privatista e estatista. Evidentemente, esses discursos não são entidades. Sufocam agentes institucionais, grupos institucionais de interesses, classes sociais que suportam tais discursos, que os emitem e, na prática social, propõem alianças, oposições, boicotes, incentivos.

A terceira característica é a intervenção estatal na área de saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio de previdência social. Tal característica propiciou a criação de taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacional, na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

A quarta característica que a autora aponta é a de que a interferência estatal na previdência social, através da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumidores, dos técnicos e dos empresários, desenvolveu um padrão de organização da prática médica, orientado em termos de lucratividade do setor, propiciando a capitalização da medicina e privilégio do produtor privado desses serviços.

É no bojo dessa conjuntura que o modelo de atenção à saúde no Brasil, desde as décadas já mencionadas, passa por uma série de discussões, chegando-se ao consenso, principalmente nos últimos anos, de que a prestação de seus serviços é insuficiente, desqualificada, centralizada, fragmentada e, sobretudo, discriminatória.

Para reversão desse quadro, o referencial importante foi a inserção de novos atores sociais no cenário político - com a abertura política gradativa -, o que permitiu a composição de forças para lutar pelo resgate da grande dívida social, acumulada no regime autoritário.

Os históricos sanitaristas não só denunciavam firmemente o Modelo Médico Assistencial Privatista como reconheciam a necessidade de um amplo movimento que pudesse construir um projeto político, no qual a saúde fosse considerada o direito fundamental do ser humano.

O corpo doutrinário desse projeto sofreu influência das diretrizes aprovadas na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde realizada em 1978 - URSS, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conferência que restabeleceu a necessidade de assistência primária à saúde e colocou como preocupação a preparação de pessoal de nível médio (Agentes de Saúde) para a expansão requerida pelo setor, argumentando que “orientar, ensinar e supervisionar os Agentes Comunitários de Saúde e educar as comunidades em tudo que se relacionasse com a saúde” seria de fundamental importância para se alcançar o conceito ampliado de Saúde (OMS/UNICEF, 1979).

A Conferência apresentou uma série de princípios, diretrizes e estratégias em relação a cobertura de serviços de saúde, assistência primária à saúde, participação comunitária, tecnologia simplificada e desenvolvimento de recursos humanos, muito embora seu aspecto mais importante fosse a adoção, em termos mundiais, da estratégia de extensão de cobertura de serviços básicos de saúde. Diante destas questões, no mundo, e no Brasil de forma particular, vêm sendo desenvolvidas estratégias de re-organização da atenção básica à saúde.

A moderna concepção do que é **Atenção Básica à Saúde** surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório *Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920)* que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis, sendo o primeiro os centros de atenção à saúde primários. Mas a catalogação da atenção básica à saúde como doutrina universal veio a dar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1979).

Logo, pouco se encontra a terminologia - atenção básica à saúde - em toda a literatura mundial. Seu conceito usual é atenção primária à saúde. E este fato dar-se-á em função do pacto mundial, realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata⁴⁰, antiga União Soviética, pela Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde supracitada. Nela foram firmados compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo com isto a Declaração de Alma-Ata.

Tal evento apontava, também, para a atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde baseados em “métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação”, devendo representar o “primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde [...] e constituírem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

Segundo Mendes (2002), o conceito de atenção básica à saúde não é consensual, havendo três versões principais: a atenção básica à saúde como atenção primária seletiva, a atenção básica à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção básica à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Essas três decodificações da atenção são encontradas, em vários países e até mesmo convivem dentro de um mesmo país. A interpretação de atenção básica à saúde como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem 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 a níveis de atenção de maior densidade tecnológica. A interpretação da atenção básica à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde entende-a como o 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, para o que os orienta de forma a minimizar os custos

⁴⁰ Declaração de Alma-Ata, In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde*

econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível. A interpretação da atenção básica à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde entende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção básica à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

No primeiro caso, está-se diante da atenção básica como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; no segundo, como o primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde; no terceiro, como uma estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde.

Há muitas definições de atenção básica à saúde, sendo a mais conhecida a formulada pela Organização Mundial da Saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contacto de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (OMS/UNICEF, 1979).

O correto entendimento do conceito da atenção básica à saúde vai se dar pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 1992). Só haverá uma atenção básica à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade. O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade implica a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta

de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde ou dos prontuários clínicos, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A focalização na família implica considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária implica o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

A atenção básica à saúde, ao exercitar seus seis princípios, cumpre três grandes papéis nos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002): o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o papel de responsabilização, o de co-responsabilizar-se pela saúde das pessoas em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Mesmo que o conceito da Atenção Básica à Saúde não seja consenso no Brasil, sua prática vem avançando desde 1924, com a criação dos centros de saúde⁴¹, até hoje, com o nascimento e fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa de Saúde da Família - PSF. Segundo Teixeira,

O programa de saúde da família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, e portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. (2003, p.269).

Nesta condição o PSF entra no cenário nacional, após seis anos de constituição do SUS, e nesse contexto emergem as discussões em torno do modelo de atenção à saúde, ocupando um espaço de maior destaque, até então colocado em segundo plano.

Segundo Sousa (2001a, p.19), o PSF nasce de acúmulos de experiências capilarizadas por todo o país, desde as origens do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS que

⁴¹ Criados em 1924 por Geraldo de Paula Souza.

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

sofre forte influência dos Programas de Agentes de Saúde dos estados do Ceará, de Goiás - projeto de larga escala -, passando pelo rico “laboratório” que foi a proposta de Médico de Família do município de Niterói (RJ), e chegando ao Rio Grande do Sul, na zona Norte dos postos de saúde do Grupo Hospitalar Conceição, e várias outras experiências espalhadas nos diversos municípios brasileiros que, até hoje, se constituem em espaços de diálogo e de encontro de vontades na superação das iniquidades.

Estas experiências, sobretudo a do Programa de Agentes Comunitários do Estado do Ceará - implantado em 1988, por iniciativa estadual - influenciaram a concepção teórico/prática do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, institucionalizado em 1991 pelo Ministério da Saúde.

Nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, no Governo Itamar Franco (1992-1994) assumiu o Ministério da Saúde, substituindo Jamil Hadad, o ministro Henrique Santillo. Este solicitou ao seu assessor especial Dr. Halim Antonio Girade⁴² que organizasse uma reunião, demandada pelo Secretário Municipal de Saúde de Quixadá (CE), Dr. Luis Odorico. Estiveram naquela reunião um representante da OPAS, Dr. Eugênio Vilaça Mendes, o representante do UNICEF, Dr. Oscar Castillo, e vários técnicos de expressão nacional/internacional.

No final do mês referido, como encaminhamentos foram realizadas outras reuniões, desta vez ampliadas, com a presença de secretários estaduais e municipais de saúde, entidades com experiência em implantação de programas de atenção primária à saúde, centrados nas dimensões comunidade e família. Os municípios de Niterói (RJ) e Porto Alegre (RS) estiveram presentes expondo suas experiências. Naquela reunião, todos reconheceram a crise do modelo de atenção à saúde, o que suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas. Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes operacionais do PSF, lançado em março de 1994. Já à época, ele foi apresentado como a estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade.

Estas diretrizes foram expressas no primeiro documento oficial denominado “**Programa Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa**”. Foi elaborado por profissionais de diferentes

⁴² Halim Antonio Girade foi o primeiro gerente do PACS, de 1991 a 1992. Tornou-se Oficial do Unicef, sessão Alagoas, Paraíba e Pernambuco. Em 1993, retornou ao Ministério da Saúde, na condição de assessor especial, com todo o poder político e técnico para articular inteligências, recursos e condições para fortalecimento do PACS e criação do PSF. (SOUSA, 2001a).

estados e municípios⁴³ e publicado em 1994, pela Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Operações/Coordenação de Saúde da Comunidade/Programa Saúde da Família.

Com 328 equipes⁴⁴ os primeiros estados/municípios iniciaram a implantação do PSF. Foram eles: no Pará - Bragança; na Paraíba - Campina Grande; em Sergipe - Neópolis; no Ceará - Quixadá; em Goiás - Goiânia e Planaltina; em Minas Gerais - Juiz de Fora e Além Paraíba; no Paraná - Curitiba e em Santa Catarina - Joinville e Criciúma, perfazendo assim 12 municípios no total, incluindo o Rio de Janeiro com o município de Niterói, e considerando a rica experiência do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS), ainda que guardando as diferenças. E estas merecem destaque. O Programa Médico de Família implantado em Niterói (RJ) é inspirado no modelo cubano, cuja característica é a centralização do serviço na figura do médico. No município, foi criado através de uma estrutura paralela à rede municipal. As equipes, compostas por médico, auxiliares de enfermagem e supervisores clínicos por áreas: clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, cirurgia geral, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social. Para cada equipe, existem 250 famílias sob sua responsabilidade. O contrato das equipes é feito por associações de moradores, cuja verba é repassada pela secretaria de saúde. Trata-se de equipes com horário integral.

Já a experiência com a medicina comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, situado no município de Porto Alegre, configura-se como um serviço de saúde comunitária, com características de educação continuada para profissionais de saúde da área de medicina geral, medicina interna, psicologia, serviço social, odontologia, técnico de higiene dental e agente comunitário de saúde. O Grupo Hospitalar Conceição foi organizado para o treinamento e desenvolvimento de práticas clínicas ambulatoriais, hospitalares e domiciliares. Nesse programa existia uma área geográfica delimitada, porém não havia número de famílias por equipe ou obrigatoriedade de moradia no bairro para os trabalhadores do projeto.

⁴³ Airton Stein – Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária e Serviços de Saúde da Comunidade/Grupo Hospitalar Conceição (RS); Anamaria Cavalcante - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e CONASS; Carlos Grossman – Grupo Hospitalar Conceição (RS); Claudia Beltran Vale - Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos (SP); David Tejera - OPAS/OMS; Diorlanda Souza - DCAS/SAS/MS; Eliana Maria Dourado Mattos - Secretaria Municipal de Saúde de Cotia (SP); Emilia Toamassini – CODEC/SAS/MS; Florentino Garcia Scarponi – OPAS/OMS; Halim Girade- UNICEF; Ivanildo Tajra Franzosi - UNICEF; José Lazaro de Brito Ladislau – Diretor Geral do DEOPE/FNS; Lucimar Coser Cannon – COMIN/MS; Luis Odorico – CONASEMS, Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá (CE); Maria Fátima de Sousa - Coordenadora Estadual do PACS (PB); Marilene Gentile - Coordenadora do Programa Médico de Família /CADAIS/SES/(SP); Silva Mamede Soares – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; Virgílio P. e Silva - DICON/SAS/MS; e Wladimary M. de Azevedo – PACS/DEOPE/FNS/MS.

⁴⁴ A equipe no PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo responsável por um território com uma população entre 2.400 a 4.500 pessoas.

Convém ressaltar que o registro sintético dessas experiências tem a finalidade, nesta tese, de evidenciar que o PSF enquanto estratégia para a construção de um novo modelo de atenção à saúde precisa ser diferenciado dos projetos pilotos e programas⁴⁵ tradicionais do Ministério da Saúde. Estes quase sempre se constituíram em ações paralelas, muitas vezes competindo com a lógica mais geral do setor saúde. Ressaltar ainda que o modelo do PSF se direcione para a melhoria das condições de saúde, promovendo a integralidade, universalidade e equidade. Elege como objeto de atuação a família a partir do espaço em que vive, chamado de espaço-domicílio, que contempla fatos relativos ao processo saúde-doença como a renda, o saneamento, nutrição, habitação, hábitos e costumes, cultura, os conflitos e outros. (BRASIL, 1996).

A estruturação das equipes poderá ser modificada de acordo com a realidade local, e suas ações serão desenvolvidas a partir das unidades básicas de saúde. Entretanto, todo o sistema deve estar estruturado segundo a lógica da estratégia em questão, pois a continuidade da atenção deve ser garantida, através de um fluxo contínuo setorial, sem que haja solução de continuidade nesse processo. O indivíduo deve ser contextualizado em seu meio tanto pelo profissional integrante de uma equipe de saúde da família, em uma unidade básica, bem como por todos os outros inseridos no sistema, em todos os níveis de complexidade.

Quanto ao desenvolvimento da estratégia, em concordância aos princípios do sistema de saúde brasileiro, deve ser executado, basicamente, pelos municípios, apoiados, obviamente, pelos níveis estadual e federal. A organização é feita por equipe básica, nela cada uma é responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1000 famílias⁴⁶. Este critério pode ser alterado em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município. No tocante à atuação das equipes, o documento mencionou que suas práticas não devem ser isoladas no âmbito das prestações dos serviços assistenciais de saúde, contudo, deveria buscar, parcerias com os diversos segmentos da sociedade. Para garantir a

⁴⁵ Denomina-se Programa um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos. No caso dos programas especiais de saúde pública (TEIXEIRA e PAIM, 1990), geralmente dispõem de uma administração única e vertical, de modo que atravessam estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e fragmentada. Tem caráter mais permanente do que as campanhas e, quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema (centros de saúde, hospitais e laboratórios) pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde.

⁴⁶ A Portaria de nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece 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); ela define que uma equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

participação ativa da comunidade deverão ser desenvolvidas ações de educação e promoção da saúde, com a difusão permanente de informações.

No tocante às metas, o referido documento declara: no primeiro ano de funcionamento (1994), o PSF deve se implantado nos 26 estados e no Distrito Federal, favorecendo as localidades onde os serviços de saúde estejam municipalizados e queiram aderir ao Programa. Para atingir esse objetivo serão formadas 2.500 equipes de trabalho, que irão atender 2,5 milhões de famílias. A proposta original do PSF não se dirigia a nenhuma população específica, deixando esta responsabilidade para os gestores locais.

No que se refere às competências entre as instâncias gestoras do SUS, segundo Portaria 1886⁴⁷ publicada em dezembro de 1997, cabe aos governos estaduais assessorar os municípios em todas as fases de sua implantação e apoiar na organização hierárquica do sistema na unidade da federação, e ao governo federal, criar mecanismos de incentivo tanto à sua implantação, como à sua consolidação.

2.3 Debates

Vários foram os debates no entorno dos valores, princípios, diretrizes e objetivos do PSF. Estes circulavam por diferentes espaços (Instituições de Ensino e Serviços, Entidades de Classe, Comissão de Seguridade Social e Família do Congresso Nacional, Associações Profissionais e Estudantis, outros) sendo que a maioria centralizava as discussões acerca dos seguintes pontos:

Primeiro - é o PSF um **PROGRAMA** - com começo, meio e fim? Os sujeitos responsáveis pela gerência nacional no Ministério da Saúde, pelas gerências estaduais e coordenações municipais, se explicavam: o PSF **não é** um programa⁴⁸; entretanto usar esta expressão foi necessário porque deixou a marca do nome dando-lhe visibilidade política, ampliando o espaço para o diálogo com a cultura institucional e facilitou a popularidade nos meios de comunicação. Todavia, os profissionais que gerenciavam o PSF nos diferentes níveis de governo, pensavam e agiam como uma **ESTRATÉGIA** capaz de contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde no país.

⁴⁷ A portaria nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, foi revogada pela portaria 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece 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), juntamente com mais 31, publicadas ao longo de uma década do PSF.

⁴⁸ A palavra *Programa* no Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pegava mais rápido e de forma “palatável”, chegando até a parecer uma personalidade simbólica, jurídica; todos a conhecem e sabem do que se trata.

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

Segundo - é o PSF uma estratégia de **Médico de Família**? A estratégia saúde da família não é centrada na figura do médico, nem na tríade hospital, medicamento e equipamento, muito embora esses sejam essenciais no processo sistêmico a uma boa prática da medicina: contínua, resolutiva e de qualidade. Conforme afirma Sousa (2001a), o PSF atua com base nos princípios de territorialização, 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.

Terceiro - o PSF é uma proposta **focalizada ou universal**? **É saúde pobre para os pobres**? Nesta direção, vários foram os sujeitos que se manifestaram, entre eles Paim (2002, p.362), quando registra a possibilidade de “enquanto continuação do PACS, que esse programa expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial, caracterizando ‘pacotes básicos’ de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios do SUS”. Continua Paim, ao se falar em estratégia de reorganização de assistência, que não se pode compreender a restrição do PSF a municípios de pequena população, ou a áreas periféricas de grandes cidades.

Neste material **focal ou universal**, outros autores expressaram suas opiniões: a universalização, como princípio ético básico, consiste em garantir a todos os cidadãos, independentemente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco – os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. A universalização não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, desde quando a seletividade ou a focalização estejam subordinadas a uma política geral de universalização e a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas não pode converter-se na política social, porque nesse caso estaria rompido o princípio da universalização. (MENDES, 1996)

Viana e Dal Poz (1998) têm posições próximas e argumentam que as experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e não há necessariamente conflito entre focalização e universalização.

E assim os profissionais que compunham a equipe de gerência do PSF no país, seguiam afirmando que o PSF **não** é uma estratégia para atender somente regiões pobres e famílias/comunidades excluídas, muito embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde. Além disso, priorizar⁴⁹ as regiões e

⁴⁹ Priorizar regiões de maiores riscos sociais e suas famílias/comunidades não quer dizer que o PSF foi desenhado só, e somente só, para esses segmentos; foi formulado como estratégia de cunho universal, com Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

grupos de maior risco social, sem perder de vista o princípio orientador da universalidade, é uma de suas tarefas imediatas.

Quarto - o PSF é um **projeto-piloto**? Várias foram as reuniões, encontros, sessões de trabalho em que esta questão aparecia, e prontamente era respondido que o mesmo **não é** um modelo alternativo, paralelo ao Sistema Único de Saúde - SUS. E sim, uma estratégia para reverter a forma atual de prestação da assistência à saúde, na edificação de um novo modelo, cujo produto, melhor resultado será na revisão da prática e dos processos de trabalho, representado pela transformação das Unidades Básicas de Saúde. Essas com a responsabilidade social de resolver de forma oportuna, resolutiva e humanizada, em média, 85% das situações-problema encontradas em seus territórios de atuação. Assim, ao contrário do paralelo, o PSF é um **projeto estruturante** do SUS, e como tal suas bases de vinculação não estão restritas às famílias/comunidades, no primeiro contato, mas afirmam-se como motor organizativo de todo o sistema.

Quinto - é o PSF uma **ação programática**? Dirigida ao grupo específico de mulher e criança⁵⁰, esta era uma outra pergunta que se repetia com muita frequência. E a resposta era: em sendo o PSF uma estratégia de organização da atenção básica, onde suas equipes chegavam o mais perto possível das famílias/comunidades, e com estas exerciam a tarefa de fazer uma ausculta qualificada das reais necessidades de saúde/doença da população, seguramente estruturava a programação local (de suas unidades básicas de referência) segundo as ações programáticas estratégicas.

Sexto - O PSF funciona de forma desarticulada do PACS? Esta questão era recorrente, e com ela discutia-se a importância da antecedência do PACS, nas evidências dos resultados, estes tomados como referência no tocante aos avanços e desafios para o desenho originário do PSF. Por esta razão, ainda que respeitando as diferenças de tempo e realidades locais de sua implantação, o PACS ajudou a acelerar a expansão do **PSF**, fazendo assim um casamento em bases mais sólidas, imbricados em valores, princípios e objetivos da mesma gênese.

Sétimo - O PSF se organiza em paralelo ao Sistema Local de Saúde? Este era um dos aspectos mais debatido em todos os fóruns. Com isso tinha-se a oportunidade de re-afirmar que esta era uma estratégia para a re-organização da atenção básica, com vistas à substituição das práticas médicas assistenciais para uma outra baseada nos valores e princípios de um novo modelo teórico-prático de atenção integral à saúde das famílias.

compromisso imediato de superar as iniquidades.

⁵⁰ Reduzir mortalidade materna e infantil, nas regiões de maiores riscos, muito embora não se configurasse em ação exclusiva a esses grupos, compõe a agenda estratégia de trabalho das equipes do PSF.

Em outras palavras, estes debates, trazidos por estas estratégias (PACS/PSF) ocorrem no auge da crise política e das reformas institucionais do Estado. Estas emaranhadas pelos debates e lutas por um Estado forte, em contexto democrático, sendo este um instrumento por excelência de ação coletiva da sociedade, portanto, uma instituição fundamental para o desenvolvimento de uma Nação. E nesse cenário apresenta-se o acirramento da crise estrutural do setor saúde, vivenciada pela população brasileira, que por muitas décadas sente o distanciamento entre seus direitos garantidos em leis (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; CF, 1988) e a capacidade efetiva do Estado em colocar a sua disposição bens e serviços públicos de saúde, o mais perto possível dos espaços domiciliares. Eis, portanto, o mérito de registrar o contexto, origem e debates do PSF.

3 AS TRILHAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA

No conjunto das dimensões explicativas o nosso trabalho tomou para análise do acesso aos serviços básicos de saúde, as seguintes dimensões: a política, a técnica-financeira e a simbólica. A dimensão política considera as motivações que levaram os sujeitos político-técnicos à decisão de implantar o PSF, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e ao implantarem se tomaram em conta a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de Saúde. A dimensão técnica-financeira se refere à expansão da cobertura (cobertura geográfica) verificando os critérios e prioridades de exclusão e/ou inclusão na decisão dos sujeitos político-técnicos, quando da escolha de áreas nas quais seria implantado, e se a mesma favorece ou não a redução das desigualdades de acesso. Ainda nessa dimensão foram considerados os elementos de governança institucional do PSF verificando as capacidades dos governos em implantar e ou implementar o Saúde da Família nas três instâncias gestoras do SUS. Finalmente, a dimensão simbólica trata da percepção do acesso pelos usuários no que diz respeito à forma de inter-relação estabelecida entre esses sujeitos, os gestores e as equipes do PSF permeada pelo vínculo e pela co-responsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação.

Nessa pesquisa, essas dimensões são apresentadas em forma de categorias analíticas, à luz dos objetivos específicos, com o propósito de interiorização e objetivação da realidade do PSF no Brasil, analisando as situações-casos dos 12 municípios pioneiros em sua implantação. Elas são apresentadas no Capítulo 5 e estão circunscritas ao campo da saúde coletiva e nos valores, princípios e elementos orientadores do PSF, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A organização dessas dimensões e categorias auxilia na leitura da realidade, de forma a compreender melhor a(s) resposta(s) a hipótese central da pesquisa, qual seja, **O PSF é uma estratégia de superação da desigualdade na saúde?** Com esse intuito, escolhemos combinar os métodos e técnicas de **natureza qualitativa**⁵¹ e **quantitativa**, sabendo que estas duas abordagens são distintas e complementares. Isto permite ampliar as possibilidades da análise, discussão e resultados dos objetivos da pesquisa, que tem no campo da saúde

⁵¹ Pesquisa qualitativa visa ampliar a compreensão que o pesquisador tem do fenômeno observado, e é utilizada destacadamente nos estudos que envolvem pessoas, procurando resgatar o que pensam e o que entendem a respeito do tema investigado.

processos próprios e abrangência específica, o que possibilita a triangulação de métodos e técnicas.

Nessa direção, vale explicitar que a saúde é considerada um fenômeno social de alta significação histórica, política, ideológica e cultural, o que requer para leitura de suas realidades um processo de mediação complexo, constituído assim um desafio cada vez maior dentro da pesquisa social.

3.1 Passos adotados no caminho da pesquisa

3.1.1 O objeto e a pergunta central da pesquisa

O objeto dessa pesquisa é o Programa de Saúde da Família (PSF). Este nasce no contexto brasileiro em 1994, sob acúmulos e influências sociais, políticas, ideológicas, institucionais e técnicas, de ordem nacional e internacional. Apresenta-se na agenda nacional como estratégia política possível para o enfrentamento da crise paradigmática do modelo clássico de assistência à saúde, e aponta, assim para a construção de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Portanto, a pergunta central desta pesquisa é: **Programa de Saúde da Família: estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde?** Análise do acesso aos serviços básico de saúde, no âmbito do SUS.

E para fundamentar as respostas a esta questão a pesquisa seguiu tendo como base teórico-metodológica e empírica a compreensão e interpretação desse “objeto” contextualizando-o no tempo e no espaço, dentro da estrutura política, econômica, social, ideológica e cultural do Estado Brasileiro.

3.1.2 O universo e os sujeitos da pesquisa

As escolhas do universo e dos sujeitos da pesquisa exigiram a definição de alguns critérios e atributos respectivamente, de forma a indicar possibilidades de imersão na realidade do PSF.

Em resumo:

Universo - optamos pelos 12 municípios pioneiros do PSF, por reunir nestes os critérios de temporalidade, regionalidade e cobertura populacional.

O critério de **temporalidade**, nessa pesquisa, foi tomado como indicativo de que quanto maior for o tempo de implantação do PSF nos municípios, ampliam-se as possibilidades de

sua consolidação. Com isso, partiu-se da compreensão de como a variável tempo é essencial e apropriada no âmbito das pesquisas em ciências sociais.

No critério **regionalidade** não tivemos a preocupação com a representação, e sim com a revelação de que os 12 municípios encontravam-se distribuídos geograficamente entre as regiões do país, o que pode permitir a esta pesquisa fazer inferências para o nível nacional desde que admitindo as especificidades regionais. As contribuições parciais dos resultados podem compor um mapeamento caracterizador da universalidade das situações-problema encontradas na pesquisa, permitindo construir indicações de resolução, aplicáveis ao Brasil.

Quanto ao critério cobertura **populacional**, este mostrou que nos 12 municípios suas faixas de cobertura apresentam variações que circulam nos intervalos de 20% a 90%. Isto possibilitou aprofundar as dimensões e categorias analíticas de análises dos objetivos da pesquisa.

Escolhemos ainda incluir nesta pesquisa o município de Niterói (RJ), por ser esta uma experiência de estratégia Médico de Família, mas que atua sobre a mesma raiz dos valores, princípios e características do PSF. Esta opção permite observar, no seu interior, ao mesmo tempo semelhanças e diferenças em sua modelagem.

A pesquisa não pretendeu fazer comparações entre as 12 unidades de análise e sim demonstrar as similitudes e diferenças no interior de cada caso/situação, e suas coerências quanto à implantação e funcionamento do PSF, este com base organizativa da Atenção Básica. Esse assunto é tratado no Capítulo 4.

Sujeitos - foram estudados os atores políticos e técnicos, levando em consideração a posição histórica desses nas esferas de governo, no tempo, nas instituições e em suas funções sociais, em âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Compõem estes grupos os Presidentes da República Federativa do Brasil⁵² Ministros de Estado da Saúde, Secretários de Assistência à Saúde, Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, Coordenadores Nacional, Estaduais e Municipais do PSF, além dos profissionais de saúde, membros das equipes do PSF, estes, escolhidos segundo o critério de estar inserido no PSF desde a origem de sua implantação e/ou atuando, no mínimo, nos últimos 12 meses; e a população de usuários do PSF nos 12 municípios pioneiros de sua implantação. Para os últimos foi feita entrevista em amostra com abordagem casual, na oportunidade das visitas às unidades básicas de saúde.

Em relação à amostra, no método qualitativo a quantidade de entrevistas não se baseia numa representatividade numérica e sim na vinculação que os indivíduos sociais têm com o problema a ser investigado. (MINAYO, 2006). A autora afirma que uma boa amostragem é aquela capaz de abranger a totalidade do problema a ser investigado em todas as suas

⁵² Os Presidentes entrevistados foram Itamar Franco (1992-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).
Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

dimensões. Portanto estes sujeitos foram escolhidos pelos seus envolvimento com o PSF em diferentes dimensões: decisória, dirigente, implementadores e usuários do PSF.

3.1.3 Técnicas e instrumentos da pesquisa

Caminhos diversos foram percorridos para a coleta de dados, no sentido de buscar elementos que aprofundassem os fenômenos e movimentos imbricados nos diferentes espaços e tempos dos processos históricos da implantação do PSF nos 12 municípios pioneiros e no Brasil. Portanto, as técnicas e instrumentos que mediaram esta pesquisa foram:

3.1.3.1 Entrevistas - roteiros semi-estruturados gestores - registradas em meio eletrônico, junto aos sujeitos políticos e técnicos, em diferentes instâncias de governos Federal, Estaduais e Municipais, envolvidos na implantação do PSF. Com isso buscamos compreender e interpretar as motivações na decisão de implantar o PSF, para atender o **objetivo 01** (Vide APÊNDICE A).

3.1.3.2 Análise documental - para coleta de informações referentes à evolução da implantação do PSF no Brasil (expansão das equipes e cobertura populacional - anos 1998 a 2006), e verificar os critérios e prioridades de exclusão nos 12 municípios pioneiros, recorreremos ao banco de dados nacional do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento da Atenção Básica, por meio dos seus dados secundários e aos Discursos dos Sujeitos Coletivos com base de dados primários. Esta combinação auxiliou no alcance do **objetivo 02**. Para aprofundar a **análise documental**, foi elaborada uma ficha de levantamento bibliográfico - para auxiliar na sistematização das leituras dos materiais normativos, instrumentais e avaliativos, existentes nos registros gerenciais e administrativos do Departamento da Atenção Básica/SAS/MS, além de artigos, teses, dissertações, monografias e outros estudos publicados. Estas atividades apoiaram a verificação dos principais elementos (potencialidades e fragilidades) de governança institucional do PSF, aprofundando assim as respostas ao **objetivo 03**. (APÊNDICE B).

3.1.3.3 Grupos Focais - com base em roteiro semi-estruturado foram realizados os grupos focais com os profissionais das equipes do PSF, nos 12 municípios pioneiros, visando aprofundar a análise referente ao acesso nos serviços básicos de saúde (Vide APÊNDICE C). Com a finalidade de aprofundar os **objetivos 01, 02, 03 e 04**.

3.1.3.4 Entrevistas - com roteiros semi-estruturado usuários - foram realizadas junto aos usuários adscritos às equipes do PSF, nos 12 municípios pioneiros, para identificar a percepção desses sujeitos acerca do acesso aos serviços básicos de saúde compondo as respostas ao **objetivo 04**. (Vide APÊNDICE D).

Na coleta das informações foram trabalhadas basicamente duas técnicas: entrevistas semi-estruturadas e grupos focais, na tentativa de multiplicar as fontes de dados, e suas formas de abordagens.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com os sujeitos estratégicos - informantes-chave - por considerar a importância de suas vivências na decisão, formulação, implantação e implementação do PSF, o que possibilitou a recuperação de dados contextualizados. O conceito que temos de informante-chave e que é usado nesta pesquisa, ancora-se nas idéias formuladas por Minayo (2006), que os considera como informantes particularmente estratégicos para revelar os segredos de grupo. A escolha destes sujeitos se deu em função de suas representações institucionais, enquanto quadros decisórios, dirigentes, implementadores e usuários do PSF.

Os roteiros de entrevistas foram submetidos à avaliação do conteúdo e coerência interna do instrumento aos objetivos da pesquisa, por parte de gestores públicos do SUS (especialistas). Compartilhamos do entendimento de que o roteiro de entrevista é uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação, apresentando alguns tópicos que guiem uma conversa com finalidade, nas seguintes condições: “(a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores” (MINAYO, 2006, p.189).

Os roteiros de entrevistas dos três extratos sociais⁵³ (Nacional, Estadual e Municipal) foram elaborados com base nas premissas da autora citada, que nos alerta para duas questões: a primeira da importância de se pesquisar as idéias como parte da realidade social; e a segunda, a necessidade de se compreender que a ação humana é significativa, portanto deve ser assim investigada. Por isto, sua elaboração constituiu-se de um rico processo em torno dos objetivos da pesquisa, o que permitiu sucessivas aproximações com as questões constantes no elenco de perguntas, que teve variação de número entre os sujeitos entrevistados: o extrato nacional, entre 06-15 questões; o estadual, entre 10-14 questões; o extrato municipal, entre 15-19

⁵³ O termo extrato social designado por esta pesquisa tem o sentido clássico usado nas ciências sociais, nessa pesquisa foi utilizado para determinar a organização dos diferentes agrupamentos da pesquisas: Nacional, Estadual e Municipal, nesse, Grupo Focal e Usuários.

questões. Estas versaram sobre motivação e decisão de implantarem o PSF, opção política por essa estratégia, dificuldades e superação das mesmas, entre outras. No caso dos “usuários” foram elaboradas cinco questões, com a finalidade de verificar as percepções dos indivíduos acerca do acesso aos serviços básicos de saúde nas unidades organizadas pelas equipes do PSF. Todas as questões foram elaboradas, também, com a intenção de identificar elementos históricos na recomposição dos fatos, de forma a possibilitar o “confronto” e ou a interação entre a teoria e seu desdobramento empírico, no sentido de aprofundamento das categorias analíticas.

Os Grupos Focais foram realizados nos 12 municípios pesquisados, com os profissionais membros das equipes do PSF, entre eles médicos, enfermeiros, odontólogos e auxiliares de enfermagem.

Esta técnica é considerada por esta pesquisa como uma entrevista coletiva de grupos focais, de abordagem qualitativa, visando coletar informações não facilmente obtidas por meio de outras técnicas. Foi adotada para nós por ser uma técnica capaz de apreender impressões, opiniões, sentimentos e saberes entre os diferentes profissionais que compõem as equipes do PSF e potencial interativo que a técnica permite entre os participantes e o pesquisador na coleta de dados, a partir da discussão com foco, em tópicos específicos e diretivos.

As críticas mais comuns à técnica de grupo focal dizem respeito ao limite⁵⁴ de rigor quantitativo na análise e que os resultados não podem ser generalizados ou projetados para uma população maior, ou ainda que seriam diferentes se fossem reunidos outros participantes com outro moderador, utilizando outro guia de entrevista.

Autores como Chiesa e Ciampone (1999), Debus (1997), e Vaughn et al (1996), apontam o sucesso do grupo focal como uma técnica de natureza qualitativa que permite em pouco tempo e baixo custo investigar questões complexas e produzir conhecimento. Por estas razões escolhemos a técnica do Grupo Focal, e, sobretudo, pelo que nela pudemos ampliar e obter informações que não ficam limitadas a uma prévia concepção do roteiro.

Ainda assim, planejamos o roteiro, tendo em vista os conteúdos e a dinâmica do debate. Quanto aos **conteúdos**, foram elaborados em três blocos, a saber: **Bloco I - Visão geral do PSF**, com as seguintes questões: (1) em sua opinião qual (s) as principais finalidades do PSF? (2) dos objetivos do PSF quais consideram mais importante? (3) o PSF vem se constituindo

⁵⁴ Limites da técnica: É susceptível ao viés do ponto de vista do moderador. As discussões podem ser desviadas ou dominadas por algum participante. As informações podem trazer dificuldades para análise e generalizações. Neste sentido devem ser interpretadas no contexto do grupo e complementadas com dados coletados através de outros instrumentos.

efetivamente em uma estratégia de re-organização da Atenção Básica no Município? **Bloco II - Implantação do PSF**, foram feitas três perguntas (1) qual(is) experiência(s) influenciou(aram) em termos filosóficos e metodológicos a implantação do PSF? (2) quais foram os motivos que levaram o Município a implantar o PSF? (3) quais foram os critérios e prioridades adotados pelo Município para definição das áreas de implantação do PSF? E no **Bloco III - Funcionamento do PSF**, cinco foram as questões debatidas: (1) quais as ações de saúde passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PSF? (2) dentre as ações ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde da Família, quais são as mais utilizadas? (3) quais as mudanças que você considera mais importantes na organização e na prestação da assistência, (atenção à Saúde) após a implantação do PSF? (4) quais foram as mudanças que o PSF trouxe para situação de saúde da população? E (5) o PSF amplia o acesso aos serviços de saúde? Quanto à **dinâmica** do debate, moderei sua realização e contei com a presença de observador/relator. Os Grupos tiveram a variação entre 10 a 15 participantes em cada um dos 12 municípios pesquisados. Mais adiante, na parte que explica o trabalho de campo, retomaremos como foram realizados os grupos focais.

Estes procedimentos foram realizados tendo por finalidade aprofundar e integrar as técnicas utilizadas nessa pesquisa, em um esforço dialógico de triangulação de métodos, compreendido como uma dinâmica de investigação em que a análise das estruturas, processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto. (MINAYO, 2006, p.361). Nesta direção, articulamos as técnicas acima mencionadas, como forma de trilhar os caminhos teórico-metodológicos e empíricos à construção de uma síntese que possa expressar os objetivos específicos desse trabalho. Para tanto tomamos o seguinte caminho:

- a) Formulamos o objeto e a pergunta central da investigação;
- b) Definimos o universo e os sujeitos da pesquisa;
- c) Escolhemos o referencial de análise teórico-metodológica;
- d) Organizamos e realizamos o trabalho de campo;
- e) Tratamos os dados e analisamos as informações coletadas.

Seguindo os passos sugeridos pela hermenêutica-dialética, ordenamos e classificamos os dados primários e secundários, com vistas à análise final, esta balizada pelos cuidados éticos em todos os momentos da realização da pesquisa.

3.1.4 O referencial de análise teórico-metodológico e empírica

Esta pesquisa foi ancorada no método da hermenêutica-dialética que utiliza categorias analíticas e empíricas como balizas para analisar os resultados da investigação. A hermenêutica e a dialética são dois conceitos-chaves que se apóiam num campo histórico-semântico, que, segundo a hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes; e, significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as idéias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social. (GADAMER, 2005; GOMES e ALVES, 2002; HABERMAS, 2003; MINAYO, 2006).

Além destes dois conceitos-chave, esta pesquisa entende que categoria analítica pode ser definida como uma abstração realizada com base no exame de uma realidade - embora no exame parcial, que pode incluir imprecisões e ambigüidades, mas que está fundamentado em experiências concretas - cuja importância é primordial para a investigação, porque não só determina sua orientação geral, como permite sua interpretação correta (TESTA, 1992, p.95). E categoria empírica - aquela construída com a finalidade operacional visando o trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Ela tem a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que expressam a realidade empírica.

Para análise e interpretação dos dados utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em um procedimento metodológico de natureza quali-quantitativa que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social, recuperando, na escala coletiva - a representatividade aos achados - a natureza discursiva e argumentativa do pensamento. (LEFEVRE e LEFEVRE, 2005).

Para o entendimento mais direto e resumido sobre esta técnica teríamos, conforme seus autores, mais uma vez, que o Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica que busca resolver os impasses que o pesquisador encontra quando deseja processar depoimentos em pesquisas qualitativas que usam questionários com perguntas abertas.

O DSC é utilizado para estudar conjunto de discursos, formações discursivas ou representações sociais. Desse modo, a técnica adaptou-se a presente pesquisa por proporcionar o levantamento das representações (pensamento) dos sujeitos entrevistados, aqueles que representam os discursos da realidade nos processos de implantação e funcionamento do PSF nos 12 municípios pioneiros, no particular e nas demais instâncias de gestão do SUS (Governos Federal e Estaduais).

Na singularidade dessa pesquisa, o DCS é utilizado para expressar a manifestação do pensamento de um sujeito coletivo na forma de discursos. Esse discurso expressa os traços do pensamento da coletividade na qual o sujeito está inserido, exprime o que o grupo pensa e como pensa. Para elaborar o DSC utiliza-se de figuras metodológicas: Expressões-Chave, Idéias Centrais, Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo.

As Expressões-Chave (E-Ch) são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo. Essas expressões-chave devem ser sublinhadas, iluminadas e coloridas pelo pesquisador, sendo as que revelam a essência do depoimento. Servem para comprovar a veracidade das idéias centrais e das ancoragens. É o material de discursos em estado bruto.

As Idéias Centrais (ICs) são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.

As Ancoragens (ACs) são, como as ICs, formulas sintéticas que descrevem não só os sentidos, mas as ideologias, os valores e crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares”. A Ancoragem (AC) é a figura metodológica que indica a teoria, o pressuposto, a corrente de pensamento, o “pano de fundo” do conhecimento que o sujeito compartilha e aceita de uma maneira natural para representar um dado fenômeno da realidade. O DSC é um discurso que resume o exposto nas várias expressões-chave, tomando por base as idéias centrais ou as ancoragens que são comuns a um determinado discurso, além disso, é redigido na primeira pessoa do singular. O DSC une os discursos semelhantes e complementares dos sujeitos em um único discurso, que representa a manifestação do pensamento do grupo em relação a um tema específico. Na análise do DSC pode ocorrer que discursos sejam visivelmente diferentes e/ou antagônicos; estes devem ser apresentados separadamente, procedimento obrigatório para a aplicação da técnica.

3.1.5 O trabalho de campo

O trabalho de campo teve seu início desde o ano 2003, quando da fase de elaboração do projeto. Naquela época, foi elaborado um plano de pesquisa documental⁵⁵ com a finalidade de

⁵⁵ Vários foram os documentos pesquisados e analisados; entre tantos, destacamos os seguintes: Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa; Saúde da Família - uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (respectivamente primeiro e segundo documentos oficiais do programa); Plano de Ação do Ministério da Saúde – 1995-1999; Plano Plurianual de Governo 1996-1999; 1997 O Ano da Saúde no Brasil – ações e metas *Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde*

catalogar os principais documentos técnico-científicos que versavam sobre o PSF no Brasil. Artigos, documentos normativos, instrucionais, relatórios, entre outros compuseram o “acervo” de publicações governamentais e não governamentais analisadas nesta pesquisa. Portanto, esta atividade integrava-se a outras no decorrer da realização de trabalho de campo. Nessa etapa foram elaborados os instrumentos para coletas de **dados primários** - roteiros de entrevistas semi-estruturadas, roteiro grupos focais, roteiro semi-aberto de entrevistas individuais e **dados secundários** - ficha de levantamento bibliográfico e formulário padronizado, para leitura e análise documental: documentos normativos, instrumentais, pesquisas, avaliativos, artigos e outros.

Em fevereiro de 2005 iniciou-se a solicitação e realização das entrevistas com os sujeitos estratégicos dessa pesquisa. Por meio eletrônico, foram enviados roteiro e ofício. Estes sujeitos, para efeito de cadastro e análise das informações, foram agrupados em três extratos: **Nacional** - dois Ex-Presidentes da República Federativa do Brasil, dois Ex-Ministros de Estado da Saúde, dois Ex-Secretários de Assistência à Saúde e dois Coordenadores da Atenção Básica (um deles ex-coordenador e o outro em exercício). **Estadual** - 27 Secretários e 27 Coordenadores Estaduais da Atenção Básica/PSF⁵⁶. **Municipal** - os 12 Secretários Municipais de Saúde e os 12 Coordenadores Municipais da Atenção Básica/PSF. Foram entrevistadas ainda 72 pessoas, escolhidas mediante abordagem casual dentre as pessoas atendidas nas 24 unidades básicas de saúde da família, visitadas nos 12 municípios pesquisados, ao final do mês de agosto.

As visitas aos 12 municípios pioneiros da implantação do PSF iniciaram em 19 de junho de 2006. Curitiba, no estado do Paraná, foi a primeira cidade visitada, e nela tivemos uma estada que durou quatro dias úteis de trabalho. Serviu de referência para o planejamento dos outros municípios. O tempo de permanência naquela cidade possibilitou realizar as entrevistas, o grupo focal, a visitação as unidades básicas de saúde/PSF e as entrevistas com os usuários.

Durante os meses de junho a agosto de 2006, em um trabalho intensivo, foram realizadas as demais visitas aos municípios de Joinville e Criciúma em Santa Catarina; Juiz de Fora e Além Paraíba, em Minas Gerais; Niterói no Rio de Janeiro; Quixadá no Ceará; Neópolis em Sergipe; Campina Grande na Paraíba; Bragança no Pará, Planaltina de Goiás e Goiânia, no estado de Goiás.

prioritárias; Norma Operacional Básica SUS 01/96; Manual para a organização da atenção básica, Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica, Plano Plurianual de Governo 2003-2006 e Revistas Brasileiras de Saúde da Família. As razões para seleção desses documentos se deram por serem elementos essenciais à compreensão do objetivo 3 dessa tese.

⁵⁶ No Total de 27 Estados, somente 11 responderam o roteiro de entrevista, com respostas de 06 Secretários de Estados da Saúde; e 09 respostas dos coordenadores estaduais da Atenção Básica/PSF.

Para realização das visitas aos municípios, previamente foi feito um entendimento com o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, com a finalidade de solicitar apoio para nossa entrada nos municípios. Foi remetido aos 12 municípios ofício registrando a importância da pesquisa. Em sequência ao ofício do CONASEMS, ligamos para cada coordenador municipal da Atenção Básica/PSF, explicando em detalhes do que se trata a pesquisa, quais as demandas para o município e solicitando uma agenda de trabalho de campo.

Na oportunidade da solicitação de agendamento, construiu-se um cronograma de trabalho prevendo horários para sua execução. Deixamos a critério dos municípios a dinâmica de desenvolvimento do cronograma proposto. Em sua maioria, as atividades foram cumpridas, segundo acordo prévio. Entretanto, ocorreram algumas exceções, em função de compatibilidade dos compromissos internos a cada município. Estes “descompassos” não trouxeram prejuízos ao desenvolvimento das atividades propostas, e sim, apenas deslocamento de dia e horários entre elas.

Novos entendimentos foram feitos para solicitar apoio à realização do trabalho de campo, a exemplo das Secretarias de Estados da Saúde de Minas Gerais, Ceará, Paraíba, Sergipe, Santa Catarina e Pará. Estas tiveram o papel de mobilizar apoio junto às regionais de saúde, para facilitar a logística da pesquisa. Nossa permanência em cada cidade teve a variação entre dois a quatro dias.

A recepção em cada município, embora diferente entre si, foi de muita disponibilidade, demonstrando que, em pesquisa qualitativa, sobretudo a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Reafirmando o que nos ensina Minayo, no trabalho de campo, pesquisador e sujeitos da investigação desenvolvem uma relação intersubjetiva cujo produto será o resultado do encontro entre a realidade concreta e os pressupostos teóricos num processo mais amplo de construção de conhecimento. (MINAYO, 2006).

Esta interação facilitou o cumprimento de nossa agenda, plano de pesquisa, nos 12 municípios citados acima, e os ajustes necessários à execução das seguintes atividades:

- a) Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde;
- b) Entrevista com o Coordenador da Atenção Básica/PSF;
- c) Realização do Grupo Focal com os profissionais que compõem as equipes do PSF;
- d) Visitas a duas ou três unidades básicas de saúde, que operem na lógica organizativa do PSF;
- e) Entrevistas com a população “usuária” do PSF em horário de funcionamento das Unidades Básicas do PSF.

Estas atividades ocorreram das três seguintes formas:

Para a realização das entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores Municipais Atenção Básica/PSF, foi fornecido um roteiro para cada um, constituído de 15 e 19 questões respectivamente, para que eles pudessem responder e nos remeter por meio eletrônico, em prazos combinados entre nós. Na oportunidade da entrega do instrumento nos apresentamos e discorremos sobre os objetivos da pesquisa e a importância de suas participações. A escolha de não fazer ao “vivo” as entrevistas ocorreu em função do limite do tempo de nossa permanência em cada cidade.

Esta fase foi concluída na segunda semana de outubro de 2006, quando tivemos que enfrentar as dificuldades no retorno dos roteiros de entrevistas dos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores Municipais Atenção Básica/PSF, o que nos exigiu inúmeros contatos telefônicos e/ou eletrônicos.

A realização dos Grupos Focais ocorreu nos 12 municípios acima citados, com os profissionais que compõem as equipes do PSF das unidades básicas de saúde, no total de 10 a 15 participantes em cada cidade. O desenvolvimento da sessão foi moderado por mim e contei com ajuda de um relator/observador, numa discussão que teve por objetivo revelar experiências, sentimentos, percepções, preferências acerca do PSF, entre aqueles profissionais.

Os grupos foram formados com participantes que têm características em comum, ou seja, serem **profissionais das equipes** do PSF atuante nos 12 municípios da pesquisa, de preferência, que trabalhem nessa estratégia desde a sua implantação ou com um tempo mínimo de trabalho de 12 meses. Iniciamos os trabalhos nos apresentando, esboçando o propósito e o formato da reunião para que os participantes soubessem o que esperávamos das discussões e pudessem ficar à vontade. Informamos que as discussões eram informais, sigilosas, e que se espera a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível. Entregamos o termo de consentimento livre e esclarecido, solicitando que todos lessem e assinassem se assim concordassem. (Vide APÊNDICE E). Informamos ainda que a sessão estava sendo gravada e fotografada, e que estas atividades poderiam ser interrompidas se assim desejasse qualquer um dos participantes.

A sessão foi conduzida de forma a incentivar o diálogo entre os participantes, segundo roteiro orientador - conteúdo descrito acima - possibilitando a troca de experiências e interação em torno das idéias, sentimentos, valores, dificuldades que permeiam os processos de implantação e funcionamento do PSF nas unidades básicas de saúde e por conseqüência nos demais espaços do sistema municipal de saúde. Promovi a participação de todos, evitando a

dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. O relator/observador da sessão registrou as discussões, anotou as questões complexas no tocante ao conteúdo e comportamento dos participantes.

No decorrer da execução dos trabalhos dos Grupos Focais, tomamos os cuidados de não deixar aparecer os vieses dos nossos pontos de vista, enquanto moderadores da sessão. Ao final de cada sessão foi entregue uma lista de presença, seguida de agradecimentos pela disponibilidade dos profissionais em participar, solicitando que indicassem seus contatos para que pudéssemos remeter no futuro os produtos deste trabalho.

As atividades de visitas às unidades básicas de saúde, entre duas ou três, tiveram por finalidade nesta pesquisa aproveitar o horário de funcionamento para poder entrevistar os usuários. Em todas as visitas realizadas fomos acompanhados por profissionais representantes das Secretarias Municipais de Saúde, os quais nos apresentavam aos gerentes daquelas unidades, facilitando com isto, nossa entrada na rede. A cada usuário, escolhidos por abordagem casual, solicitávamos a permissão para realizar a gravar entrevista e tomar imagem do entrevistado. A entrevista seguia um roteiro semi-aberto, contendo seis questões que discorriam sobre o acesso aos serviços básicos de saúde.

Estas atividades no conjunto e ou separadas, apresentaram dificuldades relativas que foram enfrentadas e superadas com apoio de um grupo de auxiliares de pesquisa, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP, da Universidade de Brasília, e de pessoas, físicas e institucionais, abertas, colaboradoras com a disposição de assegurar o cumprimento das atividades previstas no plano de pesquisa de campo.

3.1.6 Tratamento de dados e análise das informações coletadas

Nessa primeira fase de análise das informações coletadas, contidas nos roteiros de entrevistas, nos Grupos Focais e nas fichas de levantamento de documentos examinados, foi possível utilizar o referencial teórico de Minayo (2006) que nos chama atenção para três obstáculos que podem influenciar na eficiência da análise dos dados:

a) A ilusão da transparência onde o pesquisador poderá ter a ilusão de que os resultados serão óbvios logo de início. Esta ilusão é maior quanto mais familiarizado está o pesquisador com seu objeto de pesquisa;

b) O pesquisador sucumbir à magia dos métodos e técnicas, esquecendo de ser fiel à compreensão das informações colhidas e de suas relações sociais dinâmicas e vivas;

c) As dificuldades da junção e síntese entre a teoria e os achados em campo ou documentais.

Por isto, para a análise dos dados desta pesquisa utilizamos o método da Hermenêutica Dialética⁵⁷, neste método há dois níveis de interpretação. O primeiro deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação e contempla a contextualização sócio-econômica e política do grupo a ser investigado: a política de saúde em geral e em particular a proposta do PSF.

Nessa direção foi necessário contextualizar os aspectos sócio-político-econômicos e culturais dos universos e sujeitos pesquisados para entender o interior da fala, as razões de determinado depoimento, “como resultado de um processo social e de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico” (MINAYO, 2006, p.300).

O segundo nível é o de encontro com os fatores empíricos através das comunicações individuais e observações de condutas. Logo seguimos os passos sugeridos pela autora para a operacionalização do método hermenêutico dialético: ordenação, classificação e análise final dos dados primários e secundários.

Quanto à **ordenação dos dados**, os materiais das entrevistas e grupos focais foram para a transcrição dos seus conteúdos, que ficaram gravados em CD e impressos para que se fizesse toda uma releitura do material, com a finalidade de organizarmos todos os relatos dessas sessões de trabalho de campo. Após a releitura e ordenação, estas atividades deram origem à concepção de cadastrar a pesquisa no QualiQuantSoft⁵⁸, um *software* aplicado à Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Para construção dos discursos foram dados os seguintes passos:

a) Analisar isoladamente as respostas de cada uma das questões, montando o Instrumento de Análise de Discurso I (IAD I) com três colunas: a primeira para as E-Chs, a segunda para as ICs e a terceira para as ACs, se houver, além de codificar cada um dos respondentes neste instrumento;

b) Colocar em itálico as E-Chs das ICs e, em itálico e sublinhado as E-Chs das ACs, se houver;

c) Identificar as ICs e as ACs e inseri-las na segunda e terceira colunas respectivamente;

d) Identificar e agrupar as ICs e as ACs com o mesmo sentido equivalente e/ou complementar;

⁵⁷ Hermenêutica Dialética é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos.

⁵⁸ *Software* de apoio a pesquisas quali quantitativas, com base na teoria DSC - Discurso do Sujeito Coletivo, desenvolvido pelos pesquisadores em parceria com a SPi - Sales & Paschoal.

Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

e) Denominar cada agrupamento de A, B, C, etc., criando uma IC ou AC para cada um dos grupos;

f) Copiar do primeiro IAD I as E-Chs do mesmo grupo e inseri-las no IAD II composto de duas colunas, a primeira para as E-Chs e a segunda para o DSC.

3.1.6.1 Ordenação dos dados para Análise do Discurso do Sujeito Coletivo dos Roteiros de Entrevista

Os roteiros das entrevistas foram divididos em três extratos: Nacional, Estadual e Municipal. O extrato Nacional é composto por Ministros da Saúde, Coordenação Nacional do PSF, Secretaria de Atenção à Saúde e Presidentes. O extrato Estadual é composto pelos roteiros da Coordenação Estadual e dos Secretários Estaduais de Saúde dos 27 estados brasileiros. O extrato Municipal é composto pelos roteiros da Coordenação Municipal e dos Secretários Municipais de Saúde dos 12 municípios pioneiros na implantação do PSF.

O primeiro passo foi identificar todas as perguntas referentes aos roteiros dos extratos Nacional, Estadual e Municipal. Nessa etapa houve o cuidado de identificar as perguntas que se repetiam em mais de um roteiro para que no momento de cadastrá-las no Programa QualiQuantiSoft não houvesse duplicação de perguntas.

O passo seguinte foi cadastrar o nome da pesquisa no Programa QualiQuantiSoft. Para uma melhor utilização do Programa definiu-se que cada extrato corresponderia a uma pesquisa, ou seja, o extrato Nacional corresponde à pesquisa PSF - “Fátima Nacional”, o extrato Estadual corresponde à pesquisa PSF - “Fátima Estadual” e o extrato Municipal corresponde à pesquisa PSF - “Fátima Municipal”.

Cadastrados os nomes das pesquisas, o passo seguinte foi cadastrar os nomes e os dados de todos os entrevistados. Depois, foram cadastradas as perguntas dos roteiros dos extratos Nacional, Estadual e Municipal, lembrando que algumas perguntas são comuns a uns ou a todos os roteiros, porém o seu cadastro só foi feito uma única vez. Após cadastrar todas as perguntas, o passo imediato foi cadastrar as respostas de todos os entrevistados.

3.1.6.2 Ordenação dos dados para Análise do Discurso do Sujeito Coletivo dos Grupos Focais

O roteiro dos Grupos Focais foi dividido em três blocos: Bloco I - Visão Geral do PSF, Bloco II - Implantação do PSF e Bloco III - Funcionamento do PSF. O grupo focal é formado por profissionais do Programa Saúde da Família - PSF, dos 12 municípios pioneiros na

implantação do Programa. O primeiro passo foi cadastrar o nome da pesquisa no Programa QualiQuantiSoft, identificada como Grupo Focal. Foram cadastradas as perguntas de todos os blocos do Roteiro do Grupo Focal. Após o cadastro, o passo seguinte foi inserir no sistema os nomes dos 12 municípios pioneiros na implantação do PSF. Cada município corresponde a um Grupo Focal. O último passo foi cadastrar as respostas de todos os blocos do Roteiro de cada Grupo Focal.

3.1.6.3 Ordenação dos dados para Análise do Discurso do Sujeito Coletivo dos Usuários do PSF

O Roteiro dos Usuários é composto de seis perguntas originalmente, mas foram cadastradas somente três, direcionadas aos usuários do serviço de saúde nos 12 municípios pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família. Esta pesquisa foi cadastrada no sistema com o nome Usuário. O passo seguinte foi cadastrar as perguntas, depois os usuários, estes identificados por municípios. O último momento desta fase foi o cadastro das respostas de todos os usuários.

Finalizado o cadastro do material empírico, entramos na fase de **classificação dos dados**, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos - “impregnação” do material-, a fim de se identificar as estruturas de relevância, expressões-chave, as idéias centrais e ancoragens sobre o tema (Vide APÊNDICE F), e assim constituímos as categorias empíricas estabelecendo um encontro com as categorias analíticas formuladas teoricamente, permitindo com isto a construção dos dados, que apresentaremos na análise final dessa pesquisa. E com esta dinâmica (ordenação e classificação dos dados) foi possível organizarmos seus resultados e discussões.

A etapa de **análise final** da pesquisa apresentou-se em um movimento dialético que se consistiu no encontro, na triangulação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, dando origem os resultados e discussões da pesquisa, que foram organizados em forma de Discurso do Sujeito Coletivo. No registro das falas dos entrevistados, no geral preservamos a formulação original, excluindo apenas marcas típicas da oralidade, tal como hesitações, e eventualmente adequando a sintaxe à norma culta padrão. Entre colchetes [...], foram inseridos dados contextuais pressupostos no DSC.

Quanto ao **olhar ético** esse fez-se presente em todos os momentos da pesquisa. Antes da realização das entrevistas e dos Grupos Focais, a todos os participantes, informamos os objetivos da pesquisa, as razões para sua seleção como informante - chave, caso aceitasse

participar das sessões de trabalho, as mesmas eram livres, espontâneas e sigilosas, as gravações e tomadas de imagem eram de igual maneira livres espontâneas e sigilosas. (Vide APÊNDICE G).

Deixávamos claro que qualquer um, a qualquer momento da realização da sessão podia nos solicitar a não gravação e ou interrupção da tomada de imagem, se assim desejasse.

Deixamos claro ainda que as informações obtidas por estas técnicas e instrumentos iriam ser processadas e analisadas de forma integrada. Após a análise final, os resultados seriam traduzidos em formato de tese e artigos, sem personalizar e ou identificar nenhuma fonte individualmente. Portanto, foram respeitados os aspectos éticos e as implicações legais, de acordo com a Resolução n.º 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde - CSN, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Além disso, todos os informantes e suas informações foram mantidos em sigilo, sob os critérios da ética em pesquisa.

Por fim, vale mencionar que o estudo apresenta limites, sobretudo no que se refere ao objetivo 4, em virtude da timidez dos usuários, no momento de realização das entrevistas.

4 O SAÚDE DA FAMÍLIA NOS 12 MUNICÍPIOS PIONEIROS

Os primeiros municípios que iniciaram a implantaram do PSF foram: no Norte do país, o município de Bragança, no Pará; no Nordeste, Campina Grande, na Paraíba; Neópolis, em Sergipe; e Quixadá, no Ceará; no Centro-Oeste, encontramos no estado de Goiás, os municípios de Goiânia e Planaltina de Goiás; no Sudeste brasileiro, estão Juiz de Fora e Além Paraíba, em Minas Gerais e Niterói, no Rio de Janeiro; e completando o ciclo, ao Sul, estão Curitiba, no Paraná; e Joinville e Criciúma, em Santa Catarina. Estes foram os municípios pesquisados. Neles buscamos compreender os processos de implantação e funcionamento do PSF, como referência à argumentação dos resultados dessa tese.

Assim, o que ora apresentamos, configura-se em descrição e análise dessas 12 unidades. Nessa perspectiva julgamos necessário, apresentar um relato sintético de cada um deles no que se refere às características gerais, à organização dos serviços de saúde e à implantação e funcionamento do PSF.

Esta descrição analítica não tem a intenção de compará-los, e sim de contextualizá-los, naquilo que cada um traz de singular história. Portanto, cada município apresenta suas próprias condições e razões de ser, tornando-os casos em si mesmos.

Para esta abordagem foram privilegiadas informações gerais levantadas junto aos censos, estimativas e pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Programa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD e o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do PNUD. Para a saúde, encontram-se dados obtidos junto aos Sistemas de Informação de base nacional do Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Em destaque encontram-se apresentadas em blocos de regiões Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Norte, as questões mais relevantes sobre o histórico do local com base nos dados obtidos durante as viagens com moradores e gestores, dados demográficos, territoriais, educacionais, econômicos e de saneamento básico, considerados elementos importantes para aprofundar a análise dos objetivos desta tese. Para tanto, foram agrupados em **O município como ele é**, **A saúde no município: preliminares históricas** e **O PSF no município**.

4.1 Além Paraíba (MG)

4.1.1 O município como ele é: Além Paraíba (MG)

Abrigo de tropas e tropeiros, que descansavam em paragens antes de atravessarem o Rio Paraíba, surgia no final do século XVIII um povoado na Zona da Mata de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil, conhecido primeiramente como freguesia de São José d'Além Paraíba. Com a chegada da estrada de ferro e da ponte, o arraial de São José recebeu grande impulso e o crescente desenvolvimento da localidade fez com que fosse elevada, em 1880, à categoria de vila, e três anos mais tarde, em 28 de setembro de 1883, à cidade, passando então à comarca, isto em virtude da Lei Provincial nº 3.100. Pela lei da divisão administrativa do Estado de Minas Gerais, em 1924, mudou-se o nome do município para Além Paraíba.

O atual município possui uma população de 35.588 habitantes (IBGE, Censos e Estimativas para 2006), distribuídos numa área de 511 km², entre as zonas urbana e rural, situa-se às margens do Rio Paraíba do Sul e ainda tem localização privilegiada, próxima aos municípios cariocas de Nova Friburgo, Teresópolis, Petrópolis e Rio de Janeiro, e Juiz de Fora, em Minas, distante apenas 336 km da capital do Estado.

Considerada como uma cidade de pequeno porte, com 1% de taxa de crescimento populacional, Além Paraíba possui uma economia com base na agricultura, extração vegetal e mineral e com uma população cuja taxa de alfabetização é de 88% e 12% não alfabetizados, entre os seus 12.244 jovens até 19 anos, 18.937 adultos, dos 20 aos 60 anos e 4.407 idosos, acima dos 60 anos. O índice de urbanização do município é de 92,3%, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH⁵⁹) é de 0,77 segundo dados do PNUD/2000.

Em se tratando de saneamento básico, a rede de esgoto da cidade atende a 60% da população. Outros 35% lançam seus dejetos diretamente nas águas do rio Paraíba do Sul e os restantes 5% servem-se de fossas sépticas. A coleta de lixo do município atinge os 86,9% e quanto ao abastecimento de água, o sistema é operado e mantido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais - COPASA, através de um sistema operacional local subordinado ao Distrito Operacional de Ubá que, por sua vez é ligado à Superintendência do Sudeste.

4.1.2 A saúde no município: preliminares históricas - Além Paraíba (MG)

⁵⁹ O Índice de Desenvolvimento Humano foi proposto pelo Programa das Nações Unidas (PNUD) para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

No quesito saúde, dados do SIA/SUS apontam que o município de Além Paraíba obteve em 2004 uma despesa total de R\$ 5.068.789,29 com a saúde de sua população, que contava em dezembro de 2006 em sua rede assistencial com o total de 43 estabelecimentos, sendo sete Postos de Saúde, sete Centros de Saúde, um Hospital Geral, seis Ambulatórios Especializados, um Pronto-socorro Geral, nove Unidades de Apoio Diagnose e Terapia, uma Unidade de Vigilância em Saúde e 11 Consultórios Isolados.

Na rede hospitalar, a comunidade contava, até dezembro de 2006, com 117 leitos, em sua maioria destinados à clínica médica, com 50 leitos e 25 para a pediatria, 13 para a clínica obstétrica e 23 para a cirúrgica, ficando cinco para a UTI e um para a psiquiatria. De acordo com o SIA/SUS, entre os 243.470 procedimentos de Atenção Básica aprovados em 2005, 106.261 foram destinados às Ações Básicas em Odontologia, 74.229 foram Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio, 51.337 Ações Médicas Básicas, 10.845 Ações executadas por outros profissionais de nível superior e 798 Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária. No mesmo ano, eram atendidas pelo PSF apenas 13.949 pessoas, representando 39,11% de cobertura da população do município. Em agosto de 2006, foram realizadas 5.455 consultas especializadas e 18.881 consultas do Programa Saúde da Família.

4.1.3 O PSF no município: Além Paraíba (MG)

O PSF foi implantado como uma ação focal, induzida pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de prevenir doenças, promover a saúde e trabalhar com educação em saúde. A implantação de suas primeiras equipes se deu na periferia, em 1994, com forma de aproximar os serviços das comunidades.

Esta aproximação cria vínculo de co-responsabilidade na organização dos serviços de saúde, conforme é verificado nos discursos durante a entrevista coletiva naquele município:

[...] a gente se torna íntimo das famílias, como se fosse um pedacinho delas, e isso faz com que a gente seja uma pessoa importante para as famílias deles. Por exemplo, a gente desenvolve vários programas, desde o pré-natal até a puericultura, essas coisas todas [...], nós trabalhamos em uma proximidade tão grande que as pessoas nos tratam como se fôssemos da família, então a gente consegue conversar tantas coisas com cada um deles, a gente ensina, mas, também aprende muito com eles.

Com afirmações desse tipo os 24 Agentes Comunitários de Saúde inseridos nas quatro equipes que hoje atuam nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Família-UBSF, localizadas

na zona urbana e rural e que cuidam de 39,11% da população daqueles territórios, acham que suas ações vêm contribuindo para mudanças significativas na organização da atenção básica, e por consequência da consolidação do SUS.

Estas afirmações são expressas em vários trechos do conjunto das falas dos sujeitos que fazem o PSF no cotidiano:

[...] quando um de nós entra na casa ele se torna responsável por todos ali dentro, não é como acontece na unidade de saúde tradicional que o médico vai lá atende, vai embora e acabou, nós não, somos responsáveis por tudo, desde o planejamento familiar, a gestação, o acompanhamento do parto, segue as primeiras vacinas das crianças, passa pelos cuidados aos idosos e até na hora da morte, a gente acompanha e sofre com a pedra [...] o PSF é isso. Ele veio para mudar, e estamos contribuindo com isso tudo. [...] acredito que o PSF veio para dar valor ao SUS, até mesmo para botar em prática os princípios do SUS, da gratuidade, da integralidade...então, o PSF, veio para reorganizar e quem tá dentro tem que dar conta disso senão vai ficar estacionado e não vai conseguir levar para frente o PSF nem o SUS. O modelo ainda está muito misturado, ainda não foi nem para lá nem pra cá. Mas a gente começa a ver que o modelo tradicional vem aceitando cada vez mais o nosso trabalho. A referência é o exemplo disso, os profissionais que ficam nos hospitais e em outras unidades têm muito preconceito e resistência ao nosso trabalho, isso já vem diminuindo já há uma conscientização maior a esse respeito, por causa das mudanças que estamos fazendo na atenção básica e por causa da divulgação maior do nosso trabalho.

Os profissionais entrevistados coletivamente desconhecem a influência de experiências nacionais e ou internacionais, em termos filosóficos e metodológicos, da implantação do PSF naquela cidade. Todavia, afirmam que os gestores (anteriores e atual) implantaram o PSF motivados pela necessidade de ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde para as populações mais carentes e pela indução dos recursos financeiros previstos nos incentivos dos governos estadual e federal. Informam ainda que os critérios e prioridades adotados para definição das áreas de implantação do PSF foram áreas da periferia da cidade onde se concentra a maior população de baixa renda, população esta que tinha mais dificuldade de acesso a outras unidades de saúde centrais.

No tocante às ações de saúde, que passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PSF, pode-se dizer que as mais destacadas foram as seguintes: planejamento familiar, grupos de

climatério, pré-natal, imunização, acompanhamento e crescimento da criança, controle de hipertensão, controle de diabetes e puericultura.

Na opinião dos médicos presentes durante a entrevista, as ações de puericultura, com a chegada do PSF, se fortaleceram, porque antes somente o pediatra poderia cuidar da saúde da criança. O exame das falas a seguir pode clarificar essa assertiva:

[...] hoje somos nós, médicos, enfermeiros, auxiliares e ACS, todos aprendendo a ser generalistas que cuidamos da saúde das crianças, das mulheres, dos homens, seja jovem, idosos, todas as famílias que moram na nossa área de vinculação com nossa unidade de saúde [...] eles vêm a nós só quando estão doentes, vêm muitas vezes para verificar a pressão, vêm para conversar, a gente explica se a pressão tá alta, porque ela tá alta, dá orientação[...] se alguém machucou a mão ou o pé a gente não faz apenas o curativo, procura-se saber o motivo do corte, como ocorreu, se foi numa vala, conversamos tudo, porque entendemos que aquela vala mesmo longe da unidade de saúde pode estar no quintal da casa deles e causar alguns danos à saúde.

Entre as tentativas de mudanças na organização da atenção básica, quando perguntados dentre as ações ofertadas pelas unidades de saúde da família, quais são as mais utilizadas, eles se entreolham, e baixam a cabeça como estivesse diante dos seus maiores desafios, e respondem quase que em coro: *“as consultas médicas, sim, as consultas médicas são ainda as mais procuradas e o maior número de serviços utilizados”*. Seguem as consultas de orientação com os enfermeiros, sobre a diabete, hipertensão, aleitamento materno, pré-natal, vacinação e planejamento familiar.

As falas que emitem esses juízos sobre as ações mais utilizadas também afirmam desta vez as mudanças que consideram mais importantes na organização e na prestação da assistência (atenção à saúde) após a implantação do PSF. Estas mudanças são visíveis no conhecimento das famílias, por meio do trabalho dos ACS; estes são os olhos, braços e pernas das unidades básicas de saúde.

No que se refere às mudanças que o PSF trouxe para situação de saúde da população, os profissionais presentes na entrevista coletiva respondem:

[...] a procura por especialidade diminuiu...a internação hospitalar também...o aumento pela procura ao pré-natal... estou com uma gestante, que é o primeiro pré-natal dela, ela nunca fez e de tanto o ACS ir na casa dela e falar que é importante, ela veio para a unidade de saúde e tava morrendo de medo porque ia ter que fazer ultra-som, e nunca tinha feito

ultra-som na vida dela...e busca do atendimento pelos idosos aumentou, eles muitas vezes vêm para conversar e pedem ‘dá só uma olhadinha aqui na minha pressão’ e a gente diz: ‘o senhor verificou sua pressão ontem, vimos que está controlada, sinto que eles procuram atenção, acho que procura muito isso, a atenção[...].

Nos discursos dos profissionais mencionados anteriormente, também merece destaque a referência sobre se o PSF ampliou o acesso aos serviços de saúde. Esta questão é demasiadamente citada, quando informam que embora reconheçam que as famílias e comunidades da zona rural e da periferia da cidade hoje disponham dos serviços das equipes do PSF mais humanizados, acham limitado o acesso, ainda na atenção básica, porque consideram a cobertura populacional relativamente baixa, e fazem votos para que o município adote a política de universalização do PSF. E na visão de todos os respondentes, o PSF por si só não supera as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, muito embora vejam nele um grande potencial para o enfrentamento das iniquidades existentes na atenção básica à saúde.

4.2 Juiz de Fora (MG)

4.2.1 O município como ele é: Juiz de Fora (MG)

A origem do município mineiro de Juiz de Fora data de 1865, quando a vila de Santo Antônio do Paraibuna foi elevada à categoria de cidade e, 15 anos depois, oficializou-se com o nome de “cidade do Juiz de Fora”. O nome é curioso, mas possui uma explicação da comunidade. O juiz de fora era um magistrado nomeado pela Coroa Portuguesa para atuar onde não havia juiz de direito. A versão mais aceita pela história admite que um desses magistrados hospedou-se por pouco tempo em uma fazenda da região, passando esta a ser conhecida como a Sesmaria do Juiz de Fora. Mais tarde, próximo a ela, surgiria o povoado.

Mas os relatos e documentos que marcam o surgimento da cidade confundem-se com outros que dão origem a outras cidades da Zona da Mata Mineira, por onde os tropeiros atravessavam ainda por volta de 1703, quando foi construída a estrada do Caminho Novo, que ligava a região das minas ao Rio de Janeiro, facilitando o transporte do ouro que era extraído. O Caminho Novo permitiu maior circulação de pessoas pela região, que, anteriormente, era mata fechada, habitada por poucos índios das tribos Coroados e Puris.

Às margens da estrada surgiram diversos postos oficiais de registro e fiscalização de ouro, que era transportado em lombos de mulas, dando origem às cidades de Barbacena e Matias

Barbosa. Outros pequenos povoados foram surgindo em função de hospedarias e armazéns, ao longo do caminho, como o Santo Antônio do Paraibuna, que daria origem à cidade de Juiz de Fora.

Localizada nos contrafortes da Serra da Mantiqueira, às margens do Rio Paraibuna, que corta o município no sentido Norte-Sul, Juiz de Fora é privilegiado por estar próximo da capital do Estado, Belo Horizonte, apenas 270 km. Município de grande porte com índice de urbanização de 45%, a população é de 509.126 habitantes, distribuídos em 1.436,850 km². Juiz de Fora possui um IDH de 0,828 segundo o PNUD/2000 e uma taxa de crescimento populacional de 1,54 %.

A taxa de alfabetização em 92,7% da população residente garante uma economia baseada na indústria, comércio e prestação de serviços, agricultura e extração de minerais, da cidade que é beneficiada com 95,3% de rede de esgoto, 95,3% de rede de abastecimento de água e 98,4% de coleta de lixo. A economia do município sustenta-se na indústria, no comércio, na prestação de serviços, na agricultura e na extração de minerais.

4.2.2 A saúde no município: preliminares históricas – Juiz de Fora (MG)

De acordo com o SIOPS, a gestão municipal de Juiz de Fora investiu em 2004 R\$ 126.135.987,21 com a saúde de seus habitantes. Nas Unidades Básicas de Saúde são gerados exames de baixo custo à população. Já a grande procura pelos exames de Segunda Linha acaba gerando demanda reprimida nas demais unidades médicas do município, devido ao caráter referencial da cidade na região da Zona da Mata e localidades de estados vizinhos.

Em 2006, foram realizadas 456.687 consultas especializadas e outras 319.714 consultas do PSF. Em 2006 a rede hospitalar do município contava com 2.663 leitos hospitalares, sendo que 549 leitos destinados à clínica cirúrgica, 92 à obstétrica, 699 à clínica médica, 935 à psiquiátrica, 189 à pediatria, 182 à UTI e 17 à fisiologia. Enquanto a rede ambulatorial até dezembro de 2006 contava com 12 Postos de Saúde, 52 Centros de Saúde, quatro Policlínicas, 12 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral, 148 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada, 437 consultórios, 59 Serviços de Diagnóstico e Terapia, uma Unidade de Vigilância em Saúde, duas Unidades Mistas, oito Hospitais Especializados, dois Hospitais Dia, quatro Farmácias e uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência, totalizando 742 unidades.

Quanto aos 2.201.964 procedimentos de Atenção Básica em 2006, conforme o SIA/SUS foram aprovadas 947.059 Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio, 894.988 Ações Programa Saúde da Família: *Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde*

Médicas Básicas, 195.430 Ações Básicas em Odontologia e 164.487 Ações Executadas por outros profissionais de nível superior.

4.2.3 O PSF no município: Juiz de Fora (MG)

O PSF na cidade de Juiz de Fora foi iniciado como uma política municipal de inversão do modelo assistencial que substituiria de forma gradual e contínua a forma organizativa das unidades “tradicionais” da atenção básica. Nos anos 1997 a 1998 o PSF esteve “abandonado à própria sorte” culminando com seu descredenciamento pelo Ministério da Saúde em 1999. Em fevereiro do ano 2000, na III Conferência Municipal de Saúde, o PSF foi aprovado como uma política local a ser implantada de forma gradativa em toda rede básica do SUS. Essa seqüência foi adotada levando em conta o princípio da equidade, por isso as áreas prioritárias para a implantação do PSF foram as de maior vulnerabilidade social, e epidemiológica, segundo o Mapa da Fome do IPEA e o Mapa da Cólera - SMS.

A implantação do PSF no município de Juiz de Fora foi inspirada no modelo da Medicina Geral e Comunitária do Hospital Conceição em Porto Alegre (RS), e foi iniciada em oito Unidades Básicas de Saúde - UBS da Região Urbana e uma Unidade da Zona Rural (unidade móvel). Cada uma das equipes era composta por um ou mais médicos de família de acordo com o critério populacional (um médico de família para 4.000 habitantes); um ou mais médicos de apoio (clínicos, ginecologistas e pediatras); um enfermeiro por UBS; um assistente social por UBS; dois auxiliares de enfermagem por UBS; um auxiliar de expediente por UBS. Todas as UBS tinham território definido e a adscrição da clientela se dava através de cadastros domiciliares realizados em parceria com estudantes da área de saúde ou diretamente na UBS. Gradativamente os médicos de “apoio” foram sendo retirados das equipes devido à dificuldade de co-existirem dois modelos dentro de uma mesma Unidade. Em janeiro de 1997 eram 20 UBS funcionando com este modelo com uma cobertura de 32% da população do município.

Todos os profissionais médicos de família (47), enfermeiros (20), assistentes sociais (20) e auxiliares de enfermagem (30) foram capacitados previamente para trabalharem na Saúde da Família, através de cursos de especialização em Saúde da Família ou de formação técnica de nível médio promovidos em parceria Município/UFJF.

No início do ano de 1999 ocorreu o descredenciamento do município devido à ausência do ACS nas equipes e à falta de alguns enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Durante todo ano de 1999 o município manteve as equipes, mesmo sem receber o incentivo, enquanto procedia a seleção pública para os ACS e concurso público para o auxiliar de enfermagem e enfermeiro. Em novembro de 1999 um novo projeto de implantação do PSF foi apresentado à SES (MG) com credenciamento de 36 ESF em 18 UBS e na Unidade Móvel da Zona Rural, correspondendo a 27,18% da população. Estas equipes passaram a ter a composição das UBS em territórios por ESF.

Em junho de 2000, 20 novas equipes de saúde da família foram credenciadas totalizando 56 ESF, cuidando de 37,35% da população. Após o resultado do monitoramento, realizado em abril 2002, foram descredenciadas duas equipes por ausência de enfermeira ou médico, ficando então o município com 54 ESF em 24 UBS com a cobertura de 36,92% da população. Com a chegada do PROESF (1ª fase) 26 novas equipes foram implantadas (2003/2004), sendo seis equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, totalizando 80 equipes ampliando a cobertura para 54,6% da população.

Mesmo com todos esses movimentos de idas e vindas, o PSF sempre foi tratado em Juiz de Fora como uma estratégia capaz de mudar o modelo de atenção à saúde. Essa constatação encontra-se nas seguintes falas e expressões-chave dos profissionais entrevistados coletivamente:

[...] o PSF aqui sempre foi tratado como uma estratégia política, porque como Programa ficava muito difícil a gente manter por muito tempo... Mas, na verdade, entendo como uma mudança do modelo assistencial de saúde, que ocorre hoje no Brasil, e no resto do mundo, uma mudança desse modelo, inclusive nos países de medicina mais especializada, como Estados Unidos e Canadá. Então, acredito que seja uma estratégia de mudança do modelo para saúde...[...] o PSF é uma forma de prestar atenção primária à saúde, atendendo as famílias integralmente. [...] O PSF é uma estratégia que está mudando o modelo de assistência, justamente por tentar consolidar os princípios colocados pelo SUS.

Diante da responsabilidade política, técnica e social de tentar mudar o modelo de atenção à saúde na cidade de Juiz de Fora, os profissionais que estão envolvidos nessa tarefa e que atuam no PSF há mais de uma década, ancoram-se nos objetivos, considerados por eles como mais importantes à consolidação do PSF, a saber:

[...] o PSF ensina a gente ir à realidade de cada família e comunidade, nos faz olhar diferente e agir de uma maneira mais voltada para as pessoas em uma relação de trabalho mais humana, e ao final de cada dia de trabalho poder olhar para nós mesmo e dizer: realizei um trabalho humanizado...

acho que o objetivo maior é justamente a possibilidade de transformação real, tanto da vida, individualmente, das pessoas, de hábitos de vida, de conduta, como de transformação do próprio ambiente onde as pessoas moram.

Essa aproximação torna as unidades básicas de saúde mais acolhedoras, possibilitando o fortalecimento do vínculo entre gestores, equipes, famílias e comunidades.

Nessa mesma direção, vem sendo exercitada a implantação do sistema de referência e contra-referência, como forma de integração entre os demais níveis do sistema municipal de saúde. Essa integração é vista pelas equipes do PSF como condição essencial a sua consolidação. Deve-se salientar que embora reconhecendo a existência de um sistema de encaminhamentos das demandas oriundas da atenção básica por meio de uma central de marcação de consultas, reconhece-se que ainda os departamentos de saúde da mulher, saúde mental e saúde do trabalhador tenham formulários próprios de referência e contra-referência e que há retorno das informações para as unidades básicas de saúde. A coleta de exames laboratoriais é realizada nas próprias UBS e encaminhada para o laboratório central, e os casos de urgência e emergência são encaminhados para o Hospital Pronto-Socorro (HPS) ou para as unidades regionais Norte e Leste. No caso de internação hospitalar os pacientes são encaminhados para o HPS e de lá para os hospitais conveniados pela central de vagas hospitalares. As gestantes são encaminhadas diretamente para as maternidades de referência; e mesmo que todo esse sistema esteja montado, não foi possível ainda a implantação do mesmo de forma a garantir a continuidade dos cuidados iniciados nas unidades básicas de saúde da família.

Por outro lado, a coordenação municipal do PSF vem tentando, junto às ESF, a utilização sistemática do consolidado do SIAB como instrumento de planejamento e programação de suas ações ofertadas nas unidades básicas de saúde, como uma medida para aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação dessas ações.

Nesse sentido, os profissionais participantes da entrevista coletiva responderam quais as ações de saúde passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PSF. Os seguintes trechos das falas descrevem melhor o que pensa o grupo a esse respeito:

[...] acho que o carro chefe do PSF são as visitas domiciliares, isso não havia. A gente não tinha esse compromisso de fazer os atendimentos domiciliares, as ações da promoção de saúde, isso nós não fazíamos. Nós fazíamos as ações preventivas, mas não ações de promoção da saúde. Hoje nós temos oficina de artesanato, nós temos oficina de geradores de renda nas comunidades, trabalho gerador de processo de socialização, trabalho

com a rádio comunitária. Isso nós não fazíamos. Então, a promoção de saúde é que eu acho que é a grande ação que é o que vem crescendo devagar; é o mais difícil, é a mudança maior que a gente faz em termos de ação[...].

Dentre as ações ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde da Família, as mais utilizadas, segundo os respondentes são (1) atenção à saúde da mulher, no que se refere ao pré-natal, à prevenção do câncer de mama e de colo; (2) atenção à saúde da criança, desde a vacinação, o acompanhamento do peso, até o controle do crescimento e desenvolvimento; (3) atenção à saúde dos idosos, sobretudo o cuidado com os hipertensos, os diabéticos; (4) os serviços da farmácia, principalmente para dispersão de medicamentos de uso contínuo.

Os entrevistados compartilham de um conjunto de idéias no que se refere às mudanças consideradas mais importantes na organização e na prestação da assistência (atenção à saúde) após a implantação do PSF. As falas que seguem mostram o que pensam os respondentes:

[...] a maior mudança que tem no PSF é a possibilidade de se trabalhar em equipes, do poder conviver de forma multiprofissional [...] a enfermeira ter a oportunidade de trabalhar em outras atividades que não seja a supervisão [...] poder fazer diagnóstico coletivo da situação de saúde das famílias e comunidades, assim trabalhar com epidemiologia [...] o acompanhamento de fato dessa família. Você vai fazer uma visita domiciliar e você detecta algumas situações de risco em sua área territorializada, você dá conta de acompanhar, de fazer vínculo com essa família e está desenvolvendo ali algumas ações, que nem sempre vai ser por um profissional só, vai ser pela equipe.

E a equipe necessita da presença dos ACS, eles fazem uma grande diferença, uma diferença sentida tanto pela equipe quanto pelas famílias e comunidades. Essas são idéias expressas pelos respondentes, acrescidas do que segue exposto:

[...] com eles aprendemos a ser mais criativos e buscamos permanentemente formas de diminuirmos os problemas de doenças existentes nas áreas trabalhadas por nós [...] eles vêm nos mostrando ao longo de uma década de trabalho que é possível mudar a rota dos processos saúde-doença de cada microárea trabalhada por nós junto a famílias e comunidades.

Além disso, apontam as mudanças que o PSF trouxe para situação de saúde da população, colocando-as como resultante do trabalho por eles desenvolvido nas unidades básicas de

saúde e em suas articulações com os demais níveis do sistema. O exame das falas a seguir pode clarificar essa assertiva:

[...] acho que uma situação importante que mudou foi a mortalidade infantil, que na nossa área era muito alta [...] pela falta mesmo de informação das pessoas, as mães não faziam seu pré-natal, nem tinham conhecimento de como cuidar do seus bebês. Hoje não. [...] o trabalho educativo que foi feito sobre isso e o encaminhamento das mães de gravidez de alto risco. Eu acho que isso mudou muito depois do PSF e depois do agente comunitário que levou esses problemas para a unidade. [...] acho que o trabalho educativo fez uma diferença muito grande, principalmente com as ações de planejamento familiar e direito reprodutivo, nesses três anos, a gente conseguiu diminuir bem o índice de gravidez na adolescência... outra mudança os homens vêm quebrando o preconceito, de que somente as mulheres devem fazer laqueadura, hoje eles já fazem vasectomia [...]

Apontam ainda com mudanças, fruto do seu trabalho a participação dos homens nos grupos educativos, os adolescentes dos bairros fazendo oficinas de trabalho em parceria com os ACS, tratando das questões da sexualidade e da vida sexual com responsabilidade, evitando assim doenças e promovendo a saúde. Apontam, sobretudo, a redução das complicações das doenças crônicas e do controle dos casos de hipertensão e diabéticos, assim como o acompanhamento da saúde da criança, sobretudo aquelas que nasceram de baixo peso.

Uma médica levanta a mão e pede a palavra para dizer, ainda no escopo das mudanças sentidas pelas equipes, produto do seu trabalho, e disse:

[...] mudou uma coisa muito subjetiva ainda,... eu acho que existe por parte da gente uma maior satisfação de trabalhar. Por mais complicada que seja a situação nossa, a gente tem uma satisfação de trabalhar e isso, claro, facilita o acesso do usuário... a gente ouve, ouve sempre eles falam ‘a gente vem aqui o pessoal atende com uma cara melhor, está mais de bem com a vida’ [...]

Eles atribuem esta mudança como um facilitador do acesso, entendendo que o acesso não é dificultado somente pela barreira geográfica, nem pelo número de vagas no consumo de serviços, e sim pela forma como as equipes do PSF recebem os indivíduos, famílias e comunidades, abrindo as portas das unidades básicas de saúde e nelas deixando entrar as diferenças e as situações adversas de qualquer natureza, lembrando que essas unidades passam a ser mais acolhedoras, ‘amigas’ e assumem uma postura mais fraterna no cuidar da saúde de todos.

Com isso eles definem a base prática, ao responder se o PSF amplia o acesso aos serviços de saúde. Nessa direção afirmam que o acesso às ações da atenção básica é mais fácil, mas o acesso aos outros níveis do sistema, este vem apresentando uma série de problemas. Ainda assim os serviços foram ampliados. Essa constatação encontra-se nas seguintes falas e expressões-chave:

[...] eu creio que ampliou e ampliou de tal forma que hoje não dá conta. Porque, por exemplo, exame, ampliou, mas não dá conta de todo mundo fazer determinado exame. Mas ampliou de uma forma que criou uma crise nos laboratórios, eles não queriam atender, foram obrigados... os laboratórios foram reflexos patente dessa ampliação.

Essa ampliação do acesso vem contribuindo para a organização do sistema local de saúde, extensão de cobertura à população, integralidade da assistência, planejamento de ações baseado na necessidade da população, melhoria dos indicadores municipais de saúde e aumento da participação popular, elementos que compõem o leque de práticas indicadoras de mudanças, ainda que essas mudanças se dêem de forma heterogênea de uma unidade básica de saúde para a outra, de equipes cujos profissionais têm o perfil adequado e são mais bem capacitados do que outros, de famílias que conseguem desenvolver maior vínculo com as equipes e com as unidades básicas de saúde do que outras. Além do fato de que a maioria das equipes depara-se com o excesso da demanda espontânea sem conseguir organizá-la, trabalha com as ações programáticas obrigatórias e não consegue fazer um diagnóstico/planejamento de ações prioritárias de forma adequada.

Assim caminham as mudanças, informa a equipe de coordenação municipal do PSF da cidade de Juiz de Fora, desejando para o futuro que o PSF seja ampliado para a cobertura para 80% do município, o PSF se consolide com a estratégia organizativa do sistema de saúde em rede de cuidados, de forma regionalizada e integrada, e que as questões dos salários/contratos/carreira dos profissionais do PSF sejam resolvidas, evitando assim a alta rotatividade dos profissionais.

Em direção a essas críticas, eles julgam pertinente dizer que o PSF vem contribuindo para ampliar o acesso às ações da atenção básica à saúde, mas concordam que a continuidade da atenção fica comprometida nos outros níveis do sistema. Este comprometimento atinge não só as famílias que necessitam ser referenciadas, mas também os profissionais do nível básico que se sentem impotentes quando precisam, mas não conseguem encaminhar as famílias para os outros níveis de atenção. Acrescentam-se os graves problemas sociais para os quais a saúde

não tem resposta. Portanto, a superação das desigualdades na saúde, somente pela via do PSF, fica, ainda como uma questão de futuro.

4.3 Niterói (RJ)

4.3.1 O município como ele é: Niterói (RJ)

A cidade de Niterói, que em tupi significa Água Escondida, foi a única cidade brasileira, formalmente fundada por um índio, em 22 de novembro de 1573, o famoso Araribóia, da etnia Tupi, mais tarde batizado com o nome de Martim Afonso. Ele conquistou essa permissão junto ao governador-geral da província do Rio de Janeiro, Mem de Sá, após a expulsão dos franceses que brigavam pelo controle da Baía de Guanabara, fato que teve como fator decisivo a participação do líder indígena e de sua tribo.

Com a escolha de Araribóia surgiu a vila de São Lourenço dos Índios, o primeiro nome da cidade, que em 1819 foi reconhecida pelo governo recebendo o novo nome de Vila Real da Praia Grande. Nessa época, a cidade ocupava apenas a área correspondente ao atual centro. Em 1835 a vila foi elevada à cidade recebendo o nome de Nictheroy, ortografia arcaica de Niterói.

Entre 1834 e 1975, o estado do Rio de Janeiro esteve dividido em dois: Rio de Janeiro e Distrito Federal, sede do governo federal. O Ato Adicional de 1834 determinou que Niterói fosse a capital do estado do Rio de Janeiro. Em 1960 o Distrito Federal foi transferido para Brasília e a cidade do Rio de Janeiro se tornou estado da Guanabara. Em 15 de março de 1975, houve a fusão dos dois estados e a cidade do Rio de Janeiro passou a ser a capital do estado homônimo. O serviço de bondes entrou em funcionamento e permitiu a urbanização de pontos mais distantes do centro e aconteceu a expansão da área, já no final do século XIX. Mas foi no século XX que a cidade iniciou seu processo de industrialização, demarcando uma economia centrada no setor terciário ou de serviços.

Atualmente, conforme Censo e Estimativas do IBGE para 2006, a cidade possui taxa de crescimento populacional em 0,6% e uma população de 476.671 habitantes, distribuídos numa área física de 129,375 km² e separados da capital por apenas 13 km de distância. Cidade de grande porte e IDH de 0,886 de acordo com o PNUD/2000, Niterói apresenta uma taxa de alfabetização de 94,4% e ainda, conforme o INEP/MEC, é o mais escolarizado do país, com o maior índice de frequência escolar entre a população de 7 a 14 anos (97,52%). A média de

anos de estudo chega a 9,5 na população acima de 15 anos. Sua economia está centrada, predominantemente, no setor terciário ou de serviços.

Com índice de urbanização em 100%, o município possui 75% de rede de esgoto que inclui cinco estações de tratamento. Ainda no quesito de saneamento básico, a rede de abastecimento de água é 100% tratada e a coleta de lixo é de 96,9%.

4.3.2 A saúde no município: preliminares históricas - Niterói (RJ)

Para atender a população em 2006, o município oferecia 2.898 leitos em sua rede hospitalar, sendo 631 para a clínica cirúrgica, 723 para a psiquiatria, 787 para a clínica médica, 184 para a obstétrica, 103 para a pediátrica, 121 na fisiologia e 349 para a UTI. Na rede ambulatorial, dados de dezembro de 2006 do CNSE apontam que existiam 527 Consultórios isolados, 17 Centros de Saúde, 28 Postos de Saúde, 18 Policlínicas, 15 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral e outros 120 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada; funcionam ainda um Hospital Dia, 20 Hospitais Especializados, uma Unidade de Vigilância Sanitária, 70 outros serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia, uma Unidade Móvel Fluvial e seis Prontos-Socorros, totalizando a Rede com 824 unidades.

Em 2004, o município investiu R\$ 141.277.037,51 na saúde pública e em 2005 alcançavam-se 2.253.727 de procedimentos aprovados para a Atenção Básica, sendo 250.527 Ações de Enfermagem e outros de Saúde Nível Médio, 323.492 de Ações Médicas Básicas, 228.893 de Ações Básicas em Odontologia, 186.386 de Ações Executadas por outros profissionais de nível superior e outros 1.264.429 de Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária. Em 2006, foram realizadas 407.827 consultas especializadas do PSF.

4.3.3 O médico de família no município: Niterói (RJ)

O Programa Médico de Família - PMF da cidade de Niterói foi iniciado em 1991, como uma iniciativa política municipal de organização do modelo de atenção à saúde, como uma medida para incrementar a porta de entrada do sistema de saúde, impulsionando os outros níveis de atenção à saúde. Sua criação foi inspirada no modelo cubano de médico de família, motivada pela visita dos gestores da época àquele país. Fruto dessa estada em terras cubanas resultou uma parceria para a formação das equipes do município de Niterói e a vinda de assessores técnicos para apoiar na estruturação do Programa.

Deve-se ressaltar que nos depoimentos dos sujeitos entrevistados para essa pesquisa, eles afirmaram que:

[...] a assessoria cubana em Niterói foi para nós um processo dialógico muito interessante, até porque, na verdade, vinha vestido de um caráter político-social diferente... não copiamos Cuba porque respeitamos nosso traço cultural, o traço da nossa população... o desafio foi pensar como fazer as adaptações à nossa realidade, sem perder nossa identidade ideológica e política que nos aproximavam do modelo cubano.

Os entrevistados concordaram entre si que o PMF e o PSF são filhos do mesmo gene, constituindo-se, portanto em estratégias que trabalham com o princípio da equidade e da integralidade, promovendo a vinculação entre a população e as equipes de saúde, com vistas à desconstrução do modelo de saúde assistencial, focado na cultura da doença para a construção de um outro modelo de atenção à saúde, centrado nos elementos geradores de vida e de saúde, como condição da conquista de autonomia e dos direitos de cidadania dos indivíduos, famílias e comunidades.

Segundo os respondentes o objetivo principal dessas estratégias é assegurar que todas as famílias e comunidades possam ter acesso aos serviços de saúde de forma integrada, contínua e resolutiva. Na análise dessa questão (o acesso), verificou-se que no conteúdo das falas do grupo é afirmado que:

[...] o PMF e o PSF ampliam o acesso a atenção básica à saúde, incluindo a população que está excluída do sistema de saúde, promovendo a educação em saúde e induzindo a integração de outras áreas do governo, dando um pontapé para intersetorialidade.

O município de Niterói no final da década 80 e início dos anos 90 vivia um rico processo de discussão no setor saúde. Era um novo Governo, o primeiro Governo do PDT. Isto fez com que houvesse uma grande mobilização de outras Secretarias de Governo, no entendimento que a prefeitura deveria trabalhar voltada para as questões sociais de forma articulada.

Com essa determinação a Secretaria Municipal de Saúde motivou-se a implantar o PMF, com a responsabilidade de re-organizar o setor saúde, e enfrentar problemas emergentes a exemplo do cólera e da dengue. Hoje conta com 106 equipes, cobrindo 74,14% da população, em uma composição de equipes que não dispõe de Agentes Comunitários de Saúde, mas que tem na figura dos auxiliares de saúde os responsáveis pelas atribuições congêneres às dos ACS e na presença do médico, compondo assim a chamada equipe básica. Cada equipe cuida de em média 300 famílias, cerca de 1.200 pessoas. Os critérios prioritários para implantação dessas

equipes foram as áreas onde as populações viviam em situação de risco social, econômico e epidemiológico.

As ações de saúde que passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PMF, segundo os profissionais presentes na entrevista coletiva, foram a assistência as famílias por médico generalista, a vacinação de todas as crianças, as ações educativas, baseadas nos grupos prioritários e as visitas domiciliares. Várias foram as falas dos respondentes, para esclarecer esta questão. Segundo eles,

[...] a possibilidade de você fazer a educação em saúde de casa a casa, é a coisa, na minha opinião, mais marcante que tem na estrutura do PMF.... Não só a visita domiciliar voltada para doença em si, mas, para o potencial dessas famílias e comunidades cuidarem de sua própria saúde em parceria com as unidades básicas de saúde [...] acho que as ações educativas e as visitas domiciliares são ações prioritárias que passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PMF na cidade de Niterói.

Em uma afirmação quase ‘natural’ os participantes da entrevista relataram que dentre as ações ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde as mais utilizadas eram as consultas médicas e a educação em saúde, ambos utilizados como momentos de encontro entre as equipes e as famílias para fazer a vigilância à saúde. Portanto, o acesso à consulta médica programada é uma das mudanças organizacionais mais visíveis.

Falando em mudanças atribuídas à presença do PMF na situação de saúde da população, eles foram enfáticos em afirmar que reduziram a mortalidade infantil, aumentaram a cobertura de pré-natal, do exame preventivo de câncer de colo uterino e da vacinação, além de tomar com referência de mudança o índice de envelhecimento, considerado o maior nas últimas décadas. Os entrevistando atribuíram isso aos cuidados na saúde dos idosos. Concluíram nessa questão dizendo: *[...] sem dúvida alguma, a ação do PMF trouxe para o município uma maior efetividade para o setor saúde, e com isso ampliou o acesso aos serviços de saúde.*

Nesse ponto, pode-se concluir que o PMF vem ampliando o acesso às ações básicas de saúde, reconhecendo que nos outros níveis do sistema ainda tem muito para ser alcançado, e reforçam esse ponto:

[...] acho que a gente vem provocando enormemente o sistema. Eu acho que existe uma provocação o tempo inteiro. E nossa provocação vem no sentido de assegurar a integralidade do sistema municipal de saúde,

concluem os respondentes.

De modo prático, afirmam que as estratégias de PMF e PSF começam a provocar os gestores para acordarem para uma nova prática de saúde. E que nelas há um forte potencial para estabelecer o diálogo entre os serviços, suas equipes e as comunidades, com vistas ao enfrentamento das desigualdades existentes no setor saúde, tarefa que sozinhas essas estratégias não dão conta. E comparam essas estratégias como uma flor:

[...] é como a flor do Pequeno Príncipe: tem que ficar ali tem que molhar mesmo, senão o negócio deforma... senão, degradingola... precisa de muitos cuidados... na prática, já estão ocorrendo, é só cuidar.

4.4 Campina Grande (PB)

4.4.1 O município como ele é: Campina Grande (PB)

Existem duas versões que explicam o surgimento de Campina Grande, cidade nordestina localizada na Paraíba, Nordeste brasileiro, numa altitude de aproximadamente 550 metros acima do nível do mar, na região oriental do Planalto da Borborema. Uma delas está relacionada à ocupação das terras pelos índios Ariús no sítio de Campina Grande, sob a liderança do Capitão-Mor dos Sertões, Teodósio de Oliveira Ledo, em dezembro de 1697. A outra é defendida por alguns autores que não concordam com a versão anterior e, em contraposição, sugerem que o local já era povoado (com o nome de Campina Grande) na chegada de Teodósio com os Ariús.

Campina Grande alcançou a categoria de vila somente em 1790, quando também mudou de nome: passou a ser chamada de Vila Nova da Rainha. Apesar da mudança de nome, os habitantes locais continuaram a chamar o lugar de Campina Grande, e somente em textos oficiais e formais o nome Vila Nova da Rainha era utilizado. Em 1864, de acordo com a Lei Provincial nº 137, Campina Grande se eleva à categoria de cidade, e o ritmo do desenvolvimento tomou conta da população, hoje estimada em 379.871, segundo o IBGE para 2006, com taxa de alfabetização em 80,9%.

Distando em 120 km da capital do Estado, João Pessoa, Campina Grande é uma cidade de médio porte, com uma área de 621 km², cuja taxa de crescimento populacional encontra-se em 0,78%, com IDH de 0,721 conforme o PNUD/2000. Seu índice de urbanização de 95% garante 84% de rede de esgoto à população, 98,6% de rede de abastecimento de água e 97,6% de coleta de lixo garantidas pela gestão pública.

Para manter essa máquina funcionando, a cidade tem uma economia distribuída na extração mineral, em culturas agrícolas, na pecuária, nas indústrias de transformação, de beneficiamento e de *software*, nos comércios varejista, atacadista e de serviços.

4.4.2 A saúde no município: preliminares históricas - Campina Grande (PB)

Na saúde, o município de Campina Grande investiu em 2004, R\$ 72.708.041,19 junto à população, que, em dezembro de 2006 contava com 61 Centros de Saúde, 67 Clínicas Especializadas/Ambulatórios de Especialidades, 85 Consultórios isolados, seis Hospitais Especializados, 12 Hospitais Gerais, três Hospitais Dia, 13 Postos de Saúde, um Pronto-Socorro Especializado, cinco Policlínicas, 79 Serviços de Apoio Diagnose e Terapia, duas Unidades de Vigilância em Saúde, duas Unidades Mistas, três Unidades Móveis de Urgência e Emergência, três Unidades móveis terrestres e /ou fluvial, uma Cooperativa e uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, totalizando uma Rede com 345 Unidades.

Em número de leitos, a cidade oferecia em 2006, 2.830 leitos em sua rede hospitalar, sendo 649 Cirúrgicos, 197 Obstétricos, 687 de Clínica Médica, 665 Psiquiátricos, 391 Pediátricos e 241 de UTI.

Na rede ambulatorial, em 2005, foram aprovados 1.568.054 procedimentos de Atenção Básica, sendo 621.765 Ações de Enfermagem, 296.971 Ações Médicas Básicas, 237.329 Ações Básicas em Odontologia, 428.791 Ações Executadas por outros profissionais de nível superior e 1.198 Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária.

Em todo o município o modelo de atenção PACS/PSF cobria até o final de 2006 59,5%, da população, ou seja, 210.382 pessoas.

4.4.3 O PSF no município: Campina Grande (PB)

O PSF na cidade de Campina Grande foi implantado como uma política municipal de saúde, induzido pelo Ministério da Saúde e inspirado na filosofia do modelo de medicina de família cubana. Para esse trabalho contou-se inicialmente com assessoria técnica do município de Niterói e da presença de uma médica cubana que permaneceu quatro meses para intensivos movimentos de capacitação das cinco primeiras equipes e de organização das unidades básicas de saúde dos bairros de Pedregal, Mutirão do Serrotão e mais tarde no Tambor.

A Secretária Municipal de Saúde, à época, em visita a esses bairros era acompanhada por técnicos do Ministério da Saúde de Cuba, o que lhe fez optar por implantar o PSF naquelas

localidades, pelas condições precárias daquelas famílias que viviam completamente desassistidas. Não havia serviços públicos e nem a escola funcionava. Os bairros eram assim, sujos e tristes. O reflexo da situação podia ser visto nos olhos das pessoas, nos indicadores sociais e, é claro, nas altas taxas de mortalidade infantil. Assim, a coordenação municipal do PSF explicitou que os critérios e as prioridades de implantação das primeiras equipes naquelas áreas justificavam-se pela responsabilidade política e social de assegurar o acesso aos serviços básicos de saúde e reduzir as altas taxas de mortalidade infantil que incidiam naqueles bairros. Seguindo esses propósitos, essa mesma coordenação via no PSF a possibilidade de reorganizar a atenção básica, e mais ainda, o potencial de ajudar aquelas famílias a melhorarem sua saúde.

Apesar da adversidade que apresentavam naquele contexto, os membros das primeiras cinco equipes assumiram a responsabilidade de enfrentar os problemas, os quais foram sendo resolvidos com o passar dos anos, conforme afirmam outros profissionais que participaram dessa entrevista em grupo, sob a forma de análise do discurso do sujeito coletivo:

[...] eu acho que a escolha pela implantação do PSF nos bairros de Pedregal, Mutirão do Serrotão e Tambo, foi uma atitude acertada, uma vez que serviu de exemplo de que era possível mudar e mais ajudou a resgatar a esperança das pessoas que lá viviam, porque permitiu que elas tivessem acesso mais próximo da sua casa à saúde..., e permitiu também que perceberem a saúde não só como o estar fisicamente são, mas também com uma melhoria do seu ambiente.

Pode-se interpretar com isso que o PSF veio ajudar as famílias e comunidades a entenderem que ali naquela unidade básica de saúde, próxima ou bairro onde residem, podem ter acesso aos serviços de boa qualidade, prestados por profissionais capazes de ajudar a resolver seus problemas de saúde. E mais, que as equipes do PSF trabalham com a finalidade de promover a saúde em cada micro área a elas vinculadas, estimulando a participação nos processos organizativos das unidades básicas de saúde, visando a acolhimento e à humanização no cuidar da saúde das famílias.

E possível verificar nas falas dos profissionais participantes da entrevista coletiva que o PSF na cidade de Campina Grande ainda não se constitui em uma estratégia de re-organização da Atenção Básica, não só pela cobertura relativamente baixa, como pelos problemas enfrentados no sistema de referência e contra-referência, dificultando com isso a integralidade e a resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

Quanto à cobertura, o PSF atua hoje com 65 equipes e 384 Agentes Comunitários de Saúde, mais 16 equipes de saúde bucal, cuidando de 59,5%, nas periferias da cidade e na zona rural, verificando com isso a não entrada do PSF no conjunto do sistema, o que demonstra a fragilidade de referência e contra-referência, limitando com isso os objetivos do PSF de ser o primeiro nível organizativo da atenção à saúde.

Na avaliação feita pelo grupo, eles enfatizaram essa fragilidade, na medida em que iam apresentando as seguintes falas:

[...] a questão de referência... as equipes do PSF têm seus limites. E às vezes ele esbarra na questão de uma referência inexistente. [...] a partir do momento que todas essas equipes tivessem uma referência realmente estruturada, então efetivamente essa construção de reestruturação da atenção básica estaria sendo construída de uma forma mais clara e mais transparente.

O que se verificou é que o município tem dois modelos com duas portas de entrada: o PSF funcionando nos bairros periféricos da cidade e na zona rural, e os ambulatórios de outras unidades de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios especializados) operando nos demais pontos do município. Com essa situação o PSF ainda não se constitui efetivamente em uma estratégia para re-organizar a atenção básica, por vários motivos: os gestores locais mantêm dois modelos funcionando no município, não existe referência para as equipes, não há integralidade da atenção à saúde, as ações intersetoriais são voluntaristas, não são uma ação política. Estas questões limitam o potencial do PSF e ainda assim ele apresenta uma série de mudanças.

A lógica que explica essas mudanças encontra-se na forma com as equipes do PSF organizam suas unidades básicas de saúde. Elas têm o diagnóstico situacional de cada microárea trabalhada, por meio do sistema de informação da atenção básica, oriundo dos cadastros das famílias e das fichas de acompanhamento diários das famílias. Logo, as ações ofertadas têm por base essas informações. Durante os 12 anos de trabalho das equipes do PSF, na cidade de Campina Grande, as ações que passaram a ser ofertadas foram:

- a) Atenção à saúde da mulher;
- b) Atenção à saúde da criança;
- c) Atenção à saúde do idoso, com o controle de hipertensão e diabetes;
- d) Atenção à saúde mental;
- e) Atenção à saúde bucal.

As ações de vigilância e promoção da saúde são prioridades na agenda de trabalho das equipes do PSF.

Sobre a distinção entre as ações ofertadas e as mais utilizadas, eles informam que é a consulta médica, seguida das ações de puericultura, pré-natal e controle das doenças crônicas as mais utilizadas. Nessa questão o discurso dos respondentes reforça as afirmações anteriores, que deixa notório que as consultas médicas continuam sendo a mais utilizada pelas famílias vinculadas às equipes do PSF.

[...] as equipes encontram dificuldade em reverter a lógica da busca e utilização das consultas médicas, sobre o ponto de vista curativo, infelizmente essa ainda é a cultura enraizada [...] nossas ações educativas ficam em segundo plano, mas, continuaremos insistindo.

O que é central nessas últimas falas é a declaração do potencial que o PSF tem, ainda que atuando em condições adversas. Nessa direção os entrevistados apontaram uma série de mudanças na organização da atenção básica e na situação de saúde das famílias e comunidades. Na organização indicam com maiores mudanças a ajuda mútua das famílias e comunidades na organização da oferta e da demanda das ações de saúde, e o fortalecimento diário da vinculação entre eles e as equipes do PSF junto às Unidades Básicas de Saúde.

Na situação de saúde mencionam que o trabalho das equipes do PSF ajudou a mudar o quadro junto à população, sobretudo na questão da desnutrição e redução da mortalidade infantil. Estas são algumas de suas falas:

[...] eu não tenho mais nenhum desnutrido em minha área de atuação, os ACS, acompanham todos [...] questão da mortalidade infantil, há sete anos, eu só tive um óbito em menor de ano. [...] a queda na desnutrição na mortalidade infantil, são indicadores positivos da ação do PSF no município.

Os respondentes ressaltam ainda que o PSF obteve esses resultados porque ampliou o acesso aos serviços básicos de saúde, mas tem dificuldades em ampliar para os demais níveis do sistema. Em síntese eles expressam que o PSF contribuiu para a equidade, pois permite diagnosticar a comunidade e trabalhar suas reais necessidades, assim como possibilitou o acesso, permitindo a universalidade nas áreas por eles trabalhadas, além de mudar o foco do olhar, voltado para o cidadão, inserido em suas famílias e comunidades de maneira integral, alertando para a necessidade de se trabalhar não só com a doença, mas promovendo, prevenindo e cuidando da saúde.

E com isso explicam os entrevistados que desejam no futuro que o PSF seja expansão para 100% das famílias dependentes do SUS, que hoje representam na cidade de Campina Grande cerca de 70% do total da população, para que ele possa continuar contribuindo com a diminuição das desigualdades, tarefa que, nesse momento, apresenta-se, naquele município, ainda como uma intenção.

4.5 Quixadá (CE)

4.5.1 O município como ele é: Quixadá (CE)

Quixadá teve seu surgimento marcado pela colonização da área compreendida atualmente pelo município através da penetração do Rio Jaguaribe, seguindo seu afluente, o Rio Banabuiú e depois o Rio Sitiá, cujo objetivo principal era a conquista de terras para a pecuária de corte e leiteira. Com seu modelo tradicional colonizador, por estar em áreas próximas aos rios, a região de Quixadá foi habitada pelos índios Canindés e Genipapos, pertencentes ao grupo dos Tarariús, resistindo à invasão portuguesa no início do século XVII, mas pacificados em 1705, quando Manoel Gomes de Oliveira e André Moreira Barros ocuparam as terras quixadaenses.

Em 1641, Manoel da Silva Lima, alegando ter descoberto dois olhos d'água, obteve uma sesmaria; era o processo de compra na época. Essas terras, inicialmente de Carlos Azevedo, eram o Sítio Quixadá adquirido por compra em 1728 e vendido em 1747. Oito anos depois, José de Barros construiu casas de morada, capela e curral, lançando assim as bases da atual cidade de Quixadá, sendo considerado o legítimo fundador da cidade, localizada no sertão central cearense, a 154 km da capital do Estado, Fortaleza. A elevação do povoado à categoria de Vila ocorreu em 1870, mas sua elevação à categoria de Município aconteceu somente em agosto de 1889.

A população do município foi estimada em 75.720 habitantes para 2006 pelo IBGE, distribuída numa área de 2.020 km², destacando-se a taxa de alfabetização de 65,6%. Considerada de médio porte, a cidade possui uma taxa de crescimento populacional de -0,33% e um IDH de 0,673 de acordo com o PNUD/2000.

O índice de urbanização de Quixadá em 2000, pelo IBGE, era de 67,3%, garantindo 58,8% de rede geral de abastecimento de água, 37,5% de rede de esgoto e 51,2% de coleta de lixo em toda a cidade, cuja economia baseia-se, principalmente, no setor terciário (comércio e

serviços), responsável por mais de 70% do PIB municipal, e na pecuária, representada por bovinos, suínos e aves.

4.5.2 A saúde no município: preliminares históricas – Quixadá (CE)

Para atender aos seus habitantes, o município oferecia em 2006 uma rede hospitalar com 198 leitos, dos quais 38 eram destinados à clínica cirúrgica, 33 à obstétrica, 48 à médica, quatro para a psiquiátrica, 49 para a pediátrica e 26 de UTI. Em 2004, o município destinou R\$ 11.360.958,86 para o segmento saúde, e em 2006, a Atenção Básica teve 368.388 procedimentos aprovados, entre 198.006 Ações de Enfermagem, 86.090 Ações Médicas Básicas, 30.123 Ações Básicas em Odontologia, 50.215 Ações Executadas por outros profissionais de nível superior e 3.954 Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária.

Também em 2006, a cobertura do PACS é de 96,5% e do PSF de 86%, com 72.033 atendimentos realizados pelas equipes.

Até dezembro de 2006, o município oferecia à população uma Rede Ambulatorial com 54 estabelecimentos de saúde, sendo 14 Centros de Saúde/Unidades Básicas, seis Clínicas Especializadas/Ambulatórios de Especialidades, 20 Consultórios Isolados, dois Hospitais Gerais, dez Postos de Saúde, um Serviço de Apoio para Diagnose e Terapia e uma Unidade de Vigilância em Saúde.

4.5.3 O PSF no município: Quixadá (CE)

O PSF foi implantado no município de Quixadá como uma política estratégica para a organização da atenção básica à saúde. As primeiras equipes foram implantadas na zona rural, em janeiro de 1994 e todos os profissionais residiam nos distritos de saúde, locais de trabalho. Os critérios para priorizar a zona rural se deram, primeiro, em função da necessidade de assegurar o acesso a famílias e comunidades que residiam naquelas localidades, e segundo, para descentralizar o atendimento antes localizado no centro da cidade, além de proporcionar que as equipes tivessem maior contato e estabelecessem vínculo entre as Unidades Básicas de Saúde e as famílias nelas adscritas.

O município também foi motivado para implantar o PSF no desejo de mudar o modelo de atenção à saúde até então existente. E nessa direção o desenho original do PSF sofreu influências da experiência do médico de família cubano. O secretário municipal da época visitou por diversas vezes aquele país, e com ele manteve contatos com vistas ao apoio

técnico nos processos de capacitação das equipes locais. A presença de médicos cubanos em Quixadá confirma as identidades filosófica, ideológica e política com o método de organização dos serviços de saúde em Cuba.

Os sujeitos que participaram da entrevista coletiva preferiram expressar que as influências na implantação do PSF foram para além das relações irmãs com Cuba, segundo eles

“Nosso secretário à época era um militante da saúde pública e um sedutor dos profissionais que sonhavam com a ‘revolução’ na saúde... ele trouxe vários médicos, enfermeiros, todos loucos por mudanças, e partindo daqui foram solicitar apoio ao Ministério da Saúde, logo podemos dizer que a maior influência foi colocar os princípios do SUS em prática”.

A partir do exposto, pode se dizer que os objetivos do PSF em Quixadá foram definidos segundo os princípios orientadores do SUS, e, para colocá-los em prática, todas as equipes tinham em sua agenda a responsabilidade de trabalhar na prevenção de doenças, na promoção da saúde, sem esquecer de tratar e curar aqueles que já se encontravam doentes. Todavia seu foco de ação era a educação em saúde, como possível caminho às mudanças no estilo de vida e na forma como aquelas famílias e comunidades cuidavam de sua saúde.

As falas dos respondentes ilustram esses aspectos:

[...] eu acho que a base de tudo é a educação em saúde... E educação em saúde leva necessariamente à democratização na saúde... a educação em saúde possibilita a integralidade da equipe com a comunidade... aí é que se dá a educação em saúde, que se dá a promoção e a prevenção. Se não tiver integralidade, não tem nada.

Eles falam de uma educação em saúde agregadora de valores entre o saber popular e o científico. Esses, balizados pelas trocas de conhecimentos e saberes em uma convivência respeitosa, ‘amigável’ e recheada de compromissos.

Atualmente o município de Quixadá conta com 17 equipes completas do PSF, 135 Agentes Comunitários de Saúde e oito equipes de saúde bucal, atuando em 14 unidades sedes de PSF, que cuidam de 86% das famílias e comunidades a essas unidades vinculadas. E nelas passaram a ser ofertadas, a partir da implantação progressiva da equipes do PSF, as seguintes ações:

- a) Atenção à saúde da criança;
- b) Atenção à saúde da mulher;
- c) Atenção à saúde do idoso;
- d) Atenção à saúde dos jovens e adolescentes;

e) Vigilâncias aos agravos de maior risco.

Dentre as ações ofertadas pelas 14 Unidades Básicas de Saúde da Família, segundo os sujeitos respondentes, as mais utilizadas são o atendimento de vacinação, consultas de hipertensão e diabetes, consultas ao pré-natal, consultas à puericultura e atendimento odontológico. Eles afirmam:

[...] as consultas médicas são as mais utilizadas... [...] as consultas médicas em geral, em todos os sentidos, sempre levam vantagem em tudo.

As equipes que participaram da entrevista coletiva conseguem esclarecer e exemplificar quais as mudanças consideradas por eles mais importantes na organização e na situação de saúde da população nesses 12 anos de trabalho.

No processo de organização do PSF as mudanças substantivas são a carga horária de 40 horas para as equipes, a descentralização, a composição de uma equipe multidisciplinar, a territorialização e a vinculação. Além disso, há os investimentos que o município vem fazendo na contratação de profissionais médicos e enfermeiros, aquisição de veículos para transporte dos profissionais e reestruturação, reforma e ampliação das unidades, bem como equipamentos. É importante mencionar ainda que o sistema local de saúde funciona a partir da referência do PSF para os outros níveis de atenção, onde as equipes do PSF e dos outros níveis do sistema se relacionam através das interconsultas.

Na situação de saúde da população apontam que as equipes do PSF vêm contribuindo para a redução da mortalidade infantil de 69 por 1000 para 20 por 1000. Estima-se que o acesso é de 95% aos serviços básicos de saúde. Diminuíram os casos de desnutrição grave e houve aumento no número de consultas de pré-natal. Uma maneira mais enfática de tratar desse item foi levada adiante na fala dos respondentes:

[...] a maior mudança do PSF na situação de saúde da população é esse diálogo aberto e amigável que criamos com as famílias e comunidades, e com isso podemos mudar juntos nossas mentalidades, nossa forma de ver o que é ter saúde e como dela cuidar... essa de fato é para nós a maior mudança.

Ao esboçar os potenciais e limites do PSF no tocante à ampliação do acesso aos serviços de saúde, os sujeitos também demonstraram qual são seus entendimentos:

[...] o acesso foi ampliado para alguns grupos, por exemplo, mulher e criança, ainda é limitado para os homens e adolescentes, eles não costumam ir as unidades de saúde.

Afirmam que o PSF vem contribuindo para re-organizar a atenção básica em saúde, mas tal contribuição é relativa, devido aos limites impostos pela cultura da consulta médica e das

heranças do modelo biomédico. Segundo eles, a população ainda não valoriza a educação em saúde no sentido que a Secretaria Municipal de saúde vem investindo. Devido a esses limites, pensam que a efetividade do PSF ainda é incipiente, pois parte dos profissionais não têm formação adequada e ainda trabalham muito com consultas.

Nesse cenário, passados 13 anos de trabalho, concordam entre si que o PSF ampliou o acesso consideravelmente e possibilitou conhecer as carências para os outros níveis de atenção que neste momento são mais problemáticos e insuficientes para atender o princípio da integralidade. Com isso desejam que o número de equipes possa aumentar, para assegurar que 100% da população sejam cuidadas pelo PSF, dando continuidade às mudanças em curso e aumentando, portanto, a resolutividade e o fortalecimento, cada vez mais, da vinculação existente entre as equipes e famílias. Isto possibilita continuar o trabalho de diminuir as desigualdades na saúde, questão ainda pendente no presente.

4.6 Neópolis (SE)

4.6.1 O município como ele é: Neópolis (SE)

Localizado na região do Baixo São Francisco do estado de Sergipe, Neópolis foi fundado no século XVII com o nome Santo Antônio de Vila Nova. Nascido às margens do Rio São Francisco, Neópolis recebeu influência portuguesa e teve na religiosidade e na cultura popular duas fortes manifestações. Elevada a cidade em 1910, antes disso o local foi chamado também de Vila Nova Del Rei e ainda Vila Nova do Rio São Francisco, mas foi em 1940 que o município passou a chamar-se Neópolis.

Famosa por seu carnaval de rua, até os dias atuais a cidade promove desfiles de blocos conhecidos, como o Zé Pereira, puxados por bandinhas, atraindo foliões de todo o Brasil. Na praça principal também outra curiosidade, duas igrejas, uma de frente para a outra, simbolizando a tradição religiosa da cidade e seus 20.821 habitantes, distribuídos numa área de 249,9 km², com taxa de alfabetização de 64,6%. Distante apenas 121 km da capital do estado, Aracaju, Neópolis é uma cidade de pequeno porte, com taxa de crescimento populacional de 1,9%, cujo índice de urbanização chega a 56,5% e IDH em 0,621 conforme PNUD/2000. No quesito saneamento básico, a cidade possui 75,5% de rede de abastecimento de água, 54% de coleta de lixo e 81,4% de sua rede de esgoto atendendo a população.

Na economia, o destaque concentra-se no platô de Neópolis, projeto de fruticultura irrigada do Baixo São Francisco, que mudou o perfil social da região. Localizado a 92 quilômetros de

Aracaju, com 38 lotes, já está gerando mais de três mil empregos. O Projeto está com 30% da sua capacidade produtiva, em torno de 50 mil toneladas. Mas a meta é chegar a produzir em 2006 mais de 250 mil toneladas.

4.6.2 A saúde no município: preliminares históricas - Neópolis (SE)

Em 2006, Neópolis possuía 90,3% de sua população coberta com o PSF, ou seja, 18.095 pessoas eram atendidas pelas sete Unidades Básicas de Saúde que existem no município.

Dos 543.069 procedimentos de atenção básica aprovados pelo SUS em 2006, 473.118 foram ações de enfermagem, 36.330 ações médicas básicas, 15.978 ações básicas em odontologia, 16.643 ações executadas por outros profissionais de nível superior e mil procedimentos básicos em vigilância em saúde.

Em 2004, o orçamento do município destinava R\$ 1.872.199,14 para a saúde. Em 2006, 70 leitos eram oferecidos pela rede hospitalar, sendo 10 para a clínica cirúrgica, 11 para a obstétrica, 35 para a clínica médica e 14 para a pediátrica. A rede ambulatorial do município contava em dezembro de 2006 com um total de 10 unidades, sendo dois Postos de Saúde, sete Centros de Saúde e um Hospital Geral.

4.6.3 O PSF no município: Neópolis (SE)

O município de Neópolis já vinha tentando organizar os serviços básicos de saúde desde 1989, quando o Secretário Municipal de Saúde assumiu a Secretaria, almejando estruturá-la. Em 1994, o ex-secretário, na condição de Prefeito e apoiado pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde resolveu implantar o PSF.

As primeiras equipes do PSF foram criadas para atuar na zona rural no Povoado Betume. Os profissionais moravam na localidade, de acordo normas do Ministério da Saúde. Betume foi a área escolhida porque era um território muito problemático, um lugar no qual a Secretaria Municipal de Saúde tinha dificuldade de chegar e de assistir aquelas comunidades. Portanto, os critérios e prioridades adotados para a implantação das primeiras equipes foram de risco epidemiológico, social e de garantia de acesso àquela população que não dispunha de recursos de nenhuma natureza para procurar atendimento nas unidades de saúde do centro da cidade. Dessa forma, a necessidade que a população tinha de ser assistida em seu local de moradia, foi o que mais motivou a Secretaria Municipal de Saúde a implantar o PSF.

O movimento de municipalização que se encontrava em pleno vapor, à época, também motivou o gestor municipal a optar pelo PSF. Tem-se ainda quase como um desdobramento das discussões na época da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois isso visualizava a perspectiva de avançar, de mudar a saúde nos municípios. Para resumir as motivações que levaram o município a implantar o PSF, estava presente na entrevista coletiva o prefeito da época que declarou:

[...] eu mesmo fui uma pessoa que ao ser prefeito já tinha feito a residência em medicina preventiva e social, já tinha convivido com Sérgio Arouca, que nos relata as experiências exitosas de alguns países, com a Nicarágua e Cuba, esses movimentos foram motivações de certa forma para implantação do PSF.

E acrescentando afirmou:

[...] para mim foi uma coisa que, assim, motivou muito a gente a implantar. Você ter acesso direto aos recursos para contratar médicos, profissionais, enfim, isso era uma coisa, um discurso muito forte na época... porque o grande problema do município ainda hoje é a questão da falta de recurso para se trabalhar.

Concluem dizendo que o PSF veio junto com a municipalização da saúde e deu ao município a oportunidade de organizar e ter seu próprio serviço.

Outro aspecto que merece destaque nas falas dos presentes é a questão da finalidade do PSF. Para eles, a prevenção, promoção e a participação social devem ser pontos centrais da agenda de trabalho das equipes do PSF, uma vez que essas ações ampliam a possibilidade da própria comunidade ficar atenta para o significado de sua saúde, da forma que ela deve ser cuidada, com vistas à busca da autonomia desse cuidado.

Os sujeitos coletivos têm um destaque especial nas falas, quanto tratam da finalidade e dos objetivos do PSF, isso é, os respondentes consideram que dentre os mesmos o mais importante é o relacionamento das equipes com as famílias e as comunidades, porque assim ambos se conhecem e podem ajudar-se mutuamente na tarefa de cuidar da saúde de cada um individualmente e da coletividade.

A cidade de Neópolis encontra-se hoje com seis equipes, 48 Agentes Comunitários de Saúde; desses, 27 trabalham na zona urbana e 21 na zona rural. Contam ainda com três equipes de saúde bucal, cuidando de 90,3% da população (Estimativa IBGE 2006), nas sete unidades básicas de saúde da família (Unidade de Saúde Centro I, Unidades de Saúde Centro II, USF

Povoado Betume, USF Povoado Flor do Brejo, USF Povoado Mussuipe, USF Povoado Passagem e USF Povoado Pindoba).

Entre as ações de saúde que passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PSF, de modo geral, as citadas são (a) atenção à saúde da mulher, (b) atenção à saúde da criança, (c) atenção à saúde do idoso e (d) controle dos agravos de hipertensão, diabetes, hanseníase.

No que se refere às visitas domiciliares, com ações que passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PSF, eles têm um destaque:

[...] eu acho que é um ponto chave, as visitas domiciliares é um ponto muito forte, o profissional ir à casa das famílias faz uma diferença muito grande e isso realmente é uma coisa típica do PSF.

Dentre as ações ofertadas pelas unidades básicas de saúde da família, consideradas as mais utilizadas, eles referem muitas vezes a consulta médica e de enfermagem. Vêm no ambulatório um espaço para educar os indivíduos portadores de diabetes, hipertensão e outros agravos que merecem controle. Mas discordam entre si sobre o conceito de consulta médica. Uns afirmam ser o melhor momento para o processo de educação em saúde; outros, um espaço de reforço da prática médica assistencialista. Nesse caso, a maioria afirma:

[...] a gente vive num país de terceiro mundo, onde as pessoas adoecem, a maioria são pessoas doentes, doentes de toda a ordem. Então toda pessoa que está doente quer médico para atender ou enfermeiro, esse é a cultura deles... a gente não está num país de primeiro mundo onde as pessoas são sadias e a gente vai fazer palestras, e tratar de outros assuntos, aqui não, tem que atender o doente mesmo... por isso a consulta médica é a mais procurada e utilizada.

Quanto às mudanças provocadas pela presença das equipes do PSF na organização da atenção básica e na situação de saúde da população, citaram diferentes elementos. No caso da organização, os elementos mencionados foram a territorialização das famílias a serem trabalhadas por cada microáreas e a formação de grupos específicos para organizar as demandas. Apontam como frágeis as ações de planejamento e programação mensal das unidades locais com base nos dados do SIAB. Com muitas dificuldades as equipes se reúnem no final do mês e tentam organizar a unidade, mas não dispõem de tempo; as demandas do dia-a-dia ocupam toda a agenda. Esse é um dos itens em que houve pouca mudança.

No caso da situação de saúde da população, houve diminuição da mortalidade infantil, aumento da vacinação, sobretudo das crianças, aumento no controle dos hipertensos, diminuindo com isso o número de acidentes vasculares cerebrais, de infartos agudos do

miocárdio; houve também mais controle das pessoas portadoras de diabetes, o que vem diminuindo a quantidade de amputações. Houve, sobretudo, aumento na prática do aleitamento materno o que diminui a incidência das doenças diarréicas e finalmente verificase redução na mortalidade materna.

Esses resultados são conseqüências da ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas ainda há muitas dificuldades no acesso aos serviços da média e da alta complexidade. Esses não entendem a importância de dar retaguarda aos encaminhamentos das equipes do PSF. Várias foram as tentativas de estruturar um sistema de referência e contra-referência para o sistema municipal de saúde. Tem-se uma proposta, mas na prática sua operacionalização é muito difícil, levando o relacionamento entre as equipes para o campo da informalidade, da amizade.

Essas fragilidades sistêmicas comprometem a efetividade do PSF, reclamação constante dos Agentes Comunitários de Saúde, declara a Secretária Municipal de Saúde, que ao mesmo tempo reconhece as mudanças citadas pelas equipes e acrescenta:

[...] espero que o PSF volte aos seus antigos objetivos. Não se perca nas agonias da pressão da assistência, que os defeitos do modelo antigo não contaminem.

Somente assim, concordam todos que é possível seguir mudando rumo à ampliação efetiva do acesso a ações e serviços de saúde, diminuindo com isso as desigualdades em saúde ainda presentes nesse município.

4.7 Goiânia (GO)

4.7.1 O município como ele é: Goiânia (GO)

Goiânia foi criada nos anos 30 do século 20, durante o primeiro governo do presidente Getúlio Vargas, precisamente em 24 de outubro de 1933, quando foi lançada sua pedra fundamental, por Pedro Ludovico Teixeira, seu idealizador. Mas foi em 20 de novembro de 1935 sua inauguração.

Planejada para 50 mil habitantes, Goiânia, cujo nome teve origem num concurso promovido pelo semanário “O Social” do qual saiu vencedor o professor Alfredo de Castro, tem hoje uma população estimada em 1.220.412 habitantes, de acordo com as estimativas do IBGE para 2006, distribuídos numa área de 739 km² e com taxa de alfabetização de 92,6%.

A cidade está localizada no coração do país, o que favoreceu para que se tornasse um centro estratégico. Goiânia surgiu da necessidade de uma nova sede administrativa para o estado de Goiás, que apontava para os novos tempos de crescimento econômico e populacional apoiado na evolução da pecuária e no processo gradativo de industrialização. Hoje, como cidade de grande porte, sua taxa de crescimento anual da população chega a 1,6%, sendo seu índice de urbanização estimado em 99,3%. Em 2000, o IDH de Goiânia era de 0,832, segundo o PNUD.

A atual economia do município apóia-se, principalmente, no comércio, na prestação de serviços e na produção industrial, sobretudo a de alimentos, vestuários, móveis e mineração. Em se tratando de saneamento básico, em 2000, 86,6% da população possuía rede de abastecimento de água, enquanto 73,3% tinham acesso a redes de esgoto e 98,7% à coleta de lixo.

4.7.2 A saúde no município: preliminares históricas - Goiânia (GO)

Para atender sua população, o município disponibilizava em 2006 uma rede ambulatorial com um total de 1.472 estabelecimentos de saúde, sendo duas Centrais de Regulação de Serviços de Saúde, 91 Centros de Saúde, 229 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada, 748 Consultórios isolados, duas Cooperativas, cinco Farmácias, 59 Hospitais Especializados, 40 Hospitais Gerais, um Hospital Dia, 65 Policlínicas, quatro Prontos-socorros, 206 Serviços de Apoio para Diagnose e Terapia, três Unidades de Vigilância em Saúde, duas Unidades Mistas, três Unidades Móveis de Urgência e Emergência e 12 Unidades Móveis terrestres.

Em 2006, 35,5% da população era coberta pelo PSF, representando um número de 202.022 pessoas.

Dos procedimentos ambulatoriais aprovados pelo SUS no mesmo ano, os números totalizaram 2.512.592 procedimentos de Atenção Básica, sendo 599.864 ações de enfermagem, 1.294.097 ações médicas básicas, 466.272 ações básicas de odontologia, 138.588 ações executadas por outros profissionais de nível superior e 13.771 procedimentos básicos em vigilância sanitária.

Em 2004, a gestão municipal destinou R\$ 307.032.668,45 do orçamento público para a saúde de sua população, que em 2006, tinha à disposição 5.982 leitos na rede hospitalar, dos quais 2.048 eram destinados à clínica cirúrgica, 502 à clínica obstétrica, 1.273 à clínica médica, 1.040 à clínica psiquiátrica, um à fisiologia, 612 à pediátrica, 20 à reabilitação e 486 leitos para a UTI.

4.7.3 O PSF no município: Goiânia (GO)

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia implantou o PSF por decisão local, como uma política para a conversão de modelo assistencial e também para ofertar o acesso aos serviços com maior quantidade e com melhor qualidade. Antes da implantação foi feito um estudo dos indicadores de saúde de cada região de Goiânia estabelecendo assim áreas prioritárias para a seleção da equipes.

O processo de implantação do PSF foi orientado segundo os indicadores de saúde por região, definindo assim as áreas prioritárias. As unidades básicas de saúde da região noroeste foram as primeiras a terem as equipes do PSF funcionando. Essa era uma área com situações de risco social muito crítica, expressas na alta taxa de mortalidade infantil, na inexistência de infra-estrutura urbana e uma pobreza visível. A implantação continuou de forma progressiva, onde as equipes foram sendo formadas dos bairros mais afastados da periferia até o centro da cidade.

A população mobilizou-se para que o PSF chegasse em suas áreas de moradias; para tanto contaram com o apoio do conselho municipal de saúde, que sensibilizado ia indicando as áreas onde o PSF deveriam ser implantado.

As experiências que influenciaram em termos filosóficos e metodológicos para a implantação do PSF na cidade de Goiânia, segundo os respondentes da entrevista coletiva, foram o trabalho dos ACS que o estado de Goiás já tinha implantado no passado e os resultados alcançados na região Nordeste, sobretudo no estado do Ceará, com ações dessa natureza. Além disso, o Ministério da Saúde estava com a política de indução, para que os municípios pudessem adotar o PSF.

A Secretaria Municipal de Saúde também motivou-se com a possibilidade de com essa estratégia poder reorganizar a atenção básica, entendendo que o modelo antigo estava totalmente ultrapassado. Ele não estava resolvendo nada, precisava haver essa mudança e o caminho mais interessante, mais promissor, era o PSF. Em direção a esse foco, os respondentes afirmaram:

[...] o motivo principal foi a falha no sistema antigo... no sistema de saúde. Para a melhoria da atenção básica...o modelo antigo não estava funcionando bem. Experimentar um novo modelo para ver se traz alguma melhoria, acho que essa foi a principal motivação para implantar o PSF.

Portanto a finalidade do PSF para o município de Goiânia é organizar a atenção básica, sendo essa a porta de entrada para o sistema municipal de saúde, assegurando que todos possam ter

acesso integral a ações e serviços de saúde, o mais próximo possível de suas localidades de moradia, promovendo a saúde, prevenindo as doenças e controlando as enfermidades de maiores agravos e riscos.

O que é interessante frisar quanto à finalidade do PSF, expressa nas falas dos sujeitos coletivos, é que

[...] a finalidade maior do PSF é trazer as famílias e comunidades para participarem do trabalho conjunto com as equipes... tentando organizar e resolver, próximo de suas moradias os problemas de saúde-doença.

Outros ressaltam, novamente:

[...] evitando a transferência dessas famílias para serviços mais complexos, que afoga tanto o sistema... buscar uma tentativa de desafogar o sistema trazendo, procurando encontrar as soluções mais próximas das famílias.

Assim, é consensual que a finalidade principal é promover a saúde, não estar tratando só a doença, e sim cuidando das pessoas com uma visão holística, vendo-as no ambiente em que vivem, moram e trabalham.

Atualmente a cidade de Goiânia conta com 125 equipes, 672 Agentes Comunitários de Saúde, 23 equipes de saúde bucal, atuando em 44 unidades básicas de saúde da família, cuidando de 35,5% do total da população. Estas unidades a partir da implantação do PSF passaram a ofertar as seguintes ações de saúde: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde dos jovens e adolescentes, atenção à saúde do idoso e vigilância às doenças de maiores agravos.

Alguns respondentes destacam as ações de visita domiciliar e a educação em saúde, essa exercitada na formação de grupos específicos de diabéticos, hipertensos, gestantes. Essas duas são as novidades nas unidades básicas de saúde, logo atributo da presença do PSF.

Dentre as ações ofertadas por essas unidades, ressaltam que as mais utilizadas são as consultas médicas, e as consultas de enfermagem para o atendimento de crianças na puericultura e para as mulheres no pré-natal. Na análise dessa questão, eles afirmam:

[...] a consulta médica é a mais utilizada, mas isso não inibe nosso trabalho de educação em saúde... a gente faz, seja na unidade, seja no consultório, seja na visita, às vezes na rua, num evento, numa praça, a gente está sempre fazendo educação em saúde. Mas, devemos reconhecer que hoje ainda é o atendimento médico curativo.

Na análise do que mudou com a implantação do PSF nos processos de organização da atenção básica e na situação de saúde das famílias verifica-se que as falas dos sujeitos coletivos

circulam pelo aspecto da organização mencionada que todas as equipes do PSF trabalham com protocolos de referência (exames, consultas especializadas, internações). A contra-referência ainda é falha; as equipes dispõem de mecanismo sistematizado para o planejamento e programação local das unidades básicas de saúde, utilizam as informações do SIAB e realizam debates coletivos entre equipes e conselho municipal e local de saúde, e há programação e agendamento para as reuniões dos grupos de controle de agravos. Na situação de saúde das famílias, esclarecem que:

[...] é uma mudança muito grande o paciente da minha área de abrangência ele tem mais acesso ao atendimento odontológico do que antes... antes ele tinha que pegar uma fila, dormir na fila, virar a noite e agora o acesso é melhor.

Informam que o número de internações hospitalares diminuiu, aumentou a cobertura vacinal, melhorou a prevenção das doenças, diminuiu a desnutrição; a questão da conscientização é mais visível, produto dos processos de educação em saúde.

Essas mudanças devem ser atribuídas ao trabalho das equipes do PSF, durante esses 12 anos, ao tempo que se deve reconhecer que existem muitos limites para que de fato o PSF se constitua em uma estratégia potencial para diminuir as desigualdades em saúde. Sabe-se que ele amplia as ações no escopo da atenção básica, mas, quando olhamos os outros pontos do sistema, verifica-se que os desafios aumentam. Por outro lado, lembra o coordenador municipal do PSF, que esses limites não são fixos, podem se mover de acordo com a determinação das forças sociais existentes nas localidades e no conjunto do município. Nessa direção almeja ampliar e qualificar a cobertura do PSF como uma forma de continuar contribuindo para a diminuição das desigualdades na saúde.

4.8 Planaltina de Goiás (GO)

4.8.1 O município como ele é: Planaltina de Goiás (GO)

Com a mudança da capital federal do Rio de Janeiro para Goiás, parte do município goiano de Planaltina, que já existia há 100 anos, ficou fora do quadrilátero estabelecido para o Distrito Federal. Por essas e outras, a história de Planaltina de Goiás confunde-se com a história de Brasília, quando da instalação do Distrito Federal, em 1960. Na ocasião, a cidade perdeu parte de seu território, inclusive sua sede, e em consequência, uma nova cidade teve de ser

construída para servir de sede do município, que, por algum tempo foi conhecida como Brasilinha.

Localizado a cerca de 20 quilômetros da cidade-satélite do mesmo nome, o município de Planaltina de Goiás está situado no Leste goiano e recebeu o nome em 1967, como resultado de um plebiscito realizado junto à população.

O seu início apresentou inúmeras semelhanças com a própria construção da capital federal; entre elas, o desbravamento do cerrado capitaneado por um mineiro; os barracos de madeira que, a princípio, abrigaram os primeiros habitantes e os principais órgãos públicos municipais, além do planejamento de urbanização, com a área a ser ocupada previamente definida. Talvez seja esse um dos motivos que faça com que o município, de 98.492 habitantes distribuídos numa área de 2.539 km², conforme estimativa do IBGE para 2006, possua um índice de urbanização de 95,1%, sendo atribuído aos serviços de saneamento básico, 73,4% de abastecimento de água, 72,1% de coleta de lixo e 93,7% de rede de esgoto. O município possui um IDH de 0,723 segundo o PNUD/2000, com 4,9% de taxa de crescimento populacional e taxa de alfabetização de 79,3%. Sua economia tem como referências a agricultura de subsistência, serviços, administração pública e indústrias pequenas de transformação.

4.8.2 A saúde no município: preliminares históricas - Planaltina de Goiás (GO)

Em dezembro de 2006, Planaltina de Goiás contava com 28 estabelecimentos de saúde destinados à população, sendo 21 Centros de Saúde, dois Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada, dois Hospitais Gerais, um Posto de Saúde, um Pronto-socorro Geral e uma Unidade de Vigilância em Saúde.

No final de 2006, a produção ambulatorial aprovada pelo SUS no município chegou a 371.145 procedimentos de Atenção Básica. Somente para as Ações de Enfermagem foram dedicados 176.169 procedimentos; em seguida, 98.999 para as Ações Médicas Básicas, 71.627 Ações Básicas em Odontologia, 23.203 Ações executadas por outros profissionais de nível superior e 1.147 Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária. Também em 2006, os dados apontavam que 67.793 pessoas eram cobertas pelo PACS/PSF, representando 79,7%, da população.

Em 2004, dados do SIOPS apontavam que a gestão pública destinou R\$ 8.852.179,32 do orçamento para os serviços de saúde. Em 2006 a rede hospitalar oferecia à população 74 leitos, distribuídos entre a clínica cirúrgica, com 17 leitos, a clínica obstétrica, com 16 leitos,

18 leitos para a clínica médica, dois para a UTI, um para a fisiologia e 20 para a clínica pediátrica.

4.8.3 O PSF no município: Planaltina de Goiás (GO)

O município de Planaltina de Goiás optou pelo PSF por ser uma estratégia capaz de trazer melhoria ao nível de saúde das famílias. Sua implantação se deu inicialmente pelas periferias da cidade, como forma de ampliar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

As experiências que influenciaram a tomada de decisão da SMS pela implantação dessa estratégia foram o modelo de médico de família de Cuba e a indução do Ministério da Saúde em 1994. Os critérios para definir as prioridades no processo de implantação que se deu de forma gradativa foram a distância das unidades do centro para a periferia, as altas taxas de mortalidade materna e infantil e as situações de risco de dengue e cólera.

Nessa direção os respondentes apontam

[...] as equipes foram implantadas lá nas periferias pela distância que tinha... para as comunidades era difícil se deslocar de lá para o hospital, que ficava aqui no centro.

Nessa mesma direção, fica evidente que o PSF em Planaltina de Goiás tinha por finalidade ajudar a organizar a atenção básica, tendo na prevenção e promoção seus principais eixos de atuação. Portanto, cuidar das gestantes, das crianças, dos hipertensos, dos diabéticos, compunha o essencial da agenda de trabalho das equipes, conforme expressam os respondentes da entrevista coletiva:

[...] o PSF é uma estratégia que surgiu para prevenir as doenças, promover a saúde, para a gente estar mais próximo das famílias... o PSF foi criado para que a família, a pessoa, o cidadão tivesse um primeiro atendimento, perto de suas casas.

Com isso confirma que dos objetivos do PSF, o que considera mais importante é a ação social do médico, dentista, enfermeiro e dos Agentes Comunitários de Saúde, constituindo-se em uma equipe de trabalho, cujo propósito é organizar as ações básicas de saúde de forma mais acolhedora e humana.

O estágio atual de implantação do PSF em Planaltina de Goiás é de 79,7%, de cobertura populacional, onde 22 unidades básicas de saúde da família contam com 22 equipes, 122 Agentes Comunitários de Saúde equipes e 12 equipes de saúde bucal. Essas unidades estão distribuídas na zona urbana e rural da cidade. Nelas, após a implantação do PSF, passaram a

ser ofertadas as ações odontológicas, de saúde da criança, como incentivo ao aleitamento, à imunização, ao acompanhamento do crescimento, saúde da mulher, com as consultas do pré-natal para as gestantes, o controle da diabete, hipertensão, as DST/AIDS, o planejamento familiar, e principalmente as visitas domiciliares, consideradas um investimento das equipes do PSF.

Dentre as ações ofertadas pelas unidades básicas de saúde da família, as consideradas mais utilizadas, pelos respondentes foram consultas aos hipertensos, ao pré-natal, consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e as reuniões com os grupos de idosos.

Quanto às mudanças ocorridas nas unidades básicas de saúde da família, por força da organização da atenção básica e das mudanças na situação de saúde da população, algumas falas podem melhor explicitar o que o grupo pensa a esse respeito. Na organização:

[...] aqui aconteceram muitas mudanças, por exemplo, a qualidade melhorou muito do serviço. O fluxo para os hospitais diminuiu muito. O número de pessoas que são encaminhadas para o Distrito Federal foi diminuindo gradativamente. O Hospital não está tão sobrecarregado, os ambulatórios não estão tão sobrecarregados.

Seguem falando:

[...] a humanização no PSF é sinal de mudança... esse contato direto que a gente tem com as famílias, a confiança que elas passam a ter na gente... tudo isso fortalece a atenção básica à saúde... o PSF tem contribuído, sem dúvida.

Por outro lado apontam que o município ainda não dispõe de um sistema de referência e contra-referência que possa assegurar a continuidade da atenção à saúde das famílias de forma integral. As equipes não têm condições de planejar, nem programar suas ações, tendo por base o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, em função da grande demanda. Os resultados do trabalho das equipes não são divulgados, nem mesmo no Conselho Municipal de Saúde, e os Agentes Comunitários de Saúde continuam sendo cobrados para conseguir consultas com especialistas e remédios para as famílias e comunidades, situação que os coloca em indisposição nas suas áreas de trabalho, para falar o mínimo.

Depois da exposição quanto às mudanças na organização da atenção básica, sintetizaram que as mudanças na situação de saúde da população passavam pela melhoria nos indicadores de saúde, a exemplo da redução da mortalidade materna; controle de hipertensão arterial; redução da desnutrição; aumento na adesão ao pré-natal, aumento do acompanhamento das

crianças. Finalizaram dizendo que as equipes do PSF contribuem para melhorias da qualidade de vida da população, que passou a se preocupar com a prevenção e não só com a doença.

A Secretaria Municipal de Saúde relata que a efetividade do PSF ainda é muito relativa, pois depende de superarem as dificuldades estruturais e organizativas do sistema municipal de saúde. Por essa razão espera em um futuro próximo poder universalizar as ações do PSF, como forma de continuar ampliando o acesso aos serviços básicos de saúde e contribuir efetivamente com a diminuição das desigualdades na saúde, ainda tão presentes na cidade de Planaltina de Goiás.

4.9 Curitiba (PR)

4.9.1 O município como ele é: Curitiba (PR)

Entre as capitais pioneiras na implantação do PSF, Curitiba desponta com uma população de 1.788.560 habitantes, distribuídos numa área de 435 km² e com taxa de alfabetização de 94,2%. A cidade, localizada na região Sul do país, surgiu como Vilinha, o primeiro núcleo estabelecido por Eleodoro Ébano Pereira às margens do rio Atuba, onde hoje está a Praça Tiradentes. Em seguida, a Vilinha dava lugar a Vila Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, oficialmente fundada em 1693. Em 1842, a Vila ascendeu à categoria de cidade, com o nome de Curitiba, passando à capital do Estado a partir de 1853.

Cidade de grande porte, com 100% de índice de urbanização, IDH de 0,856 e 2% de taxa de crescimento populacional, a capital do Paraná é conhecida por sua gestão urbana, de meio ambiente e do transporte coletivo eficientes e premiados internacionalmente. Com seus atuais 51m² de área verde por habitante, Curitiba orgulha-se do surgimento desta preocupação com o meio ambiente ainda em 1721, com a visita à cidade do ouvidor Raphael Pires Pardiniho. Esquecida pelos governantes por muito tempo, a cidade tornou-se próspera com o movimento dos tropeiros, rumo a São Paulo e Minas Gerais, a partir de 1812. A eles são atribuídas algumas características culturais de sua população, como o uso do chimarrão, ponchos de lã e influência da imigração européia, após o fim da escravatura.

Ainda no quesito crescimento urbano, a população de Curitiba e região metropolitana consome aproximadamente 7,5 mil litros de água tratada por segundo. São 98,6% dos moradores beneficiados com o sistema de abastecimento de água, outros 75,7% com a rede de esgoto e 99,5% com a coleta de lixo. Na economia, o município reforça a indústria de transformação e beneficiamento, o comércio e a prestação de serviços.

4.9.2 A saúde no município: preliminares históricas - Curitiba (PR)

Em 2006, a saúde pública do município contava com 6.137 leitos na rede hospitalar. Para a clínica médica, eram destinados 1.383 leitos, 903 para a psiquiatria e outros 2.304 para a clínica cirúrgica. A clínica pediátrica possuía 398 leitos, enquanto a obstétrica, 510; eram ainda 630 leitos em UTI, quatro para a reabilitação e cinco para os casos de tisiologia.

Os orçamentos públicos em 2004 destinaram R\$ 419.675.177,63 com a saúde do município. Já em 2006, a população coberta pelo PACS/PSF chegava a 802.011 pessoas, ou melhor, 30,6% dos curitibanos, que tiveram aprovados pelo SUS 10.619.964 procedimentos de atenção básica, entre 5.922.720 Ações de Enfermagem, 2.652.591 Ações Médicas Básicas, 1.661.779 Ações Básicas em Odontologia, 358.354 Ações Executadas por outros profissionais de nível superior e 24.520 procedimentos Básicos em Vigilância em Saúde.

Até dezembro de 2006, Curitiba oferecia à população uma rede ambulatorial com um total de 3.922 estabelecimentos de saúde. Ela se distribui da seguinte forma: 111 Centros de Saúde, 467 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada, 2.714 Consultórios isolados, uma Farmácia, 27 Hospitais especializados, 30 Hospitais gerais, 17 Hospitais dia, 169 Policlínicas, um Posto de Saúde, sete Prontos-socorros, 355 Serviços de Apoio para Diagnose e Terapia, 12 Unidades de Vigilância em Saúde, seis Unidades Mistas, quatro Unidades Móveis de Urgência e Emergência e uma Unidade Móvel Terrestre e/ou Fluvial.

4.9.3 O PSF no município: Curitiba (PR)

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba adotou o PSF como uma política local sendo implantado no município em 1992, antes da iniciativa do Ministério da Saúde. Fez essa opção por acreditar no potencial da organização da atenção básica como forma de estruturar os demais níveis do sistema. A responsabilidade primeira foi intervir em populações com indicadores epidemiológicos desfavoráveis.

O município teve a preocupação de iniciar a implantação das equipes, com base no princípio da equidade; com isso foi chegando aos locais de maior risco social, localizados na periferia da cidade onde a necessidade era maior; todavia também almejou-se que houvesse unidades em todos os distritos sanitários.

O processo de implantação se deu anterior à proposta do Ministério da Saúde, com algumas iniciativas locais. Posteriormente com a indução dessa estratégia pelo MS, seu incentivo financeiro, o município foi ampliando progressivamente a cobertura do PSF. É importante

lembrar que desde 1992, com experiências isoladas na Unidade de Saúde de Pompéia, seguida da Unidade de Saúde São José, criou-se condições e maturidade técnico-gerencial para seguir das unidades básica de saúde da periferia da cidade para as do centro.

É importante registrar também que as idéias de trabalhar no território, com foco nas famílias, em uma prática de vigilância à saúde, onde as unidades básicas fossem extensão dos espaços comunitários, vêm se dando na cidade de Curitiba desde os anos 90. Segundo as falas dos respondentes na entrevista coletiva, essas idéias foram influenciadas pela vinda de vários técnicos do Canadá e pelo convívio junto às experiências do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, e do município de Niterói. Além dos movimentos sociais organizados, esses participavam ativamente dos debates e questionamentos acerca do modelo de atenção à saúde necessário para as famílias e comunidades curitibanas. Portanto, pode-se dizer que a implantação do PSF foi motivada pela necessidade de melhorar a qualidade de vida e saúde daquela população.

O município de Curitiba conta hoje com 146 equipes, 1.193 Agentes Comunitários de Saúde, 116 equipes de saúde bucal, atuando em 46 unidades básicas de saúde da família, cuidado de 30.6% da população. As ESF estão distribuídas na zona urbana (periferia da cidade) e na zona rural. Nessas unidades, as equipes ofertam as ações e serviços básicos de saúde, para todas as famílias residentes naqueles territórios. O foco de sua atenção é dirigido para as crianças, mulheres, idosos e indivíduos em situações de riscos, a exemplo de hipertensão, diabetes e hanseníase, além das ações de saúde bucal, mental e de reabilitação.

Nas menções dos sujeitos coletivos na entrevista, as ações mais utilizadas nas unidades básicas de saúde são as consultas médicas, de enfermagem e os atendimentos odontológicos. Outra ação referida várias vezes foi a educação em saúde desenvolvida no ambulatório, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupos específicos.

É importante mencionar que persistem ainda na cidade de Curitiba as dificuldades de ordem técnica (captação de médicos generalistas) e de ordem financeira, no que se refere ao custeio das equipes. Além disso, há ainda dificuldades em capacitar todas as equipes.

Reconhece-se que, ao longo da história da implantação do PSF, a Secretaria Municipal de Saúde vem investindo na formação do pessoal envolvido nessa estratégia. Os respondentes lembram e citam os investimentos no I Curso de Especialização, com cooperação da Universidade de Toronto - Canadá, da residência em Saúde da Família, com apoio da Universidade Federal do Paraná, da Universidade Católica – PUC (PR), da Faculdade Evangélica de Medicina e dos treinamentos introdutórios e capacitações pontuais desenvolvidas pela própria Secretaria Municipal de Saúde.

Mesmo com estes esforços, os entrevistados citam algumas limitações:

[...] inicialmente a falta de financiamento principalmente por termos iniciado o processo já na visão de equipe multiprofissional, onde a odontologia já estava inserida no processo desde o início, vem criando dificuldades no momento... a capacitação principalmente do profissional médico que passa a ter uma atuação como generalista, ainda é muito difícil, além do custeio, é claro.

Com o acentuando intercâmbio entre as unidades básicas de saúde e os demais níveis do sistema municipal, as equipes sentem-se à vontade para falar da central de marcação de consultas especializadas e do sistema de apoio ao diagnóstico e tratamento - SADT, como mecanismos de referência e contra-referência. Estas questões são tratadas nos espaços de discussões que ocorrem semanalmente nas unidades básicas, junto aos outros pontos do sistema para o planejamento e programações das atividades a serem desenvolvidas na área de abrangência.

Assim, apontam os principais resultados em relação ao trabalho das equipes do PSF desde a sua implantação:

[...] as equipes do PSF contribuem com o vínculo com a população da área de abrangência... com a redução das intercorrências graves... com o maior controle das patologias crônicas... com o maior acompanhamento dos programas da unidade de Saúde.

Confirmam, portanto a efetividade do PSF em relação à organização do serviço e sua articulação com as comunidades, na medida em que expressam:

[...] a efetividade do PSF se consolida pela atuação no locus familiar e pela utilização dos recursos comunitários, ampliando assim as ações intersetoriais.

No tocante à ampliação do acesso aos serviços de saúde, consideram que o atendimento das equipes do PSF melhorou o acesso aos serviços básicos de saúde. Mas esperam continuar ampliando a cobertura das equipes conforme a necessidade da população. Esperam ainda formar uma estrutura bem consolidada para a atenção básica, tendo por base a estratégia Saúde da Família, podendo chegar a uma cobertura de 50 a 60%, com grande investimento em qualidade. Essas são as condições futuras para que o PSF continue contribuindo para a diminuição das desigualdades na saúde.

4.10 Joinville (SC)

4.10.1 O município como ele é: Joinville (SC)

A imigração europeia marcou a colonização de grande parte das cidades do Sul do país. A Colônia Dona Francisca, depois denominada Joinville, é também uma das que sofreu forte influência alemã, suíça e norueguesa, nacionalidades dos primeiros imigrantes a chegarem na região em 1851. As terras foram ocupadas pelo grupo que acompanhava a Princesa Dona Francisca, filha de D. Pedro I, que havia passado o terreno como dote do casamento da filha com D. François Ferdinand Philippe, o Príncipe de Joinville, na França, que deu o nome à cidade como hoje é conhecida.

Situada a 180 km de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, Joinville tem uma taxa de crescimento anual da população de cerca de 2%, com estimativas de 496.050 habitantes distribuídos numa área de 1.131 km², e com taxa de alfabetização de 93,3%. Em 2000, o PNUD apontou seu IDH em 0,857. A taxa de urbanização do município encontra-se em 96,6%, beneficiando 99,2% da população com a coleta do lixo, 98% de abastecimento de água e 76,5% de rede de esgoto.

A economia do município destaca-se pela produção de 13,6% do PIB global do Estado, com perfil industrial formado por grandes conglomerados do setor metal-mecânico, químico, plástico, têxtil e de desenvolvimento de *software*, o que a transformou em pólo tecnológico da região.

4.10.2 A saúde no município: preliminares históricas - Joinville (SC)

No final de 2006, Joinville oferecia à sua população 917 leitos hospitalares, distribuídos entre as clínicas cirúrgica, com 229 leitos, obstétrica, com 99, clínica médica, com 329, 31 para a psiquiátrica, três para a fisiologia, 121 para a pediatria e 105 leitos de UTI. Dados do SIOPS apontam que em 2004, a saúde do município recebeu um investimento de R\$ 137.702.247,72. Em 2006, 233.357 habitantes do município catarinense foram beneficiados com o PACS/PSF, um número que representa 31,9% da população. No mesmo ano, o SUS aprovou 1.905.199 procedimentos de Atenção Básica, dos quais 1.127.130 foram destinados às ações de enfermagem, 398.277 para as ações médicas básicas, 274.521 ações básicas em odontologia, 99.231 de ações executadas por outros profissionais de nível superior e 6.040 procedimentos básicos em Vigilância em Saúde.

Até dezembro de 2006, o município oferecia uma rede ambulatorial com um total de 737 estabelecimentos de saúde, com cinco Centrais de Regulação de Serviços de Saúde, 63

centros de saúde, 142 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada, 459 consultórios isolados, dois hospitais especializados, cinco hospitais gerais, oito policlínicas, dois pronto-socorros, 43 serviços de apoio de diagnóstico e terapia, três unidades de vigilância em saúde, duas unidades móveis de urgência-emergência e três unidades móveis terrestres e/ou fluviais.

4.10.3 O PSF no município: Joinville (SC)

A SMS de Joinville adotou o PSF como uma política de base local, ainda que tenha sido induzida pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Todavia, tinha como propósito ampliar o acesso da população ao serviço de saúde mais qualificado e humanizado, de forma que pudesse atender com maior eficiência e qualidade o usuário do SUS. Informa, portanto, a coordenadora municipal, que o PSF foi assumido em Joinville como uma estratégia política para reorganizar a atenção básica.

O desenho do modelo de atenção à saúde daquela cidade foi influenciado, segundo os profissionais participantes do grupo focal, também pela experiência de Niterói, que seguiu o modelo cubano, segundo expressa as seguintes idéias centrais:

[...] na verdade, Joinville foi a Niterói procurar profissionais, procurar médicos que trabalhavam já no PMF, só que não adotamos o mesmo modelo, nossa organização segue as orientações do Ministério da Saúde... aqui temos muitos médicos que vieram de Niterói, isso é muito bom, porque eles já chegavam com outra mentalidade.

A implantação das equipes começou pela periferia da cidade, depois na zona rural. Os critérios para definir as prioridades no processo de organização das equipes foram as distâncias existentes nas periferias e na zona rural para chegar aos serviços localizados no centro e as áreas de maior risco epidemiológico e social (populações mais prejudicadas sócio-economicamente). A tentativa foi fazer o cinturão, aonde as equipes vinham da periferia para o centro da cidade.

O processo de implantação do PSF se deu inicialmente pela seleção interna dos profissionais da saúde e pela re-estruturação da rede física das unidades básicas de saúde, com a finalidade de modificar as práticas curativas predominantes na rede assistencial. Nessa direção apontam os respondentes:

[...] o PSF vem sendo conduzido aqui como um grande interventor social... eu acho que ele deixou de ser um grande interventor médico, vamos dizer assim, científico, e passou a ser um grande interventor social... o meu sonho

de consumo é ter na equipe do PSF o assistente social. Eu acho que não se pode falar em Saúde da Família sem o assistente social.

Deve ser mencionada ainda a ênfase dada aos objetivos do PSF que eles consideram mais importante:

- a) a territorialização e o mapeamento da área a ser trabalhada pelas equipes;
- b) a co-responsabilização e o vínculo com as famílias e comunidades adscritas;
- c) a promoção e mobilização para a participação dos indivíduos, sobretudo aqueles de riscos – controle de agravos, nas reuniões comunitárias;
- d) a organização da demanda, por agendamento.

Desse último item falam objetivamente:

[...] têm uma organização melhor no atendimento das famílias, porque antigamente existiam filas e filas de espera, e isso não acontece mais... está trabalhando com a demanda organizada a gente ganha tem para cuidar melhor de cada pessoa que cadastramentos ... a gente tem uma descrição de clientela, antes a gente não tinha, a porta era aberta.

O município de Joinville conta hoje em 36 Unidades básicas de saúde com 45 equipes, 545 Agentes Comunitários de Saúde, cuidando de 31,9% da população residente. No entanto, para chegar nesse estágio o município enfrentou dificuldade de ordem técnica, onde poucos eram os profissionais com perfil adequado, conhecedores do SUS e comprometidos com as responsabilidades do PSF. Teve dificuldades ainda de ordem política na troca de gestores que assumiram cargo de Secretário sem o conhecimento do SUS e dos princípios orientadores do PSF, além das dificuldades de ordem financeira: faltam recursos para custeio das equipes, para revitalizar a rede básica e para equipá-la, ainda que se reconheça que o município vem destinando recursos como contrapartida ao Projeto de Expansão e consolidação do Saúde da Família - PROESF, esses dirigidos a ampliação das unidades básicas e capacitação das equipes.

Por outro lado, o município dispõe de mecanismos de referência e contra-referência, viabilizado mediante um sistema informatizado de agendamento de consultas especializadas, o que facilita o trabalho das equipes do PSF, aumentando com isso a capacidade de resolver os problemas de maior complexidade e suas relações com os outros níveis do Sistema. Nesse ponto, ainda há fragilidade porque algumas ESF não dispõem de mecanismos sistemáticos para o planejamento e programação local das unidades básicas de saúde; poucas utilizam o SIAB como instrumento para organizar as ações e serviços de forma programada.

Não obstante, deve-se ressaltar que as ações de saúde ofertadas a partir da implantação do PSF, segundo os respondentes são (a) atenção à saúde da criança, (b) atenção à saúde da mulher, c) atenção à saúde do idoso e (d) vigilâncias aos agravos controlados, diabetes, hipertensão e hanseníase. Dentre as ações ofertadas pelas unidades básicas de Saúde da Família, as mais utilizadas são o programa de diabético e hipertenso, assistência ao pré-natal e as consultas médicas e de enfermagem dirigidas a crianças, mulheres e idosos.

Os informantes expressam que as mudanças que consideram mais importantes na organização da atenção básica são

[...] o acesso humanizado ... a questão do acolhimento... da nova educação, uma visão diferenciada ...uma coisa que é mudança e que eu acho importante é o vínculo que a gente consegue criar com a comunidade. O vínculo é muito forte de confiança, muito grande.

Quanto às mudanças que o PSF trouxe para situação de saúde da população, afirmam:

[...] um bom acompanhamento desses agravos, diabéticos, hipertensão, tuberculose, hanseníase...cobertura de 100% das gestantes... o PSF deu uma qualidade de vida muito grande, principalmente a quem não tem o acesso...Um acesso humanizado... Eu acho que quando você dá o acesso humanizado, isso acaba revertendo em prevenção e promoção da saúde.

Em síntese, pode-se dizer que a efetividade do PSF é expressa nos protocolos de acolhimento, planejamento local, assistência ao pré-natal e puerpério humanizado, hipertensão arterial, diabetes melitus, saúde bucal; visitas domiciliares dos ACS e participação comunitária nos Conselhos Locais de Saúde. Os informantes expressam:

[...] eu acho que a finalidade do PSF e da atenção primária de Saúde da Família é assim, oferecer acesso, porque isso mudou drasticamente, pelo menos, como funciona aqui a comunidade que eu atendo tem acesso franco, livre. Há vários níveis de resolução, e ela tem esse acesso. Então esse acesso mudou francamente.

Por fim, a coordenação municipal do PSF reconhece que essa estratégia vem contribuindo para ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde, mas os outros níveis do sistema deixam muito a desejar em função do número restrito de vagas. A relação oferta-demanda ainda é muito deficitária, sobretudo nas ações de média e alta complexidade.

Os informantes esperam para o futuro do PSF no município que ele possa se consolidar de fato como uma estratégia capaz de organizar o modelo de atenção à saúde. E com isso poder continuar contribuindo com a diminuição das desigualdades na saúde.

4.11 Criciúma (SC)

4.11.1 O município como ele é: Criciúma (SC)

Criciúma surgiu em 1926 e tem seu nome derivado de uma gramínea brasileira que se parece com um bambu, mas a fundação da cidade ocorreu no século XIX por italianos que instalaram a primeira mina de carvão do Sul do país. Com uma colonização de base católica, sua população passou por uma espécie de reforma protestante, a partir da década de 80 do século passado, quando houve um aumento considerável de protestantes do ramo pentecostal. Também considerada como cidade emigratória para os Estados Unidos e Itália, Criciúma tem se estabelecido no cenário nacional por suas greves gerais e por suas atividades carbonífera e de indústria ceramista.

Localizada na região Sul do Estado, Criciúma encontra-se a 202 km da capital, com uma população de 188.232 habitantes, distribuídos numa área de 236 km², com taxa de alfabetização de 92,6%. A taxa de crescimento anual de sua população é de 1,4%, e o IDH está previsto em 0,823 segundo o PNUD/2000, com índice de urbanização de 89,8%, garantindo um atendimento de 92,9% de abastecimento de água, 97,1% de coleta de lixo e 93,1% de rede de esgoto.

A economia baseada nos setores da indústria de plásticos e descartáveis plásticos, indústria química, metal-mecânica, confecção, cerâmica e extração mineral tem contribuído para que Criciúma obtenha destaque como cidade pólo. O mesmo se dá no setor de comércio, onde o município ganha força, ocupando 18% da mão-de-obra empregada diretamente no município, além de se tornar referencial de compras da região no setor de vestuário.

4.11.2 A saúde no município: preliminares históricas - Criciúma (SC)

Criciúma teve uma despesa total do setor saúde no ano de 2004 de R\$ 40.866.721,42. Em 2006 possuía uma rede hospitalar com 523 leitos disponíveis à população. Desse montante, a clínica psiquiátrica possuía 197 leitos, seguida da clínica médica com seus 121 leitos; à clínica cirúrgica eram reservados 113 leitos, 41 para a pediátrica, 24 para a obstétrica e 27 para a UTI.

Em 2006, o PACS/PSF tinha uma cobertura de 118.945 pessoas, representando 31,88% da população e os procedimentos de Atenção Básica aprovados pelo SUS também em 2005

chegaram a 1.225.163, sendo que 617.084 foram ações de enfermagem, 372.300 ações médicas básicas, 176.446 ações básicas em odontologia e 89.333 ações executadas por outros profissionais de nível superior.

Em dezembro de 2006, a rede ambulatorial possuía um total de 417 estabelecimentos de saúde, dos quais 40 centros de saúde, 90 ambulatórios de unidade hospitalar especializada, 256 consultórios isolados, três hospitais especializados, um hospital geral, nove postos de saúde, 17 serviços de apoio diagnose e terapia e uma unidade de vigilância em saúde.

4.11.3 O PSF no município: Criciúma/SC

O município de Criciúma adotou o PSF como uma indicação estadual e nacional, mas implantou-o como uma estratégia política municipal a ser utilizada na organização da atenção básica. Sua proposta de intervenção foi pautada pela vigilância à saúde, tendo na medicina preventiva, nos territórios comunitários e nas famílias seus focos de atuação. Segundo as idéias centrais dos informantes as práticas das equipes deveriam ser balizadas pelos compromissos com os princípios do SUS, entre eles o direito à saúde, a integralidade e a equidade, todos em busca da qualidade de saúde da população.

As experiências de Cuba, do Grupo Hospitalar Conceição, a indução do Ministério da Saúde e o apoio da Secretaria Estadual de Saúde foram influências fortes para que o município tomasse a decisão de implantar o PSF. Além dessas influências, o município motivou-se para implantar o PSF porque os processos organizativos da atenção básica precisavam ser revistos. O modelo de atenção à saúde do município estava sendo questionado por todos (profissionais, comunidades e gestor), por apresentar uma série de deficiências.

As 19 primeiras equipes foram implantadas no ano de 1994 nas áreas mais carentes, na preferiria, na zona rural. Seguem sendo estruturadas nas unidades básicas do centro da cidade. Essas equipes foram selecionadas para contribuir com a prevenção das doenças e a promoção da saúde, tendo na educação em saúde seu carro-chefe, segundo informam os profissionais que participaram da entrevista coletiva. Os elementos que eles destacaram foram:

[...] trabalhar com a prevenção em primeiro lugar... promover um atendimento digno, compreendendo o ser humano como um todo... o diferencial do PSF na rede pública, eu acho também é facilitar o acesso... tratar de questão das comunidades na equipe também é um diferencial das equipes do PSF [...]

Em síntese, afirmam os informantes que as equipes de saúde da família trabalham na prevenção com vistas a promover a qualidade de vida centrada nos indivíduos, famílias e comunidades em seus contextos social, cultural e econômico. Portanto, o objetivo mais importante do PSF é a prevenção da doença e a educação para a saúde.

O município de Criciúma conta nas suas 26 unidades básica de saúde, com 26 equipes, 545 Agentes Comunitários de Saúde, cuidando de 31,88% da população residente. Para implantação dessas equipes, houve dificuldades de ordem técnica (ausência de profissionais com perfil ideal) e de ordem financeira, já que os recursos provenientes dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde não cobriam as despesas de custeios e manutenção das equipes em funcionamento, segundo informa a coordenadora municipal.

Adiciona-se a essas dificuldades o fato de o município não dispor de sistema de referência e contra-referência, ainda que possua um protocolo da atenção básica. Mesmo assim, as equipe do PSF relacionam-se com os outros níveis do sistema procurando um bom entrosamento entre profissionais, no plano da informalidade e do apoio mútuo. Apesar dessas dificuldades as equipes do PSF planejam, programam e pactuam as ações das unidades básicas de saúde, utilizando as informações do SIAB, das agendas locais e dos mapas aéreos.

Para os respondentes, as ações de saúde que passaram a ser ofertadas a partir da implantação do PSF foram as de acompanhamento de grupos crônicos de diabéticos, controle de peso das crianças, grupo de gestantes e pré-natal. E dentre as ações ofertadas pelas unidades básicas de saúde da família, as mais utilizadas são as consultas médicas e de enfermagem dirigidas aos grupos específicos, tais como crianças mulheres, idosos e indivíduos em situação de riscos (controle de agravos). E acrescentam:

[...] era a saúde da criança e a saúde da mulher. Hoje é uma comunidade de saúde do idoso. Acho que varia muito de realidade para realidade.

Quanto às mudanças que consideram mais importantes na organização da atenção básica, citam:

[...] educação continuada... a organização dos grupos dedicados às mulheres, aos idosos, a programação semanal da coleta para os exames preventivos... a consulta programada do pré-natal, da vacinação, das visitas domiciliares com os ACS... nossas reuniões para discutir os dados do SIAB.

No tocante às mudanças que o PSF trouxe para situação de saúde da população, a coordenação municipal foi enfática ao destacar que o mesmo contribuiu para diminuir a mortalidade infantil e o número de crianças com baixo peso, além de aumentar a cobertura vacinal e o controle dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Essas mudanças são limitadas e os resultados, diante do tempo, deveriam ser outros, mais consistentes segundo expressam os respondentes. A seguir, são apresentadas as idéias centrais que ilustram a opinião acima:

[...] acho que não apresentado o resultado à altura dos objetivos do PSF, principalmente aquele de ser o reorganizador da atenção básica... Eu acho que a gente precisa voltar aos objetivos originários... os objetivos pelos quais o PSF foi criado... principalmente o trabalho preventivo... eu acho que está sendo descaracterizado, às vezes pela pressão da própria comunidade, às vezes por pressão dos nossos dirigentes.

Segue na mesma direção:

[...] o PSF não pode ser construído apenas de consulta imediatista... só colocando panos quentes... consulta, consulta, mais consulta e você não tem tempo, para mais nada... cadê a educação em saúde.

Alguns dos depoimentos entram no plano do desabafo de ordem pessoal:

[...] uma vida dedicada ao PSF, começou de uma forma tão bonita... e agora como a gente vê... assim, desgastado, sem ânimo... o meu medo é que isso acabe assim, o que deveria ser uma estratégia para viabilizar o SUS, para que o SUS se torne realmente efetivo...vire um grande pronto-socorro, nada mais ...eu tenho medo.

Com isso afirmam que o PSF amplia o acesso aos serviços básicos de saúde, uma vez que ele chega aos territórios onde nunca existiram serviços mas, ainda está muito distante de prover o acesso aos demais níveis do sistema e de superar as desigualdades na saúde.

4.12 Bragança (PA)

4.12.1 O município como ele é: Bragança (PA)

Em quase 380 anos de história, que teve seu começo no século XVII, mais precisamente em 1622, o município de Bragança traz uma herança européia muito forte, pois pertencia à Capitania do Gurupi, cuja área foi doada por Felipe III, da Espanha, a Gaspar de Souza, Governador Geral do Brasil.

Conhecido como “A pérola do Caeté”, o município de Bragança é banhado pelo rio Caeté. O município foi criado em 1753, com o nome de Urumajó, e elevado à cidade em 1854, tendo na Vila Sousa de Caeté seu primeiro povoado. De paisagem exuberante, com praias de águas claras e areia fina, o município, colonizado por portugueses, possui uma réplica do palácio de

Bragança, em Portugal, onde funciona a sede da prefeitura do município, o palacete Augusto Corrêa, visita obrigatória de quem passa pela cidade.

Outro prédio de grande visitação é a igreja de São Benedito, padroeiro da cidade, localizado às margens do rio. De construção jesuíta, desde 1798 é lá que acontece a maior festa religiosa do município, que faz quebrar o silêncio do local, povoado por 103.749 habitantes, distribuídos numa área de 2.090 km² e com 72,4% de taxa de alfabetização.

O índice de urbanização do município é de 60,3%, com 44% de abastecimento de água, 35,3% de lixo coletado e 59,6% de rede de esgotos. A taxa de crescimento anual da população é de -0,32% negativa. O IDH do município, conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano do PNUD/2000 é de 0,662, e sua economia baseia-se na pecuária, extração vegetal e agricultura.

4.12.2 A saúde no município: preliminares históricas - Bragança (PA)

Com um orçamento de R\$ 5.214.184,68 destinados à saúde em 2004, o município paraense de Bragança tinha em 2006 uma rede hospitalar com 458 leitos para atender a população, em seus 174 leitos da clínica médica, 90 para a pediatria, 78 para a cirúrgica, 99 para a clínica obstétrica e 17 para a UTI.

Em 2006, a cobertura do PACS alcançava 87.658 pessoas, um conjunto de 85,7% da população beneficiada; já as equipes do PSF cuidam de 23% da população. Em relação à Atenção Básica, em 2006 foram registrados 338.809 procedimentos aprovados pelo SUS em Bragança, sendo 203.347 ações de enfermagem, 95.244 ações médicas básicas, 20.459 ações básicas em odontologia, 18.740 ações executadas por outros profissionais de nível superior e 1.019 procedimentos básicos em vigilância sanitária.

Em dezembro de 2006, a rede ambulatorial possuía 36 unidades, entre 11 centros de saúde, três ambulatorios de unidade hospitalar especializada, cinco consultórios isolados, três hospitais gerais, 11 postos de saúde, dois serviços de apoio à diagnose e terapia e uma unidade de vigilância em saúde.

4.12.3 O PSF no município: Bragança (PA)

O Município de Bragança o adotou como política municipal para melhorar a qualidade de vida da população e para enfrentar o problema de difícil acesso aos serviços básicos de saúde, inicialmente junto a famílias e comunidades da periferia da cidade. Sua implantação foi

influenciada pela experiência do modelo de medicina de família de Cuba e pela indução financeira do Ministério da Saúde.

A coordenadora municipal justifica que os incentivos financeiros do Ministério da Saúde ajudaram à época, mas que atualmente esses recursos não são suficientes para bancar uma equipe. A Prefeitura entra com a contrapartida.

Em outras falas na mesma direção, os profissionais que participaram do grupo focal, partilham das idéias centrais de que

[...] os incentivos financeiros do Ministério da Saúde podem ter sido no início um atrativo, mas depois se tornaram algo dispendioso, o incentivo foi ficando defasado, apesar de que, não sei se está correto, mas o entendimento que esse incentivo não é para o pagamento dos funcionários da equipe do PSF, é para tentar manter a estrutura do PSF.

Percebe-se que os incentivos financeiros do Ministério da Saúde e a ida da Secretaria à época à Cuba, foram determinantes para motivar a Prefeitura a começar progressivamente a implantação das equipes do PSF. Essas iniciaram pela periferia, com duas equipes nos bairros da Vila Sinhá e Aldeia, seguidas da zona rural e dos demais pontos da cidade. Os critérios para definir as prioridades na implantação foram as distâncias entre os serviços e os locais de moradias das famílias e comunidades, pobreza, ausência de unidades básicas de saúde.

O processo de construção do PSF na cidade fez com que os técnicos nele envolvidos entendessem a finalidade de sua atuação. Por isso hoje são capazes de expressar:

[...] nossa principal função como PSF é fazer com que as famílias e as comunidades previnam as doenças e promovam sua saúde ... da população, não é tratar o doente em si, mas tentar prevenir, ... essa prevenção e fazer com que essa população desses bairros não corra para superlotar esses centros, outros setores da cidade, que já estão superlotados, essa assistência sendo no bairro, diretamente para a população daquele bairro fica muito mais fácil de se trabalhar.

Outras falas apontam:

[...] A base filosófica do PSF é a medicina preventiva, é esta que dá a solução e procura de uma maneira coletiva resolver os problemas não só de doença, mas, de cuidar da saúde do povo... é um movimento contrário que tem hoje a cultura hoje, uma cultural colonial, tradicional da figura do médico, dos remédios e da consulta.

Nessa direção afirmam que dentre os objetivos do PSF o que consideram mais importante é a educação em saúde, conforme justificam em suas falas:

[...] a gente consegue sensibilizar os nossos grupos de risco para adesão ao tratamento, como, por exemplo, um tuberculoso, um hanseniano, paciente com hipertensão e diabetes, grávidas que podem estar iniciando um pré-natal bem precocemente... a presença diária da equipe no campo, procurando fazer medicina preventiva, fazer educação.

A cidade de Bragança conta hoje com sete equipes do PSF, mais 208 ACS, três equipes de saúde bucal, cuidando de 23% da população residente. As equipes, à medida de sua inserção na rede básica de saúde, foram ofertando as ações de atenção à saúde da criança, da mulher, dos idosos, além da vigilância aos casos de hipertensão, diabetes, hanseníase, DST/AIDS. As visitas domiciliares, reuniões de grupos considerados em situação de agravos/riscos e as ‘palestras’ educativas por grupos específicos tomam o tempo na agenda de trabalho das equipes.

Dentre as ações ofertadas pelas unidades básicas de saúde da família, as mais utilizadas, segundo os respondentes, são as consultas médicas e de enfermagem, os atendimentos de odontologia, a busca por medicamentos.

No quesito mudanças provocadas pela implantação do PSF, em algumas falas mencionaram os pontos positivos e negativos. Na organização da atenção básica, acham como ponto positivo a descrição da clientela, a existência do SIAB, os investimentos que o município vem fazendo na construção de postos (prédio), equipamentos fixos e móveis e capacitação da equipe. E como pontos negativos apontam a rotatividade de profissionais de nível superior, a fragilidade no sistema de referência e contra-referência, ainda que o município disponha de formulários para a referência/contra-referência aos hospitais e outros serviços, a dificuldade que as equipes têm em planejarem e programarem suas atividades de forma descentralizada, uma vez que todo o planejamento das ações e serviços de saúde é feito no nível central.

Entende-se, a partir disso, que as mudanças no processo organizativo da atenção que os respondentes destacam, estão expressos nas seguintes falas:

[...] conhecer melhor as famílias, quem são, de onde vêm, quantos necessitam de cuidados, quem são diabéticos, hipertensos...você conhecer esses problemas... fazer o reconhecimento da área, levantar problema e aí sim vai traçar suas metas, junto com as famílias e comunidades, acho que foi a principal mudança na organização dos serviços.

Quanto às mudanças que o PSF trouxe para a situação de saúde da população, são expressas nas seguintes falas:

[...] em termos de diarreia também melhorou muito. Um sistema de água da qual foi o PSF que começou a bater em cima das autoridades para que melhorasse, oferecesse uma água mais potável.

Outros pontos são destacados:

[...] a coleta do lixo pelo Poder Público também vem melhorando justamente pela atuação do PSF... eu acho que melhorou bastante.

Apontam para a redução da mortalidade infantil e a diminuição na questão da violência, com tributo do trabalho das equipes do PSF. Portanto, reconhecem que essas mudanças só foram possíveis porque o acesso às ações básicas de saúde foi ampliado.

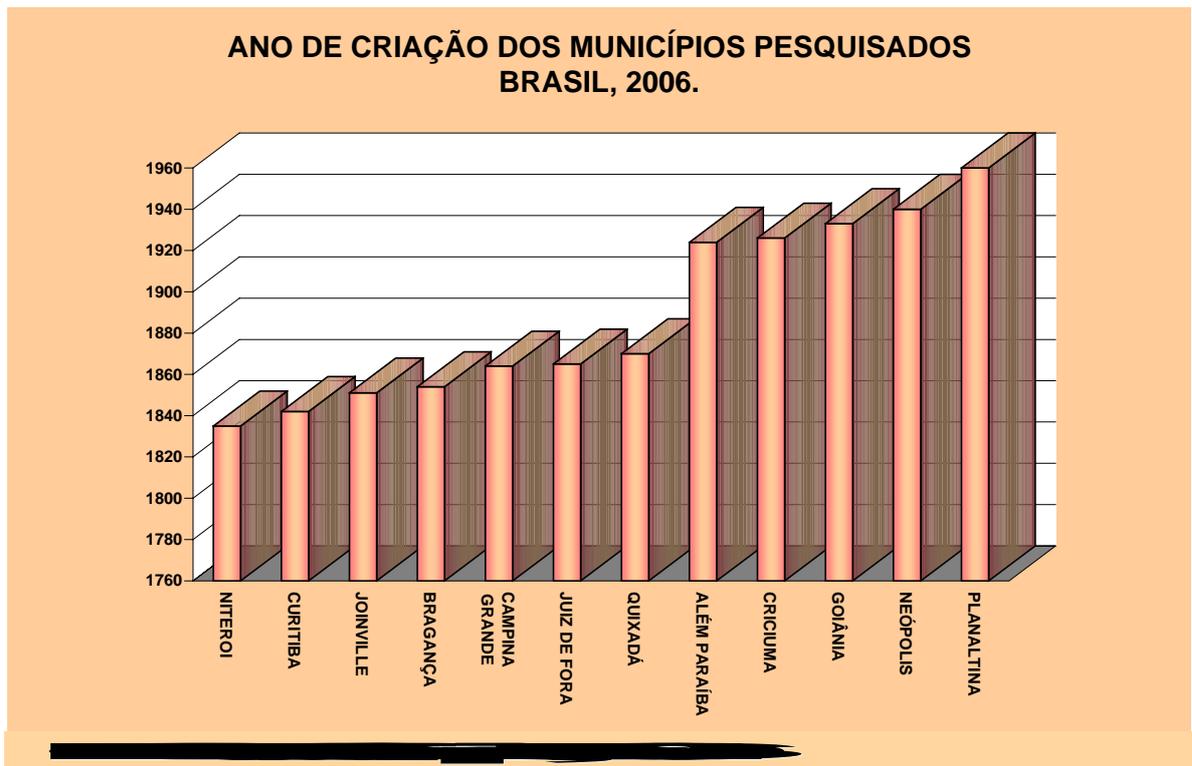
E ainda para a necessidade da consolidação do PSF no sistema local de saúde; sem isso, o potencial para contribuir com a redução das desigualdades que hoje dispõe o PSF pode ficar comprometido, dificultando cada vez mais essa possibilidade.

4.13 Os 12 municípios pioneiros: fios que conduzem as diferenças e similitudes

A descrição dos aspectos mais gerais dos municípios, aqui denominado o “município como ele é”, e configuração da rede de saúde, chamado de “a saúde no município: preliminares históricas”, além da identificação dos principais elementos do processo de implantação e funcionamento do Saúde da Família – “o PSF no município”, formam uma base contextual de dados para a leitura do nosso objeto de pesquisa. Esta entrelaçada com os discursos dos sujeitos coletivos constituindo assim uma espécie de síntese descritiva, analítica e interpretativa dos achados em cada município e em seu conjunto. Esses, portanto, constituem os fios que formam os pontos de diferenças e semelhanças entre os 12 municípios pesquisados, respeitando suas heterogeneidades quanto aos contextos políticos, sociais, econômicos, ideológicos, culturais e técnicos, e principalmente, quanto à forma própria de implantar e fazer funcionar o PSF.

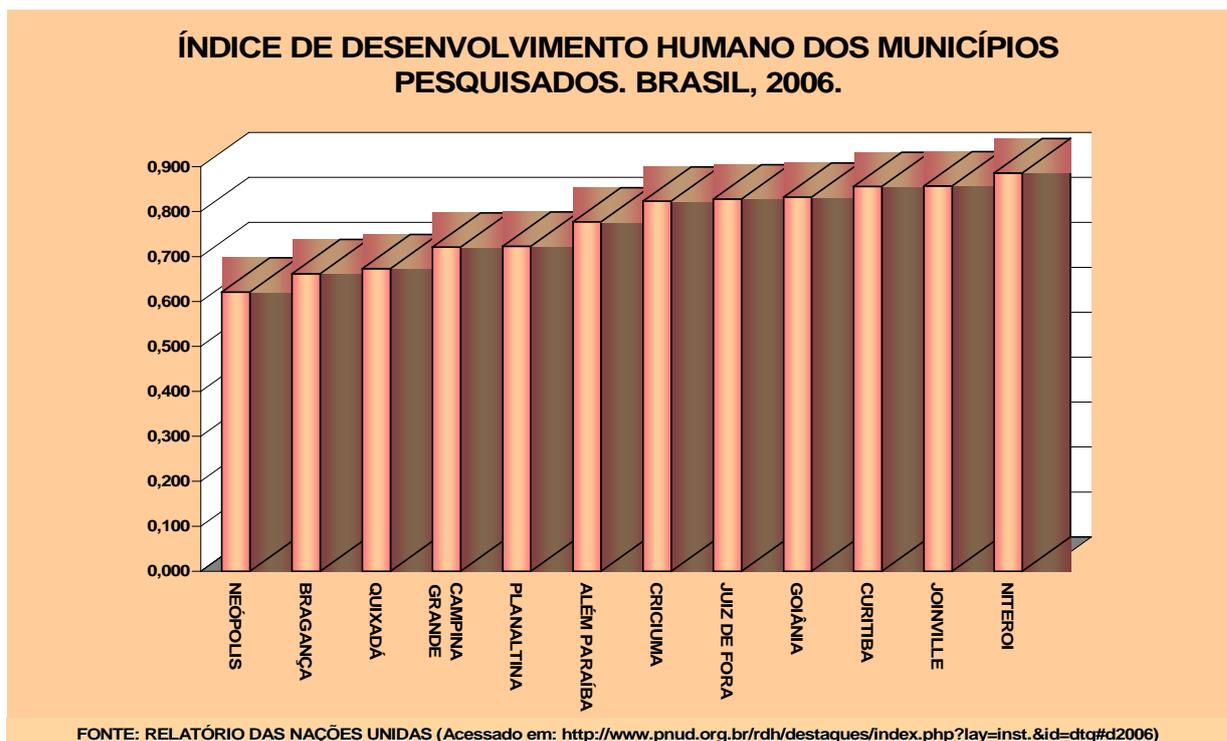
No tocante às características gerais dos 12 municípios estudados, observamos suas diferenças nas Figuras 1, 2 e 3, a partir da data de fundação de cada cidade (criadas nos séculos XVIII, XIX e XX).{...}

FIGURA 1



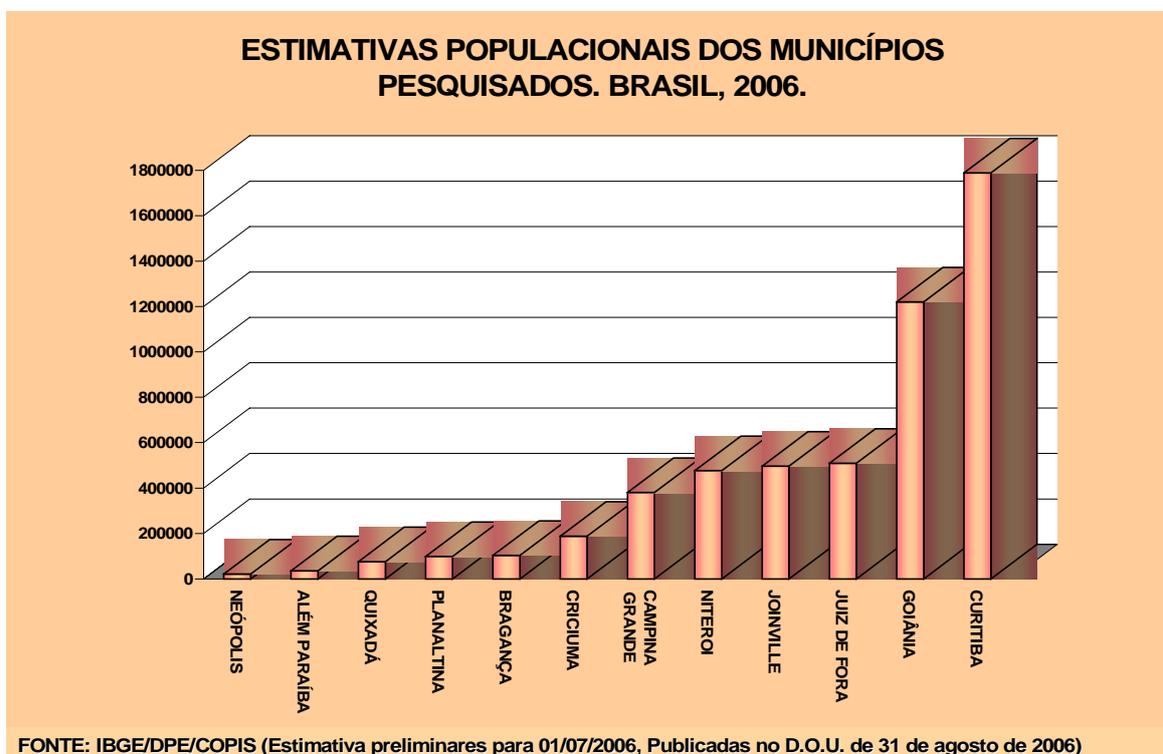
{...} pelo porte populacional (que varia de 20.821 a 1.788.560);

FIGURA 2



{...} bem como pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

FIGURA 3



Os municípios apresentaram também diferenças nas taxas de crescimento populacional, de alfabetização, de abastecimento da água, coleta de lixo e rede de esgoto (Vide APÊNDICE G). As diferenças são expressas entre os municípios das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, sendo que as condições sócio-sanitárias desses são inferiores em relação àqueles das regiões Sul e Sudeste, evidenciando as desigualdades existentes entre os 12 municípios dessas regiões.

Com efeito, a configuração das redes assistenciais de saúde em cada município, no que se refere à sua estruturação organizativa (atenção e gestão), expressa suas “fases”, demonstrando as diferenças existentes entre eles. E estas diferenças perpassam pela capacidade de investimentos na atenção básica/PSF, no que se refere aos limites na alocação de recursos, caso de seis municípios. As lacunas também são perceptíveis entre o discurso e a prática quanto ao desejo de priorizar as ações e serviços para este nível de atenção. As diferenças caminham também na direção da forma de organização da rede assistencial. Nessa matéria, metade dos municípios não dispõe de serviços de alta complexidade, comprometendo assim a integralidade e a continuidade da atenção.

No item que trata o PSF no município buscamos distinguir cada realidade, tentando encontrar as semelhança quanto aos processos de implantação e funcionamento dessa estratégia. Para Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

tanto focamos um conjunto de questões que já foram descritas e analisadas nesse capítulo, por meio dos discursos dos sujeitos coletivos. Todavia, para efeito de síntese, justifica-se retomar algumas delas:

- a) Expansão de cobertura populacional do PSF nos 12 municípios. A maioria deles apresenta o desejo de continuar expandindo as equipes do PSF, mas encontra dificuldades quanto ao financiamento (custeio das equipes) e a manutenção de uma rede universal, com base nos princípios organizativos dessa estratégia. Outros quatro municípios apresentam-se semelhantes na baixa potencialidade e interesse em continuar expandido as equipes do PSF com vista à cobertura de todas as áreas possíveis de atenção à saúde das famílias, o que demonstra a diferença de número de equipes e cobertura entre eles, conforme ilustram as Figuras 4 e 5 a seguir.

FIGURA 4

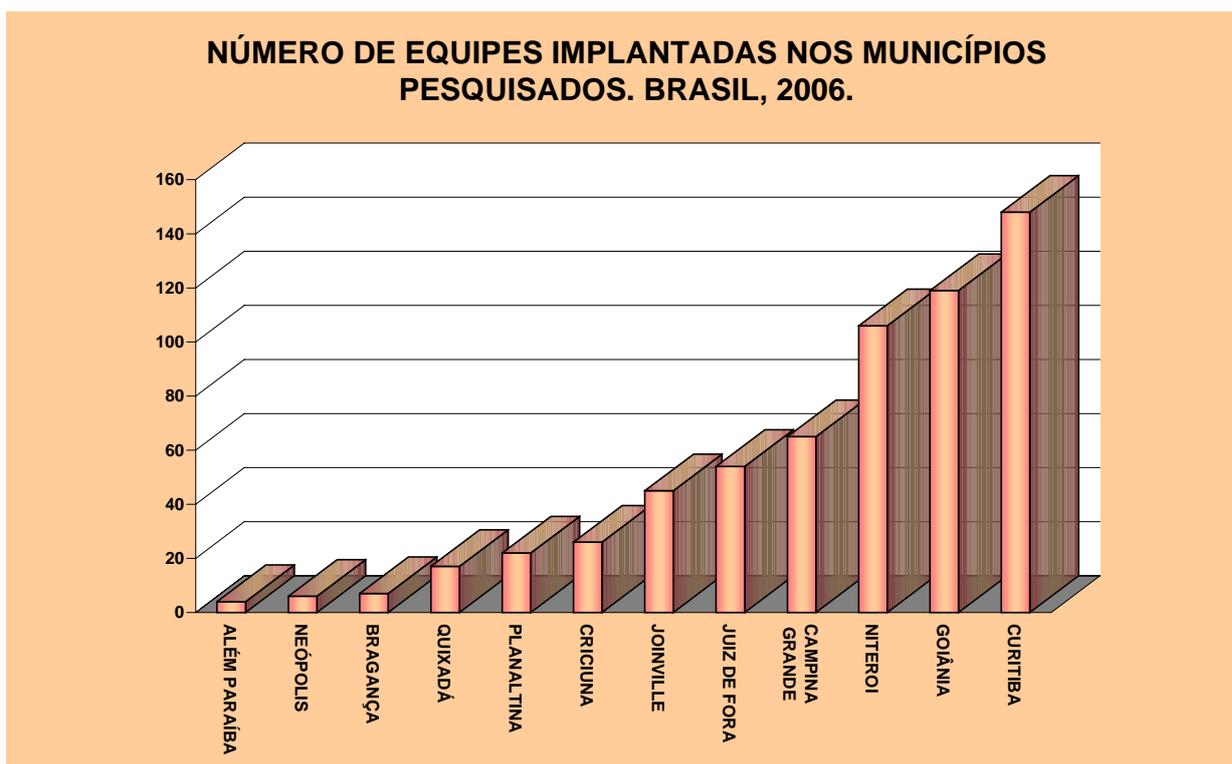
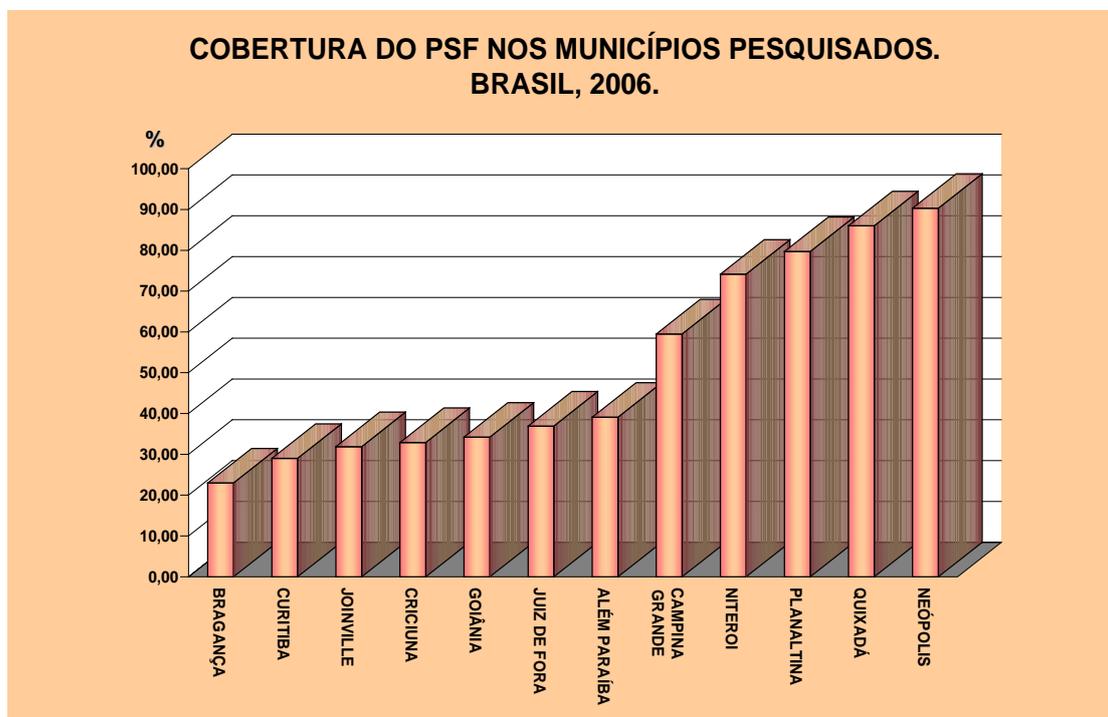


FIGURA 5



b) Qualificação nos processos de expansão das equipes. Em apenas quatro municípios verificou-se a intenção político-institucional e administrativa de continuar expandindo as equipes e junto com estas a qualificação nos processos de organização da atenção básica. Essa intencionalidade é verificada nos investimentos dos gestores e profissionais nas iniciativas de planejar e programar as ações e serviços das unidades básicas, assegurando a continuidade da atenção (referência e contra-referência); na educação permanente das equipes (formação, capacitação e qualificação técnica) e na tentativa de institucionalizar os processos de monitoramento e avaliação e das articulações com outras instâncias de governo rumo à combinação de agendas integradas (ações intersetoriais). Logo, poucos são os municípios que se aproximam entre si (semelhança) no que se refere a essas atitudes e práticas de governo (político-institucional e administrativo) em colocar a atenção básica/PSF com a primazia para a organização dos sistemas municipais de saúde. De qualquer modo, a pertinência dessa construção sintética está na possibilidade de explicitar que cada município em sua particularidade busca redefinir seus modos de organizar a atenção básica em seus territórios e tomam como estratégia o Programa Saúde da Família.

Por fim, ainda na dimensão semelhança, reunimos todas as respostas dadas às seguintes perguntas: o PSF, em uma década ampliou o acesso aos serviços básicos de saúde? Ele contribuiu para a superação das desigualdades na saúde? O que pensa o corpo técnico e dirigente da SMS sobre isto? Logo, as falas representam o pensamento do conjunto dos participantes dessa pesquisa nos 12 municípios pioneiros da implantação do PSF no Brasil. Tentou-se, na medida do possível, utilizar a maioria das expressões-chave de cada respondente; cada trecho foi considerado de suma importância para compor o discurso coletivo.

A seguir as falas dos gestores municipais – Secretários e coordenadores:

[...] penso que a implantação do PSF ampliou o acesso aos serviços básicos de saúde, aumentou a difusão das informações sobre a saúde e a promoção de saúde, mas as desigualdades ainda persistem, ainda que as equipes cuidem de parcelas significativas dos excluídos com atendimento mais humanizado, levando atendimento médico, de enfermagem e odontológico, assim como contato com várias políticas de saúde. [...] acesso às vezes fica restrito apenas à atenção básica, ficando os demais níveis do sistema deficitários, com isso as desigualdades continuam.

Acrescentam em seus discursos:

[...] O PSF contribuiu para ampliar o acesso à saúde da atenção primária, mas o gargalo da atenção e cuidados no nível secundário e terciário é perverso, não só para o usuário que dele necessita como também para os profissionais do nível primário que se sentem impotentes quando necessitam mas não conseguem encaminhar os usuários para os outros níveis de atenção, acrescido dos graves problemas sociais para os quais a saúde não tem resposta.

Em seus discursos expressam ainda em relação ao acesso:

[...] Ampliou o acesso consideravelmente e possibilitou conhecer as carências para os outros níveis de atenção que neste momento são mais problemáticos e insuficientes para atender o princípio da integralidade. Basta ver os serviços chegarem na zona rural, aqui mesmo na periferia da cidade e mesmo no centro. Ele reorganizou os serviços básicos de saúde, melhorando os indicadores de saúde. Contribui na superação da desigualdade por atuar em outros fatores que interferem no processo saúde-doença.

Informam ainda:

[...] O PSF vem superando as dificuldades mantendo ativos seus objetivos de promover a saúde a cada dia. Ele contribuiu para a equidade, pois permite diagnosticar a comunidade e trabalhar suas reais necessidades. Mas algumas desigualdades continuam, é muita gente para pouco recurso. Acho que está muito longe superar as desigualdades de fato.

As falas que seguem referem-se também à questão formulada aos gestores (Secretários e Coordenadores), nas vozes das equipes do PSF que atuam nos 12 municípios pesquisados. Assim, o discurso expressa o pensamento desse grupo que convive diariamente com os indivíduos, famílias e comunidades a eles vinculadas.

[...] Acho que nós ainda somos a base da pirâmide. Chega na gente, a demanda está grande, mas o usuário chega, ele está ali, o agente comunitário chega e o acesso aumenta. O acesso se ampliou de tal forma que hoje não dá conta. Acho que o acesso à atenção primária, ele é mais fácil para o usuário, a dificuldade mesmo é acessar os outros níveis do SUS. [...] Eu acho que para uma série de problemas, você não consegue o nível secundário. Quer marcar consulta com o secundário e o terciário, quaternário. O laboratório tem que fornecer mais números de exames. O setor secundário, ele vai ter que ter uma maneira para poder absorver melhor esses pacientes. Acho que o acesso no nível básico, com certeza ampliou, e isso facilita, racionaliza as ações e serviços do SUS diminuindo a procura por vários outros procedimentos, que eram muito procuradas, às vezes, sem necessidade. Acho que a gente vem provocando enormemente o sistema. Eu acho que existe uma provocação o tempo inteiro. Através do PSF, há garantia desse acesso aos serviços de saúde. [...] Com certeza o PSF facilita o acesso ao atendimento secundário ou terciário, e a gente conseguiu, mesmo que timidamente, melhorar isso. Ela amplia o acesso à atenção básica, mas diminui porque ela filtra pra atenção secundária e terciária. Porque a gente só vai encaminhar quando a atenção básica não resolve. Acho que seria assim: amplia e organiza, para a unidade básica, sim. Agora, para referência...Não amplia em função da referência, em função do número restrito de vagas, vamos dizer assim, a oferta e a procura. [...] O Programa de Saúde da Família, sanando aquela parte das necessidades básicas da prevenção, da promoção e com ela a gente pode estruturar melhor o acesso. Isso dificulta o acesso sistematizado, melhor atendimento para eles e a gente ainda precisa melhorar nessa questão do acesso. O acesso aos serviços mais especializados, de média e da alta

complexidade precisa ser melhorado. Amplia no atendimento básico à saúde. Quando a gente manda para frente, para a continuação fora do PSF, o negócio emperra. A gente amplia até certo ponto só que o paciente acaba muitas vezes voltando para trás sem resolver seu problema. Então aquela família que é atendida pelo PSF tem um acesso, diminuiu a dificuldade para poder marcar a consulta. Por isso amplia restringindo porque a gente está se referindo a um PSF que não é PSF, é um arremedo. [...] oPSF, se funcionar conforme suas normas e diretrizes ampliam, caso contrário, o acesso fica comprometido. O PSF é uma estratégia realmente para que as equipes possam contribuir na superação de desigualdades. Porque existe uma desigualdade entre a pessoa, a população de baixa renda que não tem acesso a outros serviços, somente ao SUS; e assim podemos ver a diferença desse acesso antes e depois do PSF. Essa desigualdade diminuiu bastante porque o médico, o enfermeiro e o dentista estão muito mais próximos deles do que anteriormente, promovendo mudança de indicadores de saúde.

As falas dos respondentes estão permeadas de idéias centrais que ao longo dos 13 anos de implantação e funcionamento do PSF são objeto de debates, pesquisas e proposições, entre as comunidades científicas, política e técnica, sobre a necessidade de enfrentar o problema das desigualdades e iniquidades no acesso às ações e serviços de saúde, como condição essencial de assegurar a universalidade do SUS, enquanto uma política de proteção social. Entretanto, no que se refere ao acesso aos serviços básicos de saúde, no sentido que traz esta tese, as falas expostas anteriormente, afirmam que o PSF vem contribuindo para a diminuição dessas iniquidades, mas, enfrentam uma série de desafios de ordem social, político, econômico institucional e cultural, materializados nas deficiências de coordenação/organização, gestão, financiamento, recursos humanos, estruturação das unidades básicas de saúde, e, sobretudo nas práticas médico assistencial, fortemente presentes no cotidiano do trabalho das equipes do PSF. Razões que vêm dificultando a superação da desigualdade no acesso aos serviços básicos de saúde e aos demais níveis do Sistema Único de Saúde.

5 SAÚDE DA FAMÍLIA E A OBJETIVAÇÃO DA REALIDADE

Esse capítulo é dedicado à apresentação dos resultados e discussões da pesquisa. O mesmo é expresso em quatro categorias analíticas, estruturadas segundo as dimensões política, técnica-financeira e simbólica (já mencionadas no Capítulo 3) à luz dos objetivos específicos da tese, a saber: as motivações para implantar o Saúde da Família; a expansão da cobertura do Saúde da Família; a governança institucional do Saúde da Família; e a percepção do acesso aos serviços básicos de saúde pelos usuários.

Para apresentar os resultados e as discussões dessa pesquisa, o texto foi elaborado em uma relação dialógica entre os discursos dos sujeitos coletivos, esses considerados a base empírica, e a literatura temática, essa considerada o aporte do referencial teórico para o aprofundamento das discussões, sintetizando, portanto, o diálogo entre esses dois mundos: a prática e a teoria. Segue, portanto, a análise das categorias.

5.1 As motivações para implantação da Saúde da Família

Quando perguntado aos sujeitos político-técnicos das três instâncias gestoras do SUS, incluindo os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família, nos 12 municípios pioneiros, sobre as motivações que os levaram a implantar essa estratégia, a análise das respostas proporcionou as seguintes idéias centrais: acesso aos serviços básicos de saúde, acesso às populações de baixa renda, organização da atenção básica, mudança do modelo assistencial, humanização do atendimento, decisão de governo de implantar o PSF, organização do SUS e reordenamento do sistema, serviços próximos da comunidade, melhoria do acesso aos serviços de saúde, incentivos financeiros do Ministério da Saúde, impacto nos indicadores de saúde.

Elegemos para apresentar como resultado e discutir aquelas idéias centrais de maior frequência em todos os níveis de governo (Nacional, Estadual e Municipal), foram elas: organização do SUS e reordenamento do sistema, mudança do modelo assistencial e organização da Atenção Básica.

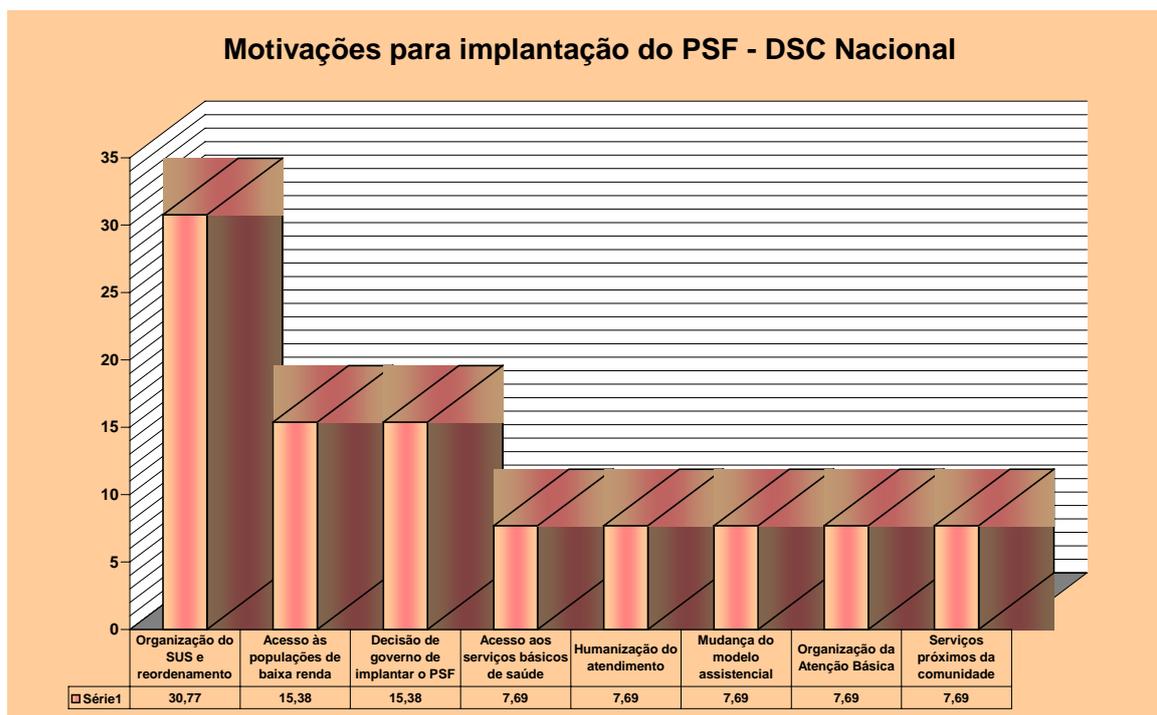
5.1.1 Organização do SUS e reordenamento do sistema

De modo geral as falas dos gestores nacionais (Presidentes, Ministros, Secretários da SAS e Coordenadores do PSF) apontam para a importância de destacar o PSF como uma estratégia

que não pode, de um lado, ser tratada de forma isolada, e, acima de tudo deslocada do enfoque social, humano, vinculatorio e de co-responsabilidade, aspecto que reivindica seus objetivos originários. De outro lado, não se pode esquecer sua tarefa institucional de ajudar nos processos organizativos do SUS e de reordenamento do sistema, como estratégia capaz de substituir o modelo vigente de atenção à saúde, contribuindo assim para redução das iniquidades no setor saúde.

Como se pode verificar em vários trechos do conjunto das falas desses sujeitos e na Figura 6: [...] *Eu via necessidade de criar acesso ao atendimento às populações de baixa renda. Dar acesso à população ao sistema de saúde. Acesso com qualidade à população para o sistema de saúde. [...] Considerava que o potencial que esta estratégia apresenta para reordenar a atenção básica, ampliando o acesso e qualificando a atenção neste nível era o saúde da família como forma de fortalecer o PACS. [...] A prioridade está na filosofia e nos princípios que o norteiam. Parte do Plano do Governo Federal como uma discussão em como gerar novas políticas públicas. A Atenção Básica pode organizar o SUS, representar a verdadeira porta de entrada do sistema, grande forma de mudar o modelo de assistência de saúde, além de contribuir para reordenar o acesso a outros níveis do sistema tendo a Saúde da Família como porta de entrada de utilização de um sistema de saúde que aproximava o médico da comunidade. Vejo no PSF a possibilidade de organizar o SUS e reordenar o sistema.* (Gestores Nacionais).

FIGURA 6



O fato do PSF representar a possibilidade de organizar o SUS e reordenar o sistema, na visão desses sujeitos, suscitou críticas desde os primeiros anos de implantação do PSF. Autores diversos criticavam essas formulações. Paim (2002a) manifestou-se quanto ao fato de as autoridades de saúde declararem que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS. Para ele isso indicava uma compreensão equivocada, posto que uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como a da população brasileira não se enquadraria em um único modelo, por mais “novo” que fosse.

No sentido da heterogeneidade e complexidade, todos estavam de acordo, incluindo o consenso em torno da crise estrutural que atravessava o setor saúde, sobretudo na década de 90, mencionada por Mendes (1996). Crise essa demonstrada pela fragilidade na eficiência e eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas, provocando um verdadeiro hiato entre direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos associados a esses direitos constitucionais. Portanto, a superação dessa crise estava condicionada à consolidação do SUS em geral e ao desenho de um novo modelo de atenção à saúde em particular.

Ainda no que se refere à crise do setor saúde, Levcovitz e Garrido (1996) são enfáticos quando dizem que num terreno de conflitos acirrados por discordâncias ideológicas,

profissionais e até mesmo éticas, em um ponto o consenso se estabelece, ao menos entre as pessoas de boa vontade: é preciso mudar nosso modelo de atenção à saúde.

Para Cordeiro (1996), as propostas para enfrentar estes dilemas estão vinculadas à compreensão da dinâmica das transformações das práticas de saúde no SUS e do entendimento das restrições ou limites impostos no seio do complexo médico-industrial a estes processos.

Por isso, a compreensão do PSF enquanto estratégia de reversão do modelo assistencial, no contexto da crise evidenciada, só era possível através da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Nessa lógica, Viana e Dal’Poz (1998) expressam que o PSF constitui-se em um instrumento de mudança do modelo assistencial, porque aponta as fragilidades e limitações do modelo tradicional. Acrescentamos que evidencia as relações sociais que detêm a hegemonia no desenvolvimento do complexo médico-empresarial, além de mostrar a persistência do arsenal de tecnologias reprodutoras da divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Em consonância com isso, compreendemos que não há dicotomia entre os discursos dos sujeitos político-técnicos (gestores nacionais) ao afirmarem ver no PSF a possibilidade de organização do SUS e reordenamento do sistema, uma vez que a construção do novo modelo assistencial é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS.

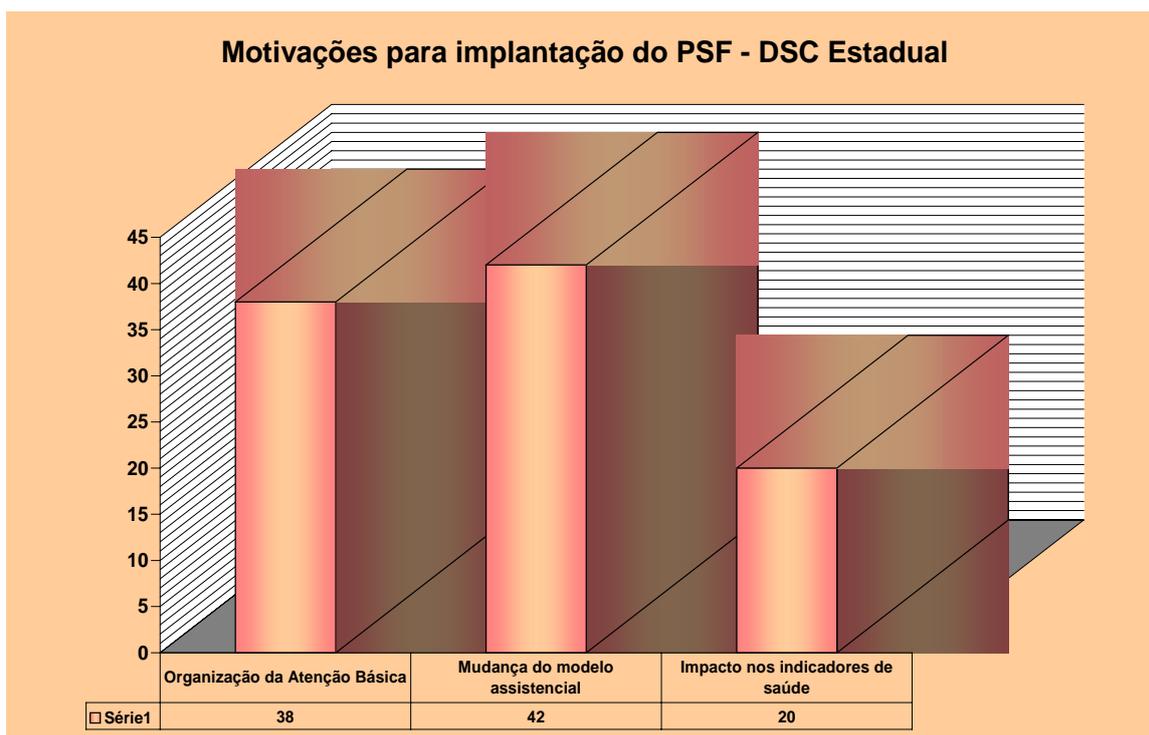
5.1.2 Mudança do modelo assistencial

Nos discursos dos Gestores Estaduais - Secretários de Estados da Saúde e Coordenadores Estaduais da Atenção Básica – PSF, quando indagados por que o Estado optou pela estratégia do Saúde da Família, eles apresentaram uma série de idéias centrais que foram ilustradas na Figura 7 abaixo e nos discursos que seguem:

[...] Adotamos o PSF como uma política estadual, setorial e estruturante da Atenção Básica surgida de uma Política Nacional. Tornou-se necessário adotar o PSF como forma de reorganizar a atenção básica no Estado pela dificuldade de acesso a fim de reorientar o modelo de atenção à saúde, ampliando acesso e qualidade dos serviços e melhorar a atenção básica. Contemplar o conceito de saúde de forma mais abrangente, não só como assistir doença/doente. Reverter o quadro desfavorável dos indicadores da atenção básica. [...] Mudar o modelo de atenção à saúde, ampliar

cobertura, acessibilidade aos serviços de saúde. Foi uma proposta com impacto positivo nos indicadores de saúde do Estado, com objetivos de reorganizar as ações de saúde, aprimorar a atenção primária em saúde, reorientar o modelo de atenção à saúde como uma estratégia de mudança. (Secretários de Estado da Saúde).

FIGURA 7



Alguns autores apontam o limite do PSF nas responsabilidades mencionadas pelos Gestores Estaduais, principalmente no que se refere à reorientação do modelo de atenção à saúde, esta como uma estratégia de mudança. Na opinião de Franco e Merhy (2004) o PSF é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor, mas não tem mecanismos efetivos para reverter a configuração do modelo médico hegemônico.

Ainda que não seja no mesmo sentido dos autores citados acima, mas na direção de apontar os limites e possibilidades do PSF, enquanto proposta de mudança do modelo assistencial, Aguiar (1998) nos alerta quando diz que a revisão do modelo estaria vinculada à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde. Este pode servir tanto às tendências simplificadoras como também às motivações de mudança para gerar resultados. Como estratégia de mudança, corre os riscos das racionalizações muito próximas da atenção primária seletiva, renovada nos termos do Banco Mundial.

Campos, Cherchiglia e Aguiar (2002, p.71) afirmam que a proposta do PSF, ainda que baseada nas idéias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde aceitas internacionalmente, é original e inédita em sua concepção. Não há registro de modelos como o brasileiro em outros países do mundo. Ao contrário da Medicina Familiar (modelo vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania), o Programa Saúde da Família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

Na análise da questão de ser o PSF uma estratégia de mudança do modelo assistencial, os últimos autores citados se aproximam mais dos discursos dos Gestores Estaduais de Saúde (Secretários de Estado da Saúde e Coordenadores Estaduais da Atenção Básica/PSF), verificando que o PSF enquanto estratégia para a construção de um novo modelo de atenção à saúde precisa ser diferenciada dos programas⁶⁰ tradicionais do Ministério da Saúde. Estes quase sempre se constituíram em ações paralelas, muitas vezes competindo com a lógica mais geral do setor saúde.

Os discursos dos autores e sujeitos pesquisados se aproximam ainda do que expressa o Ministério da Saúde nos documentos oficiais, quando afirma ser esta estratégia calcada nos princípios de territorialização, vinculação, integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque inter/multidisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade. Logo, um modelo que se direciona para a melhoria das condições de saúde, promovendo a integralidade, universalidade e equidade. Elege como objeto de atuação a família a partir do espaço em que vive, chamado de espaço-domicílio, que contempla fatos relativos ao processo saúde-doença como a renda, o saneamento, nutrição, habitação, hábitos e costumes, cultura, os conflitos e outros. (BRASIL, 1996).

Para tanto foram definidos, com a finalidade de orientar sua base operativa, os seguintes objetivos específicos:

- a) Possibilitar o acesso universal e em consonância com o princípio da equidade;
- b) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos⁶¹;

⁶⁰ Denomina-se Programa um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos. No caso dos programas especiais de saúde pública (Teixeira e Paim, 1990), geralmente dispõem de uma administração única e vertical, de modo que atravessam estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e fragmentada. Tem caráter mais permanente do que as campanhas e, quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema (centros de saúde, hospitais e laboratórios) pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde.

⁶¹ Integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (Portaria nº 648, de 28 de março de 2006).

- c) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita;
- d) Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- e) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados;
- f) Estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, Portaria n° 648, de 28 de março de 2006).

Para Teixeira (2003), com a reafirmação desses objetivos, o PSF deixa de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

Com essa condição o PSF entra no cenário nacional, após seis anos de constituição do SUS, e nesse contexto emergem as discussões em torno do modelo de atenção à saúde, ocupando um espaço de maior destaque, até então concedido para as questões relativas ao financiamento, à descentralização e à participação social.

Assim, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam os objetivos estratégicos do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras. Concordar com essas premissas não significa deter e ou invalidar as críticas, inquietações e manifestações do “jogo” político, ideológicos e éticos dos sujeitos envolvidos na construção histórica do PSF. Ao contrário, atitudes dessa natureza ajudam a estruturar a realidade social dessa estratégia.

Outros autores emitem esse juízo de valor, como o de Vasconcelos:

O futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização. Mas, sem dúvidas, ele representa uma primeira tentativa significativa de reformulação, em escala nacional do modelo de atenção primária à saúde. (1999, p.19).

Isso não significa que se esteja apontando para a exclusão das outras modalidades de organização dos sistemas municipais de saúde. Não se trata de reversão do modelo no sentido fundamentalista, de uma mera substituição, e sim de construir condições estruturantes para a mudança do modelo assistencial, em que esse poderá vir a ser hegemônico na forma de pensar e fazer saúde, tendo nos serviços e nas ações básicas de saúde seus eixos organizativos.

5.1.3 Organização da Atenção Básica

As falas que seguem são dos Gestores Municipais - Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores Municipais da Atenção Básica - PSF, incluindo os profissionais que compõem as equipes do PSF nos 12 municípios pioneiros, respondendo a pergunta por que o Município optou pela Estratégia do Saúde da Família. Suas idéias centrais foram expressas e se resumem nas seguintes citações:

[...] Acho que pode ter sido o recurso do Ministério da Saúde que facilitou o acesso da população mais carente, porque as áreas onde funciona, são periféricas ou rurais. A influência maior foi com a parte filosófica da coisa de visão de mudança, de melhoria. Foi uma tentativa de reorganização mesmo da saúde, além do incentivo financeiro, já que o modelo antigo estava totalmente ultrapassado, não estava resolvendo nada, precisava haver essa mudança, e o caminho mais interessante, mais promissor, que prometia mais, era o PSF. [...] Experimentando um novo modelo para ver se traz alguma melhoria, acho que essa foi a principal causa para a melhoria da atenção básica. Aconteceu para contribuir com a melhoria da saúde pública, não só do PSF, a questão da cólera, a questão da dengue. A gente não tinha uma atenção à saúde de qualidade para população. Então, a gente precisava desenvolver estratégias que pudessem ter. [...] No final da década 80, no início da década de 90, um processo muito rico no município de discussão. Tudo aponta para uma rediscussão, para uma outra proposta de modelo para dentro do município. Já vinha um processo de discussão muito grande na área de saúde, era um novo Governo, o Governo do PDT, o primeiro Governo do PDT. Então, eu acho que há um processo muito grande de mobilização de outras Secretarias de Governo, no entendimento que a gente tinha que enfrentar uma situação muito complicada dentro do município. [...] Eu acho que a principal é o acesso da comunidade, uma política para melhorar a atenção de saúde do Município, que era ruim. A forma de melhorar a atenção à saúde passava pela melhoria do modelo. Existia o interesse de melhorar a atenção de saúde do Município. Qual é a melhor forma de melhorar a atenção à saúde? Um grupo de pessoas resolveu implantar essa estratégia, se juntar e implantar a Saúde da Família para reduzir a mortalidade infantil. [...] A captação de recursos, para os municípios, é um incentivador. Uma tentativa de melhorar a saúde da população mesmo. Pois pelo que nos mostram, incentivo de PSF não dá

para bancar uma equipe. A Prefeitura entra com a contrapartida. [...] Acho que a iniciativa inicial pode ter sido um atrativo, mas depois se tornou algo dispendioso, foi defasando, apesar de que, não sei se está correto, mas o entendimento que esse incentivo não é para o pagamento dos funcionários da equipe do PSF, é para tentar manter a estrutura do PSF. Carência de atenção básica, carência de prevenção, aumento do número de internações. [...] O incentivo financeiro também influenciou bastante. Em minha opinião foi econômico, financeiro. Acho que existe um grande peso da valorização dos incentivos. Acho que está mudando, que o processo está mudando. Com o PSF e a municipalização a gente, o município passava a ter acesso direto aos recursos. Para mim foi uma coisa que motivou muito a gente a implantar. Você ter acesso direto aos recursos para contratar médicos, profissionais, enfim, isso era uma coisa, um discurso muito forte na época porque o grande problema do município ainda hoje é a questão da falta de recurso para se trabalhar. [...] Discutia-se na época a questão da Oitava Conferência, as pessoas tinham uma formação mais progressista, tinham essa perspectiva de avançar, essa experiência exitosa em alguns países, na Nicarágua, o Sérgio Arouca fazendo os trabalhos, direcionando os trabalhos de saúde pública, eu mesmo fui uma pessoa que ao ser prefeito já tinha feito a residência em medicina preventiva e social, uma motivação, de certa forma, para implantação o PSF, e ele poder organizar a atenção básica. (Equipes do PSF-GF).

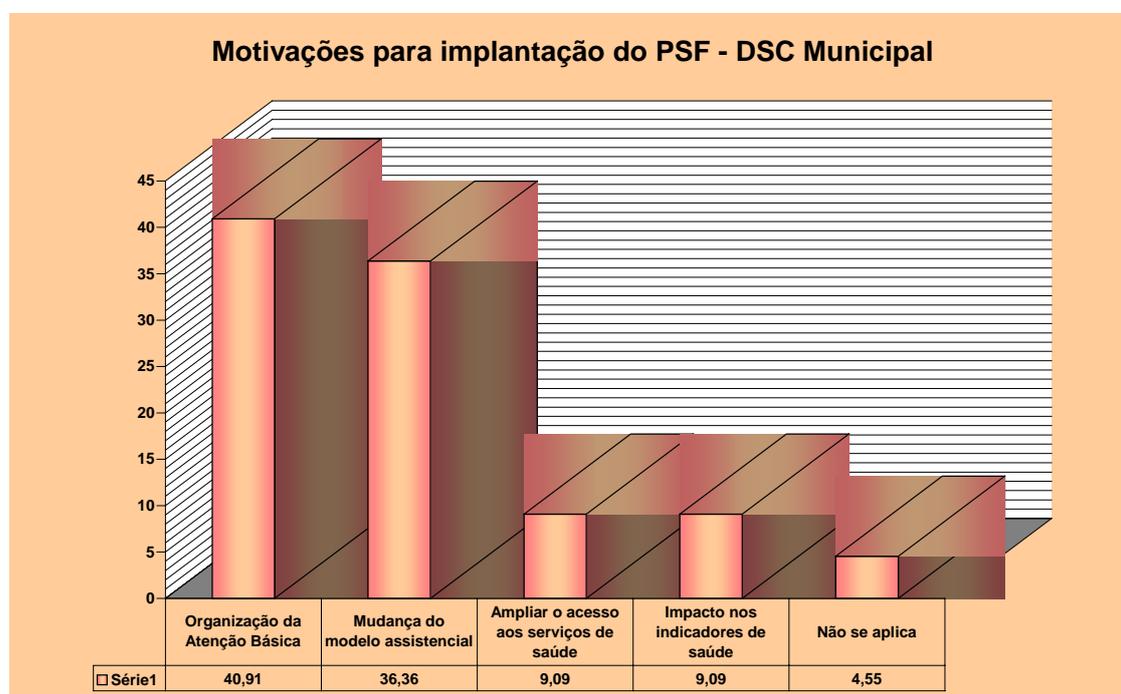
Nos fragmentos dos discursos dos profissionais que compõem as equipes do PSF, entre eles médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem verificou-se que os entrevistados compreendem de forma variada as motivações que levaram os gestores municipais a optarem pela implantação do PSF. Seus discursos evidenciam as diferenças de tempo, lugar e forma de inserção desses profissionais nos processos decisórios das políticas municipais de saúde. A idéia central de convergência de pensamento entre eles foi quanto à responsabilidade do PSF nos processos organizativos da Atenção Básica.

Nessa mesma direção apontavam os fragmentos dos discursos dos Coordenadores Municipais:

[...] O PSF foi adotado por uma indução nacional e também pela política municipal, a fim de dar melhor assistência à saúde da população menos favorecida e prontamente aderido pelo nosso município. Neópolis já vinha tentando organizar os serviços básicos de saúde, desde 1989... Segundo contam os mais antigos, à época, em 1994, ... com a indução do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde implantou o PSF. A Secretaria

Municipal de Saúde implantou o PSF por decisão local para conversão do modelo assistencial. [...] Em Goiânia, a Secretaria Municipal também adotou o PSF como política municipal de saúde. O mesmo se deu em Curitiba, em 1992, antes da implantação nacional. O município adotou o PSF como Política Municipal na melhoria da qualidade de vida da população. Em 1995/1996 o PSF iniciou como uma política municipal de inversão do modelo assistencial que substituiria de forma gradual e contínua a APS 'tradicional'. [...] De 1997 a 1998 o PSF esteve 'abandonado à própria sorte' culminando com seu descredenciamento pelo Ministério da Saúde em 1999. Em fevereiro do ano 2000, na III Conferência Municipal de Saúde, o PSF foi aprovado como uma política local 'o eixo de estruturação do modelo assistencial'. A SMS de Quixadá definiu a atenção primária como prioridade e o PSF como estratégia de organização, portanto uma política municipal proposta, que tomou formatação em Quixadá no ano de 1994. (Coordenadores Municipais da Atenção Básica/PSF).

FIGURA 8



Nos depoimentos dos Coordenadores Municipais estão expressos com maior clareza os motivos que levaram os Gestores Municipais de Saúde a implantarem o PSF. Isso significa que suas falas se aproximam mais do que dizem os próprios Secretários Municipais de Saúde, o que demonstra uma melhor compreensão dos objetivos e ações estratégicos do PSF, por

parte dos Coordenadores, nos Sistemas Locais de Saúde, conforme demonstra a Figura 8 acima.

Os Secretários Municipais de Saúde relatam:

[...] Adotei a estratégia para cumprir os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, propostos pelo SUS, e responder de forma mais eficaz aquilo que diz respeito à promoção, prevenção e educação em saúde. O município optou pelo PSF por acreditar que a estratégia pode melhorar a atenção básica. Para atender com maior eficiência e qualidade o usuário SUS. Na tentativa de reorganizar o sistema local de saúde e porque é uma estratégia a ser utilizada de vigilância em saúde, para lidar e tratar da saúde de seus habitantes. [...] Para melhorar qualidade no atendimento da população, como estratégia estruturante do SUS, com oferta de ações e serviços de saúde que incorporam atenção médica tradicional à lógica efetiva de promoção de saúde, de forma orgânica e não isolada. Por acreditar ainda nas mudanças benéficas (impacto) trazidas por ela, educando a população e permitindo melhores condições de saúde, remodelando os serviços de saúde. Por ser uma estratégia de abordagem familiar e poder intervir na situação de saúde das populações com indicadores epidemiológicos desfavoráveis. [...] Capaz de trazer melhoria do nível de saúde das famílias e comunidades, para ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde à população, mais qualificado e humanizado. [...] O PSF foi adotado para enfrentar o problema de difícil acesso aos serviços básicos de saúde para um grande número de localidades na zona rural, capaz de multiplicar a assistência médica às comunidades, e principalmente para dar uma nova cara na organização dos serviços primários de saúde”.
(Secretários Municipais de Saúde).

Os discursos dos Gestores Municipais - Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores Municipais da Atenção Básica - PSF, incluindo os profissionais que compõem as equipes do PSF nos 12 municípios pioneiros, não apresentam discordâncias na essência dos motivos que os levaram a implantar o PSF. Todavia há descompassos expressos em vários trechos do conjunto dos seus discursos, no que se refere à compreensão do que é Atenção Básica ou Primária e quais são suas competências neste nível de atenção.

Entendemos que os termos designados para a atenção primária e básica são muitas vezes empregados pelos discursos institucional/oficial e são usados pelos gestores e pesquisadores “quase” como sinônimos. Podemos ilustrar esta assertiva com o subtítulo do I Seminário para

Construção de Consensos do CONASS, realizado no Estado de Sergipe em julho de 2006: “fortalecimento da atenção primária nas Secretarias Estaduais de Saúde”.

Outros argumentos para expressarem que o termo atenção básica é uma formulação tipicamente brasileira, e que o PSF se constituem em uma estratégia essencial para a reorganização desse nível do sistema e para mudança do modelo de atenção á saúde, encontram-se descritos no capítulo 1.

Nesta direção, após quatro anos de implantação do PSF, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação da Atenção Básica, impulsionou o debate, com a responsabilidade técnica-política de pactuar entre as três instâncias de governos (gestores do SUS) suas competências neste nível de atenção. Esta iniciativa resulta na publicação da Portaria N° 3.925 (BRASIL, 1998). Assim, no ano seguinte, o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde foi lançado como resultado de um pacto tripartite firmando com isto o conceito da atenção básica, definido como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Passados oito anos e considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS), onde reafirma o conceito da atenção básica e explicita que a mesma deve ser 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. E, ainda, que se devem utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, de forma a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Isto posto, pode-se re-afirmar que o conceito de Atenção Primária e ou Atenção Básica, termos com variações de utilização no Brasil e em outros países, convergem para a mesma raiz, ou seja, comungam dos mesmos valores e princípios, se diferenciando em suas características organizativas reveladas nas especificidades sócio-cultural e política de cada nação e são pautadas pelas relações que se estabelecem entre Estado e Sociedade em cada contexto.

Ressalta-se que os discursos dos sujeitos coletivos analisados detêm consensualmente ou majoritariamente a compreensão de que o motivo que levou os Gestores Municipais a optarem pela implantação do PSF foi seu potencial estratégico em poder organizar a atenção básica, conforme é verificado em mais um dos extratos de suas idéias centrais:

[...] PSF foi assumido pelo município como uma política de saúde, uma política para a conversão de modelo assistencial. Uma política estratégica de reorganização da atenção à saúde e levar às comunidades menos favorecidas assistência preventiva e curativa, assim como atendimento de saúde bucal. O município assumiu o PSF como estratégia na melhoria da qualidade de vida das famílias e comunidades, aprovado como a Estratégia de Atenção Primária do Município a ser implantada de forma gradativa em toda rede básica do SUS de acordo com a composição correta da equipe.
(Secretários Municipais de Saúde).

Ressalta-se, novamente, que os discursos dos sujeitos político-técnicos das três instâncias gestoras do SUS, incluindo os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família, nos 12 municípios, convergem quanto às motivações que os levaram a colocar o PSF nas agendas Nacional, Estadual e Municipal, respectivamente. No entanto, os Gestores expressaram suas motivações do lugar de suas responsabilidades e competências, o que se verifica no decorrer do texto, e que vale nesse momento recuperar. O Gestor Nacional apresentou sua motivação na implantação do PSF, quanto ao desejo dessa estratégia contribuir para a **organização do SUS e reordenamento do sistema**, os Gestores Estaduais, na **mudança do modelo assistencial** e os Gestores Municipais, na **organização da Atenção Básica**.

Foram, portanto essas as idéias centrais expressas nos discursos desses sujeitos que têm responsabilidade e competências diferenciadas nas intervenções dos processos de expansão e qualificação do PSF no país, evidenciando que suas motivações para implantação e/ou implementação dessa estratégia levaram em consideração a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde.

5.2 A expansão da cobertura do Saúde da Família

Em 1994, ano de implantação do PSF, somente 12 estados da federação aderiram a esta iniciativa (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina). A determinação e o pioneirismo de 12

municípios fizeram com que ao final de 1994 o PSF fosse ampliado para 55 municípios com 328 equipes atuando.

Para os propósitos desta tese, 12 anos depois, voltamos aos 12 municípios pioneiros acima mencionados. O objetivo foi verificar os critérios e prioridades de exclusão e/ou inclusão na decisão dos Gestores Municipais de Saúde na escolha de áreas a serem implantadas as equipes do PSF.

Uma das idéias centrais nas falas desses sujeitos foi o reconhecimento de que o município adotou o princípio da equidade. A seguir são apresentados os discursos que denotam mais objetivamente o aspecto da inclusão das famílias no acesso aos serviços básicos de saúde.

[...] o município adotou o princípio da equidade para implantação do PSF e começou pelas periferias da cidade, nas quais estão pessoas com menor poder aquisitivo e áreas de maior risco para o adoecimento. Iniciou pela periferia e zona rural, fechando inicialmente os 100% da zona rural. Antes de iniciar a implantação foi feito um grande estudo dos indicadores de saúde de cada região da cidade estabelecendo assim áreas prioritárias para a implantação. O município optou pelas regiões com indicadores epidemiológicos mais desfavoráveis, mas também que houvesse unidades em todos os distritos sanitários. Nas áreas de maior vulnerabilidade, de acordo com o Mapa da Fome do IPEA e o Mapa da Cólera, onde houvesse uma maior cobertura populacional. Fizemos, inicialmente a cobertura do zoneamento periférico, com a expansão iniciada este ano [2006], cobrimos 10% de zona rural. (Secretários Municipais de Saúde).

Estas idéias estavam relacionadas com a indução do Ministério da Saúde, na oportunidade da criação pelo Governo Federal do Conselho do Comunidade Solidária⁶², (Decreto Presidencial nº 1.366, de 12/01/1995), presidido pela antropóloga Ruth Cardoso; o então Ministro de Estado da Saúde Adib Jatene apresentou no Conselho citado o Projeto de Redução da Mortalidade na Infância, o qual se transformou em agenda prioritária, básica⁶³ como denominavam à época, no governo de Fernando Henrique Cardoso.

⁶² O Conselho do Comunidade Solidária era um espaço público no qual Governo e Sociedade se encontravam para tratar conjuntamente de prioridades, medidas, instrumentos e procedimentos de ação para o enfrentamento da fome, da miséria, da pobreza e da exclusão social. Além disso, o trabalho do Conselho visava estimular o surgimento de soluções, agilizar e acompanhar a implementação de providências, contribuindo para remover obstáculos e superar impasses que comprometessem, delongassem ou tirassem a eficácia das ações/projetos que deveriam ser empreendidos no governo e ou na sociedade.

⁶³ A Agenda Básica era composta por 16 programas do Governo Federal, distribuídos em seis áreas de atuação: redução da mortalidade na infância, alimentação, apoio ao ensino fundamental e pré-escolar, habitação e saneamento, geração de ocupação e renda e qualificação profissional e fortalecimento da agricultura familiar.

A edição do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância foi um dos fatos técnico-políticos importantes para o fortalecimento da atenção básica no Ministério da Saúde, porque o mesmo encontra-se no Plano Plurianual de Governo 1996–1999, indicado como “instrumentos imprescindíveis à transformação do modelo de atenção à saúde⁶⁴, considerando a prática da integralidade das ações, exercitadas por esses programas”, devendo, portanto, ser fortalecidos e ampliados. (BRASIL, 1996, p.3).

É importante mencionar que o governo federal continuou induzido a implantação do PACS/PSF em municípios com indicadores de saúde em situação crítica, em sinergia com outros programas da área social, entre os já citados; vale lembrar a Intensificação das Ações para Redução da Mortalidade Materna e Plano de Apoio aos Estados de Menor Índice de Desenvolvimento Humano - Projeto Alvorada, verificando-se um incremento considerável no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente de segmentos da população expostos a maior vulnerabilidade social.

Segundo Viana e Dal’Poz (1998, p.16) essa agenda básica deveria ser implementada simultaneamente, procurando-se a convergência da atuação governamental e não-governamental nos 1.369 municípios selecionados à época (incluindo as capitais), priorizando, dentro dos municípios, aquelas localidades considerados como “bolsões de pobreza”⁶⁵. Essa medida favoreceu a implantação e implementação do PSF nesses municípios, além de contribuir para uma maior visibilidade e legitimidade dessa estratégia, inclusive dentro do próprio Ministério da Saúde.

Assim, considera-se nos discursos que seguem, construídos com as falas de Presidentes da República Federativa do Brasil, Ministros de Estados, Secretários de Assistência à Saúde e Coordenadores Nacionais do PSF (1994 a 2006), que essa estratégia vem sendo adotada no país como uma política universal, cujo princípio da equidade é seu balizador. Nos próximos fragmentos dos discursos é possível constatar essas premissas.

[...] Eu entendo o PSF como uma política universal para toda a atenção básica, com o objetivo de promover uma política universal a todas as populações, respeitando as peculiaridades de cada região e cidade. O programa foi conduzido como estratégia universal e eu entendia que o seu crescimento deveria ser feito com cuidado, para evitar a utilização política

⁶⁴ De acordo com o Plano Plurianual, “o novo modelo de assistência deverá contribuir para a efetiva integralidade das ações. O enfoque será ampliado pela associação do modelo clínico dominante com o modelo epidemiológico, ou seja, um processo de relação que permitirá aos atuais **pacientes** serem os **agentes** de sua própria saúde e de sua comunidade”.

⁶⁵ Esses municípios foram selecionados a partir de estudos técnicos do Instituto de Geografia e Estatística – IBGE e Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef (Presidência da República, Comunidade Solidária – Três anos de Trabalho, Brasília, 1998).

do programa cuja proposta de criação inicial era em 300 municípios. Como não havia dotação orçamentária específica começamos em 12 municípios e tinha que priorizar certas populações geralmente mais excluídas do acesso a atenção à saúde para que os problemas pudessem ser resolvidos com atenção primária de saúde, isto é, deveríamos implantar nas áreas de maior risco social e epidemiológico. Estimular a implantação do PSF na região amazônica, em áreas de assentamentos e quilombolas e nas periferias das grandes centros urbanos era a saída. (Gestores Nacionais).

Essas premissas são reforçadas nas idéias centrais dos profissionais que compõem as equipes do PSF nos 12 municípios, quando perguntado quais foram os critérios e prioridades adotados pelo Município para definição das áreas de implantação do PSF. Eles relatam:

[...] A escolhida foi a região Noroeste, uma área com bastante problema, com indicadores muito ruins, com índice de mortalidade infantil alto, uma pobreza muito grande, uma área sem urbanização, é periferia, uma área muito grande, muito densa e carente do acesso à saúde. Eu acho também que se mobilizou a população, o que também contribuiu. O conselho foi forte talvez até por um pouquinho desses indicadores daí a força política que as pessoas têm que aprender a utilizar em seu favor, em favor dos seus. O critério, eles optaram pela periferia. A tentativa foi fazer o cinturão e vem da periferia para o centro. Esse foi o critério usado. A área rural, distância, falta de acesso e riscos também. Áreas de maior risco de populações mais prejudicadas sócio-economicamente. Populações que viviam, na verdade, em situação de risco social, econômico. Risco epidemiológico também, as duas coisas. Área de risco era igual a pobreza, miséria. Então, aí vai ser o critério principal para a implantação. Com o mapa de saneamento básico foram identificadas áreas que tinham mais precariedade na questão de saneamento no meio ambiente, além do mapa da fome e o mapa da situação do meio ambiente. Nós implantamos no Betume porque era uma área já problemática, era uma área que a gente tinha dificuldade de cobrir. A prioridade para definição do critério foi de risco epidemiológico, de risco social e de garantia de acesso à área de risco, área de periferia na zona rural foram, na época, critérios de localização extremos. Critério de exclusão, pobreza, ter uma população itinerante, ou a ausência de Unidade Saúde. As áreas mais carentes na periferia da cidade mesmo, que não têm PSF no centro. Começou com uma movimentação política, foi mais a pressão da comunidade, o índice populacional da área e pela carência,

vamos implantar ali, porque cabe um PSF. Pela distância. A equipe foi implantada pela distância que tinha lá uma comunidade até numerosa e era difícil o pessoal deslocar de lá para o hospital ou para aqui para o centro. Descentralizado o atendimento para que a equipe tivesse maior contato com os profissionais, e é tanto que nas primeiras equipes também os profissionais moravam no distrito. Outra questão da acessibilidade foi um ponto muito importante que eles devem ter visto para a implantação. Aquela questão de tratar desigualmente os desiguais. Creio eu que as primeiras equipes obedeceram à distribuição do princípio da equidade mesmo. Aquelas regiões onde o acesso era mais difícil tiveram a equipe antes que outras. Prioridade era a questão do índice de mortalidade infantil, o próprio acesso da população à assistência da atenção básica. Áreas de baixa renda, onde se concentra a maior população, onde tenha uma dificuldade de acesso ao sistema de saúde, são áreas periféricas que têm mais dificuldade de acesso a outras unidades de saúde centrais. (Equipes do PSF-GF).

Como se pode verificar em vários trechos do conjunto das idéias centrais dos sujeitos político-técnicos, o PSF foi concebido desde a sua origem para cuidar da saúde das famílias como uma proposta de universalização e não de focalização. O perfil epidemiológico no país à época determinava, no entanto, uma grande demanda na atenção materna e infantil. Também em alguns estados e regiões foi um programa estabelecido para estender a cobertura dos serviços e outras estratégias.

Além disso, deve-se reconhecer que em 1994, por um lado, a conjuntura era favorável para discussão de novas formas de organização de serviço, tendo no PSF sua base estruturante; por outro, estávamos em plena década de 90, marco das políticas neoliberais na América Latina e no Brasil. Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro julgassem ser o PSF um Programa pontual, “pacote básico” de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionado a clientela específica e focalizado em regiões pobres.

Na questão da focalização ou universalização, compartilhamos da compreensão de autores como Viana e Dal’Poz (1998), Cohn (1995) e Sousa (2001a) quando vêm na universalização o princípio ético básico, consistindo em garantir a todos os cidadãos, independentemente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco, os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, esta balizada pela construção de um novo modelo de

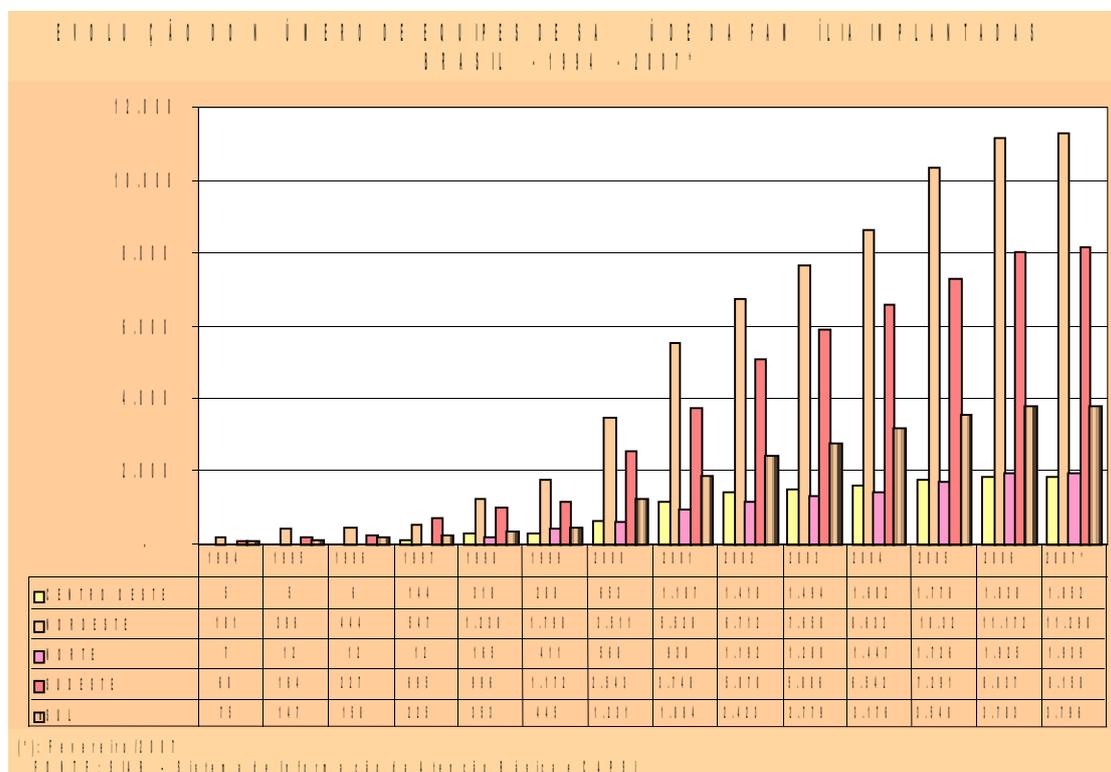
desenvolvimento sustentado, que priorize o crescimento econômico com equidade social e no qual as políticas econômicas assumam também a dimensão de políticas sociais.

A universalização não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, desde que a seletividade ou a focalização estejam subordinadas a uma política geral de universalização. Assim, mesmo a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas não pode converter-se na política social, porque nesse caso estaria quebrando o princípio da universalização.

De fato, esse debate influenciou nos processos de expansão do PSF que teve seu marco no ano de 1998, como resultado da mudança do financiamento com a implantação do Piso da Atenção Básica - PAB, em 1997. Posteriormente foi reforçada pela renovação dos gestores locais de saúde em 2001 e o início das negociações em torno do Pacto da Atenção Básica.

Em dezembro de 2002, a expansão em número de equipes foi de mais de 300%, evidenciando a entrada do PSF em todas as regiões, ainda que predominasse a implantação no Nordeste, seguida do Sudeste e Sul, tendência que se expressa nos anos que se seguem até a atualidade, conforme demonstra a figura abaixo e ANEXOS B a G.

FIGURA 9

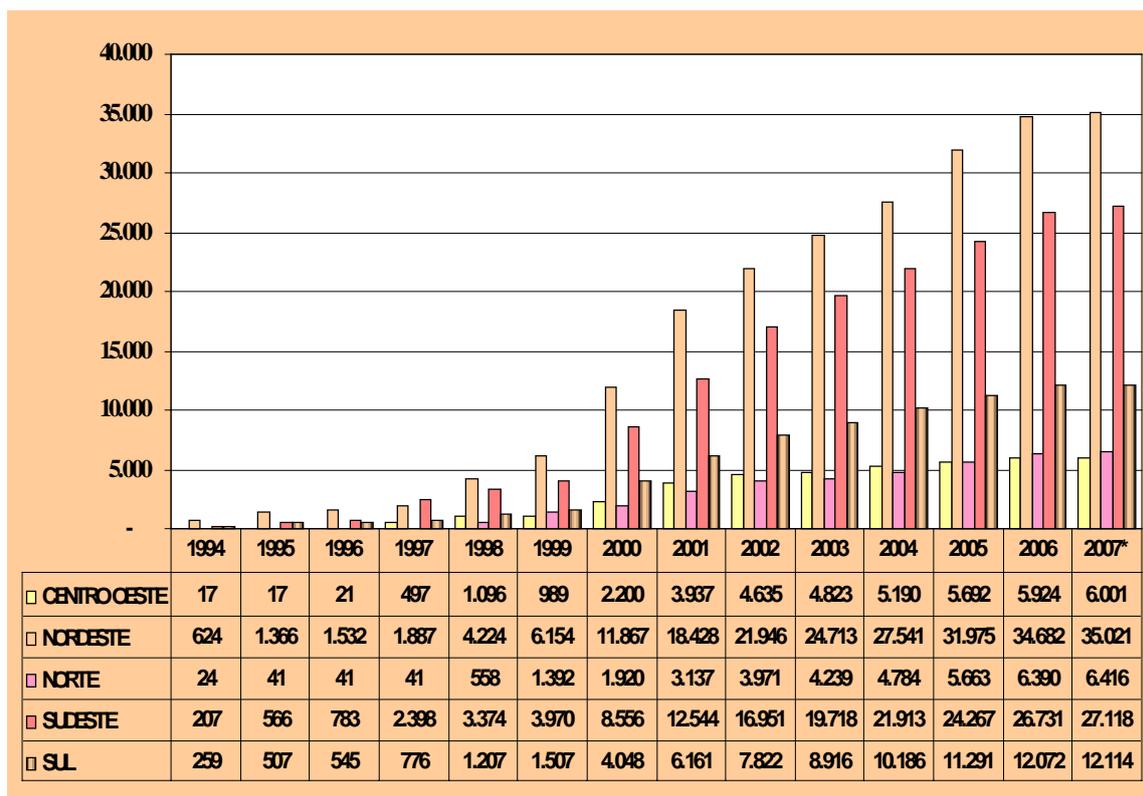


Outras informações que constam na Figura 10 nos mostram também a diferença regional na cobertura da população assistida pelas equipes do PSF. No ano que antecede a implantação do Programa Saúde da Família: *Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde*

PAB, a cobertura era de 5.599.350 milhões de pessoas o que representava 3,5% da população brasileira, distribuída em municípios de pequeno porte - entre 10 e 20 mil habitantes, e de médio porte - abaixo de 50 mil habitantes.

FIGURA 10
EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA - BRASIL - 1994-2007*

x 1.000 Habitantes



(*): Fevereiro/2007

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica e CAPSI.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no período de 1998 a 2004, demonstra um aumento progressivo da cobertura tanto em âmbito nacional como regional. No país, a proporção da população coberta, que era de 6,55% em 1998, passou para 32,0% em 2002, alcançando 40,0% em 2004. Essa evolução reflete um aumento de mais de 600% no período, considerando que a cobertura de 2004 é mais de seis vezes a identificada em 1998, (BRASIL, 2005).

Ao longo dos 13 anos de implantação dessa estratégia o número de equipes vem expandindo -se progressivamente e, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

(BRASIL, 2007), atualmente são 27.035 equipes que cuidam diariamente, em diferentes espaços do território brasileiro, de 86,67 milhões de pessoas em 5.100 municípios, representando 45% do total da população. No país, conta-se com a presença de 219.539 agentes comunitários de saúde, em 5.274 municípios, os quais visitam, em média, uma vez ao mês 109,72 milhões de pessoas, 58,5% da população brasileira. Contam ainda com a presença de 15.339 mil equipes de saúde bucal, cuidando de 65.102 mil pessoas, segundo mostram as Figuras 09 e 10 acima e 11, 12, 13 e 14 abaixo e no ANEXO H.

FIGURA 11

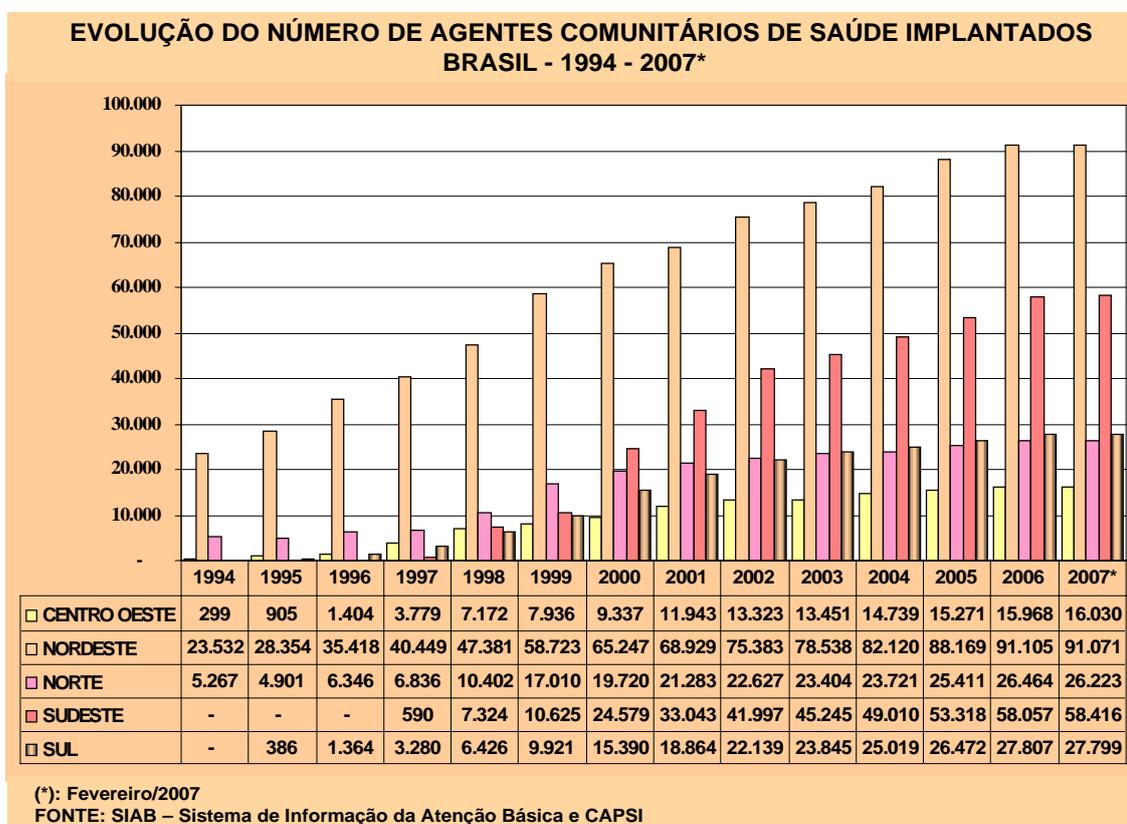


FIGURA 12

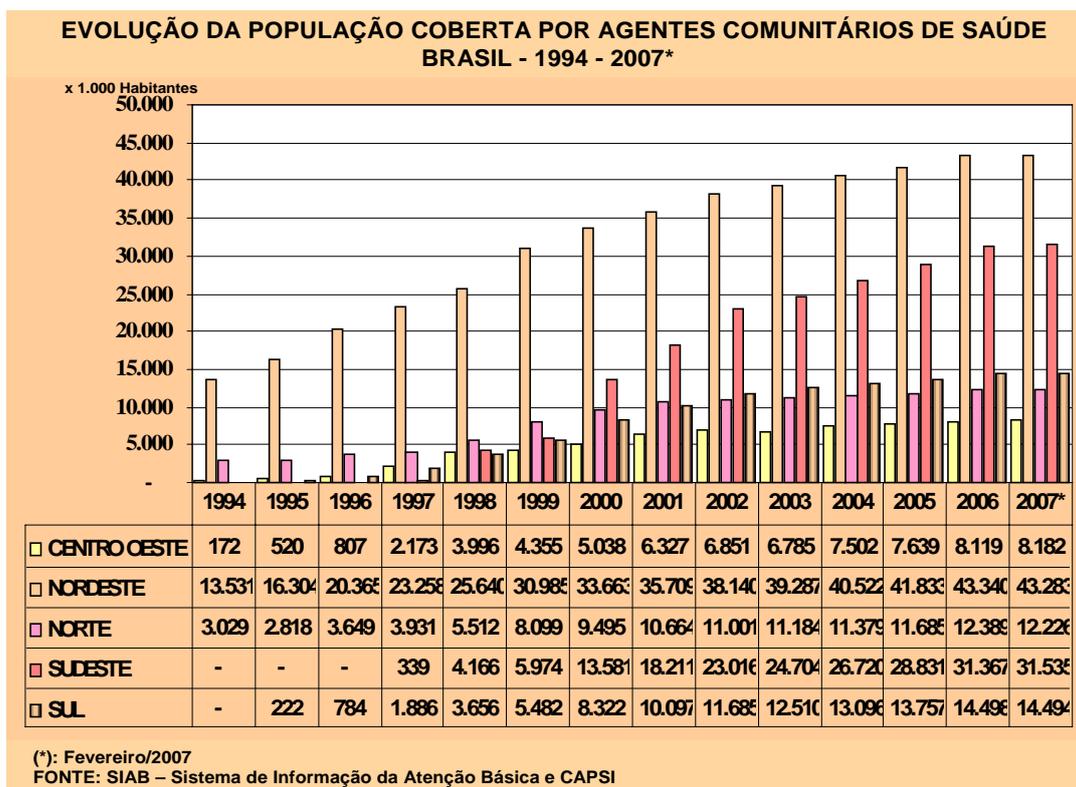


FIGURA 13

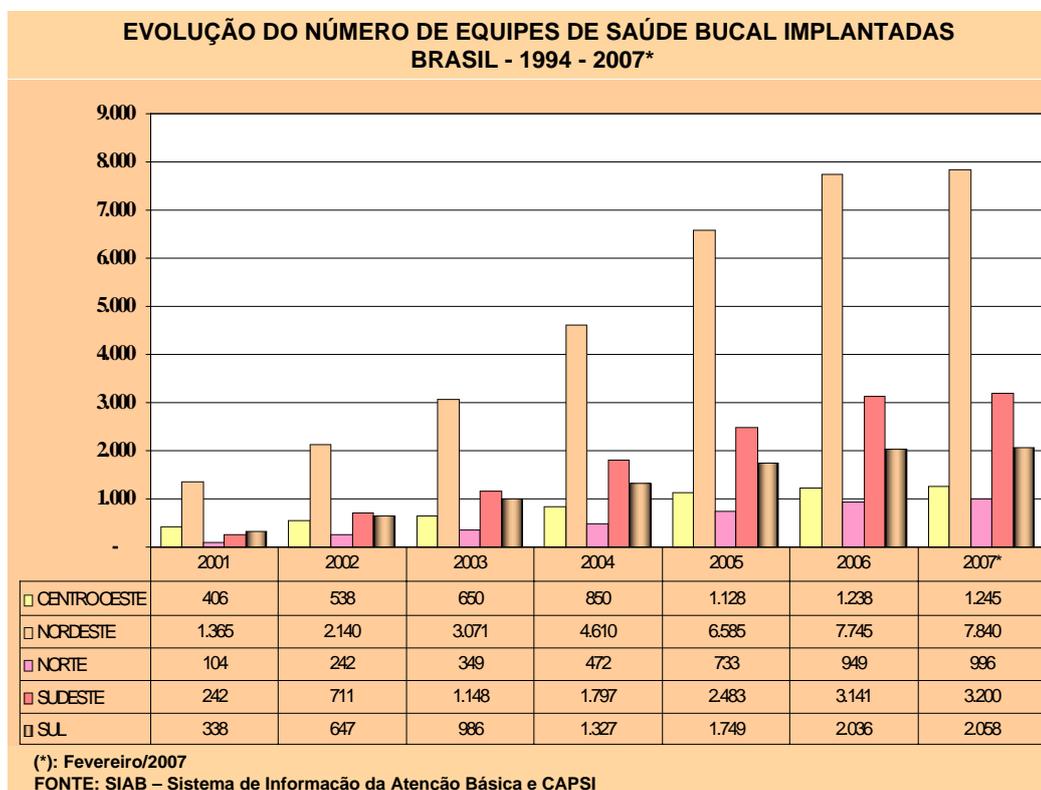
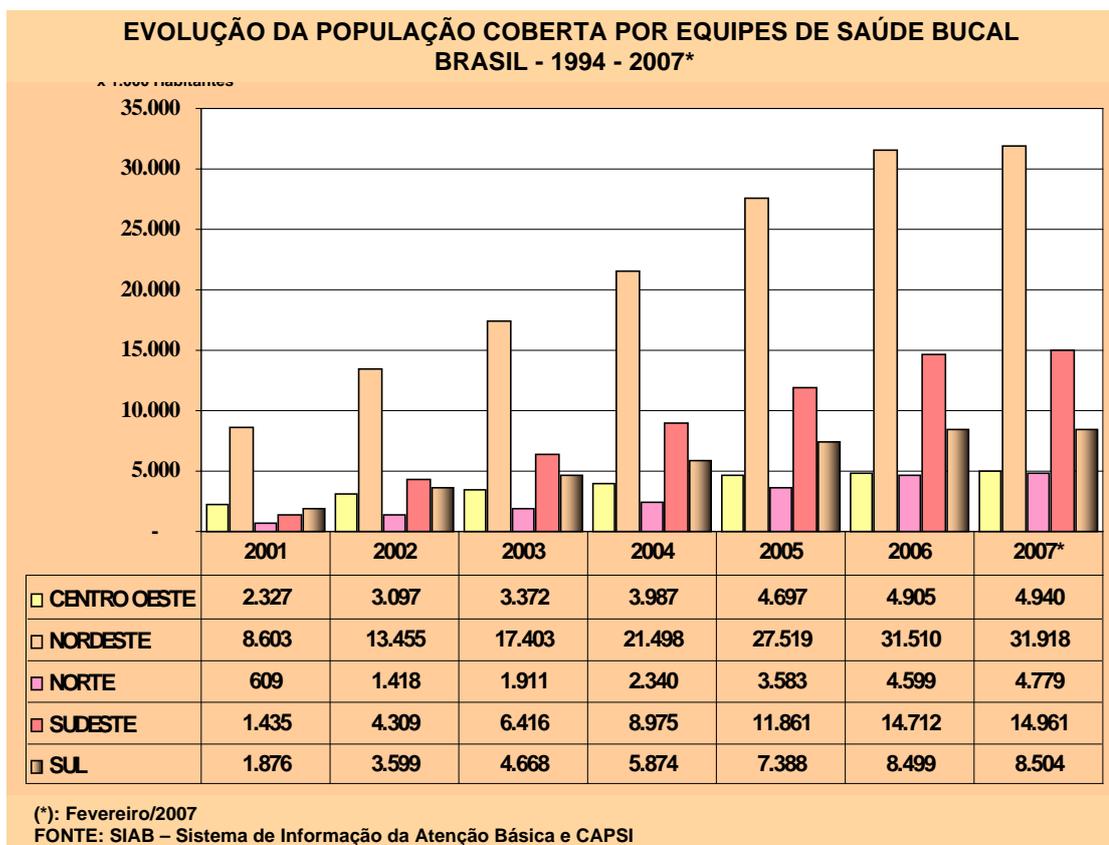


FIGURA 14



Ainda que reconhecendo a expansão progressiva das ESF nos municípios de todas as regiões do país, verifica-se uma desigualdade na cobertura do PSF entre as regiões e nos chamados grandes centros urbanos⁶⁶, onde reside mais de 50% da população brasileira. Portanto, nas capitais, salta aos olhos a baixa cobertura das equipes do PSF. A Tabela 1 abaixo mostra a desigualdade já mencionada no texto, sobretudo nos municípios de Manaus, Salvador, Fortaleza, Belém, Curitiba, Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Brasília/Distrito Federal, cidades que concentram o maior número de pessoas, entre as demais capitais.

⁶⁶ Municípios acima de 100 mil habitantes, capitais e regiões metropolitanas.
 Programa Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

TABELA 1
NÚMERO DE EQUIPES DO PSF NAS CAPITAIS
E COBERTURA POPULACIONAL. BRASIL, 2007.

UF	Município	População	Nº Equipes do PSF	População Coberta	Cobertura %
AC	Rio Branco	309.731	41	141.450	45,7
AL	Maceió	903.685	74	255.300	28,3
AM	Manaus	1.648.218	152	524.400	31,8
AP	Macapá	356.228	32	110.400	31
BA	Salvador	2.673.560	115	396.750	14,8
CE	Fortaleza	2.374.944	242	834.900	35,2
DF	Brasília	2.334.322	42	144.900	6,2
ES	Vitória	313.312	60	207.000	66,1
GO	Goiânia	1.201.006	119	410.550	34,2
MA	São Luís	980.926	89	307.050	31,3
MG	Belo Horizonte	2.375.329	504	1.738.800	73,2
MS	Campo Grande	750.424	48	165.600	22,1
MT	Cuiabá	536.000	31	106.950	20
PA	Belém	1.406.355	95	327.750	23,3
PB	João Pessoa	660.798	178	614.100	92,9
PE	Recife	1.501.008	205	707.250	47,1
PI	Teresina	791.341	220	759.000	95,9
PR	Curitiba	1.757.904	148	510.600	29
RJ	Rio de Janeiro	6.094.183	118	407.100	6,7
RN	Natal	778.040	99	341.550	43,9
RO	Porto Velho	382.093	30	103.500	27,1
RR	Boa Vista	249.903	53	182.850	73,2
RS	Porto Alegre	1.428.696	90	310.500	21,7
SC	Florianópolis	396.778	80	276.000	69,6
SE	Aracaju	498.619	128	441.600	88,6
SP	São Paulo	10.927.985	809	2.791.050	25,5
TO	Palmas	208.793	38	131.100	62,8
Total		43.840.181	3840	13.248.000	30,2

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica – fevereiro de 2007.

Essas desigualdades resultam das dificuldades já verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte, que são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles. Nestas grandes cidades, são considerados como fatores contribuintes para a não expansão do PSF, entre outros, os altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde, os agravos de saúde característicos dos grandes centros, a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do seu território. (SOUSA et al, 2000, p.2).

Vários autores assinalam a obtenção de boas práticas por parte das equipes do PSF, sobretudo nos municípios de pequeno porte (SOUSA, 2001; TEIXEIRA, 2003). Porém, muitas vezes estas práticas apresentam-se limitadas para a oferta de atenção integral face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais. Logo, não alteram substantivamente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando com isto o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico (consultas, apoio diagnóstico), equipamentos e medicamentos.

Adiciona-se a esse quadro a disputa político-partidária entre estados e municípios, quando suas gestões estão sob o comando de partidos políticos contrários. Nesses cenários, as resistências e a oposição corporativa e ideológica se ampliam, também, quando as cidades contam com uma rede física instalada centralizada nos hospitais e ambulatórios de subespecialidades. Outros fatores que contribuem para o acirramento dessas resistências residem em recursos de apoio diagnóstico e terapêutico concentrados na região central, em agendas que transcendem as ações e serviços específicos de saúde, a exemplo da violência em suas mais diferentes matrizes, em subfinanciamento no âmbito da atenção básica/PSF limitando o co-financiamento nesse nível de atenção, item que será analisado na categoria Governança Institucional do Saúde da Família, a seguir.

5.3 A Governança Institucional do Saúde da Família

Vários são os conceitos sobre governança, e o termo tornou-se importante para grande variedade de disciplinas, incluindo direito, políticas públicas e, sobretudo, gestão de organizações privadas, públicas ou sem fins lucrativos. No caso da governança, sua popularização de uso não necessariamente torna mais claro seu significado, ainda mais quando seu uso é multidisciplinar. A maioria dos cientistas políticos brasileiros tem traduzido

o conhecido termo inglês *governance* por governança. Alguns autores assumem seu conceito direcionado ao exercício do poder em decisões no nível organizacional e institucional (MALENFANT, 1999; MALO e VEZINA, 2003). Outros, a exemplo de Fisher (2002) e World Bank (1992), no nível. Em uma situação e outra, para efeito dessa tese, entende-se governança como a "capacidade governativa", termo sugerido pela autora Maria Helena de Castro Santos (1996), segundo ela como alternativa para a tradução de *governance*. Ainda que usado com esse sentido, nesse trabalho seguiremos com a palavra governança, que para nós significa a capacidade dos governos de implementar políticas públicas, de forma coordenada, através de mecanismos que permitem a participação institucionalizada da sociedade no processo decisório estatal e a responsabilização (*accountability*) dos representantes públicos envolvidos na sua execução, sendo portanto um poder compartilhado, parceria, aprendizagem coletiva ou ação colegiada.

Foram definidos, para descrição e análise nessa categoria, alguns elementos considerados importantes para a governança e como consequência para a sustentabilidade do PSF:

- a) Institucionalização do PSF;
- b) Base de apoio político, técnico e científico ao PSF;
- c) Incentivos financiamento para expansão do PSF;
- d) Desenvolvimento de pessoal envolvido no PSF.

Os itens foram analisados de forma integrada, o que nos aproximou da resposta à pergunta se governança institucional do PSF favorece ou não a redução das desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde. A objetivação a essa indagação é mencionada a seguir nos discursos dos sujeitos coletivos (político-técnicos) das três instâncias gestoras do SUS, à luz do referencial teórico.

5.3.1 Institucionalização do Saúde da Família

No Capítulo 2 dessa tese já foi mencionado, na parte correspondente à origem do PSF, segundo as falas dos sujeitos coletivos pesquisados, que em 1991, o PACS foi implantado como medida de enfrentamento da grave situação de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país, e que o mesmo pode ser considerado o antecessor da Estratégia Saúde da Família. Ambos estavam sob a responsabilidade institucional da Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações - DEOPE⁶⁷ - onde, juntamente com o

⁶⁷ De acordo com o Regimento Interno da Fundação Nacional da Saúde, o DEOPE - Departamento de Operações - tinha por finalidade planejar, coordenar e executar ações e serviços de saúde e saneamento, bem como desenvolver programas de assistência e cooperação técnica aos estados e municípios, incluindo ações

Programa de Interiorização do SUS - PISUS (extinto em 1994/95), compunha a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC.

A pequena equipe, na maioria composta por mulheres e enfermeiras, na Fundação Nacional de Saúde/DEOPE/COSAC⁶⁸ convivia em condições difíceis de governança, com baixo prestígio institucional. Este status era traduzido desde a sua inserção na estrutura administrativa, passando pela localização espacial, chegando às formas de remuneração e incentivos nos processos de trabalho. Vale registrar que nenhum membro da equipe dispunha de cargo de confiança no governo, sendo todas contratadas por projetos de cooperação internacional, ampliando com isto a instabilidade destes profissionais, e por consequência das estratégias na instituição.

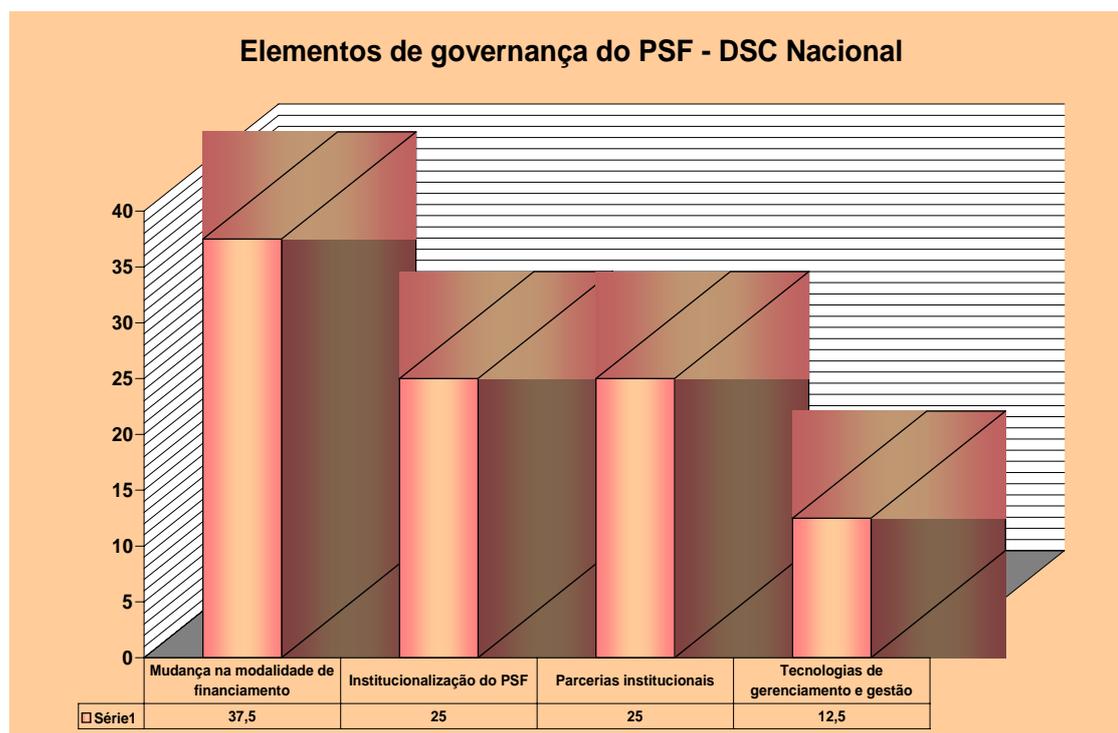
Portanto, o cenário não era favorável ao fortalecimento do PACS/PSF, naquela conjuntura, e o que era mais grave, os processos de formulação destas propostas ainda eram frágeis, ou não estavam bem sedimentados. Logo, as condições necessárias à sua sustentabilidade não eram visíveis nem suficientes no âmbito da FUNASA. Não havia, portanto, definições quanto ao seu financiamento (que era viabilizado por meio de convênios) e nem quanto à política de recursos humanos, pilares fundamentais para o seu desenvolvimento. Além dessas restrições, havia a própria resistência à implantação de uma proposta que confrontava as formas tradicionais de organização dos serviços. Estes elementos mencionados afetaram a governança, exigindo uma tomada de decisão do gestor nacional à época, segundo ilustram a Figura 15 abaixo e os discursos dos gestores nacionais:

“Eu institucionalizei a direção da área com a criação do Departamento de Atenção Básica. O Programa ficou vinculado diretamente ao Gabinete, incorporado à Secretaria de Atenção à Saúde. Com a criação do Departamento foram incorporadas as ações de monitoramento e avaliação, iniciativas que vêm fortalecendo o potencial das Secretarias Estaduais de Saúde nos processos de acompanhar e avaliar as ações da Atenção Básica à Saúde”. (Gestores Nacionais).

FIGURA 15

relacionadas a imunizações, à auto-suficiência em imunobiológicos, à saúde da comunidade, ao controle de endemias, à atenção à saúde das populações indígenas e ao saneamento básico.

⁶⁸ Em março de 1994 foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC para articular três programas: o dos Agentes Comunitários de Saúde, cuja gerente nacional era Maria Fátima de Sousa, enfermeira sanitária, ex-coordenadora do PACS no estado da Paraíba; o de Saúde da Família (gerente nacional: Eliana Maria Dourado Mattos, era da Secretaria Municipal de Saúde de Cotia, São Paulo) e o de Interiorização do SUS - PISUS (gerente nacional: Vicente Paulo Monteiro da SES/CE). A COSAC era ligada ao Departamento de Operações - DEOPE, da Fundação Nacional de Saúde - FNS, sob a responsabilidade de Heloiza Machado de Sousa, enfermeira sanitária.



De fato, essas mudanças assumidas nos discursos dos Gestores Nacionais encontram-se registradas nas obras de vários autores (HEIMANN e MENDONÇA, 2005; SOUSA, 2000; 2002; VIANA e DAL’ POZ, 1998). Registre-se ainda (Relatório de Gestão da SAS/MS, 1998-2001) que o quadro de instabilidade institucional do PSF começa a indicar sinais de mudança quando assume o Ministério da Saúde o professor Adib Jatene, que na condição de ministro orientou os técnicos Eduardo Levcovitz e Neide Glória Garrido, respectivamente Secretário de Assistência à Saúde - SAS e Diretora do Departamento de Programas de Saúde, a trazerem para o Ministério da Saúde a COSAC; naquela época iniciam-se as conquistas de espaços institucionais da equipe gestora do PACS/PSF.

O Ministro referido conhecia os princípios e diretrizes do PSF não só porque tinha proximidade com os ideários do PACS, os quais vivenciou quando esteve pela primeira vez na condição de Ministro de Estado na gestão Collor de Melo, de fevereiro a outubro de 1992, mas porque também tinha experiência com proposta “similar” ao PSF, implantada quando foi Secretário de Estado da Saúde de São Paulo⁶⁹.

⁶⁹ O Programa Metropolitano de Saúde foi formulado no final da década de 70 e sua implantação data de 1983. O programa se destinava para a área metropolitana da cidade de São Paulo, envolvendo a formação de cinco módulos de saúde (com autonomia gerencial e desenvolvendo um modelo de atenção integral à saúde) e realização de novos investimentos (construção e reforma de centros de saúde e hospitais), com recursos externos (empréstimo do Banco Mundial) e internos” (VIANA e DAL’ POZ, 1998, p.13).

A gestão do Ministro Carlos César Albuquerque⁷⁰, que teve a duração de exatos 16 meses, deu destaque ao PACS/PSF apenas no documento denominado **Ano da Saúde no Brasil - ações e metas prioritárias**, no qual declarava “as diretrizes políticas para sua gestão”. Ao sair em março de 1998, assume em seu lugar o então Senador da República José Serra⁷¹.

Alguns autores, entre eles Goulart (2002, p.105), reconhecem que a gestão do Ministro José Serra foi o período mais promissor na ascensão institucional do PSF e por consequência, de sua equipe gestora. Tal afirmação é feita textualmente:

“esse talvez tenha sido o fator mais notável para ascensão do PACS e do PSF. Ao que se diz, Serra já tinha pretensões próprias e incentivo do presidente para ser o candidato à sucessão de 2002 e procurou pautar sua ação de modo a conferir visibilidade ao ministério e a sua pessoa. Sem impedimento de outros projetos desenvolvidos, pode-se dizer que o PSF caiu como uma luva para os desejos de Serra”.

No tocante à equipe gestora, pode-se registrar que essa vinha acumulando experiência desde a formulação e implantação do PACS, vivenciando a troca de quatro ministros, no período de 1993 a 1997. Vale reafirmar que a equipe era constituída de pessoas comprometidas com a proposta de mudar a saúde do país e que vinha do movimento sanitário, sua grande maioria mulheres e enfermeiras. (SOUSA, 2001a). Reforçam nossa fala as idéias centrais dos discursos dos gestores nacionais:

[...] A coordenação dispunha de número bastante reduzido de profissionais que, no entanto, tinham grande compromisso com o Sistema e elevada capacidade técnica. Ainda que vinculada à época, à Funasa, e com suas condições operacionais limitadas, aquelas enfermeiras tinham senso de oportunidade político-técnico. Elas articularam e formaram redes de apoio nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de setores acadêmicos em tempos de instabilidade do PSF. (Gestores Nacionais).

A busca por manter a rede de apoio nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de setores acadêmicos fez com que o Ministro José Serra e sua equipe assumissem as metas de implantar 20 mil equipes do PSF e 150 mil Agentes Comunitários até o final de 2002, meta esta considerada por todos ousada e quase “impossível”, diante dos nós críticos que estas

⁷⁰ A gestão do Ministro Carlos César Albuquerque se deu no período de dezembro de 1996 a março de 1998.

⁷¹ Em seu discurso de posse, estavam entre os princípios e idéias norteadores da ação do Ministério da Saúde: dar continuidade, melhorar e aprofundar as ações de saúde que o governo do Presidente Fernando Henrique vem desenvolvendo; atendimento integral a toda a população, unindo atenção preventiva e curativa, com melhor funcionamento dos serviços. Ressaltou a descentralização como espinha dorsal da mudança do quadro da saúde do Brasil, sendo consubstanciada pelo Programa Saúde da Família, o Piso de Atenção Básica e a Gestão Plena dos sistemas estaduais e municipais.

estratégias apresentavam naquele momento, ampliados também nas dificuldades percebíveis pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em não disporem de profissionais capazes de coordenar esta estratégia, reconhecidas em suas próprias falas:

[...] na implantação não havia cargo, mas sim uma equipe técnica. Em 2001 foi criada a Gerência de Atenção Básica, subordinada à Coordenadora Técnica. Inicialmente a equipe era composta por poucos membros, alguns nem sabiam direito o que era o PSF, e não tinha estrutura física e equipamentos adequados. Tínhamos o apoio firme do secretário e principalmente do Coordenador de Ações, e conseguimos nos inserir na estrutura organizacional da SES. Na atual gestão a coordenação foi ampliada para Gerência da Atenção Básica, englobando as áreas de saúde da criança, mulher, adolescente, idoso, saúde bucal, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento e avaliação dos agravos de diabetes e hipertensão, combate ao tabagismo e outros fatores de risco, prevenção de câncer, cultura da paz e não violência). O corpo técnico foi ampliado e hoje contamos com 20 técnicos, sendo 10 servidores e 10 contratados temporariamente. Hoje a Atenção Básica é reconhecida na política como um setor forte, visto que é responsável por resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Nos anos 90: muito restrito em recursos de pessoal. A partir de 96-98 a Diretoria de planejamento apoiou a coordenação Estadual, que era dependente de outra diretoria. Havia uma coordenação específica do PSF com incentivos políticos claros para a adesão dos municípios à proposta do PSF, garantidas as demais condições. Insuficiente, como em todos os Estados do Nordeste. A estrutura física era inadequada, a equipe técnica era insuficiente, o apoio político foi significativo apesar da Coordenação do PSF estar dentro do departamento técnico como uma área programática. No início, as condições eram as mínimas possíveis. A coordenação não existia formalmente no organograma, e o PSF tinha baixa institucionalização. A coordenação Estadual sempre teve apoio político e técnico para exercer suas funções. Inicialmente, levantou-se prioridades para visualização do Programa, tais como ampliação da cobertura, divulgação em encontro, seminário, órgão de controle social e de representação de classe e ainda nas Universidades, normatizar os procedimentos de adesão na CIB Estadual e Regionais. (Gestores Estaduais).

As idéias centrais dos discursos dos Gestores Municipais fornecem informações que apontam investimentos na consolidação do PSF em suas cidades, conforme se vê:

[...] o município investiu na criação da Coordenação Municipal, além das construções, manutenção das unidades e capacitação das equipes do PSF. Investi em readequação de unidades, contratação de pessoal, compra de equipamentos, educação continuada, instalações físicas e logísticas.
(Gestores Municipais).

As idéias centrais das falas desses sujeitos deixam claro que vêm sendo feito investimentos ao longo dos 13 anos de implantação do PSF, ao modo de cada uma das instâncias gestoras do SUS, rumo à consolidação institucional dessa estratégia. Isso reforça a necessidade de traçar no tempo os avanços institucional-administrativos da equipe gestora do PSF no cenário nacional.

Em 1999, ainda na Secretaria de Assistência à Saúde, foi criada a Coordenação de Atenção Básica⁷² que seria em seguida transformada em Departamento, com estrutura de três coordenações: a primeira, com a tarefa de acompanhar a implantação das equipes do Saúde da Família e o desenvolvimento das responsabilidades da atenção básica; a segunda, com a tarefa de executar os projetos de qualificação do processo de trabalho da atenção básica/PSF, principalmente na área de capacitação dos profissionais de saúde; e a terceira, com a função de acompanhar e avaliar o processo de reorganização da atenção básica, com ênfase na estratégia do PSF.

Em fevereiro de 2000, o Departamento de Atenção Básica - DAB foi formalizado na estrutura do Ministério da Saúde. Desde então, passou a ser subordinado à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que foi reformulada para assumir a missão de agregar os esforços das diversas áreas técnicas e de intervenção programática para fortalecimento da atenção básica.

No Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o DAB volta a compor a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, esta fundida à ex-Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), contando com quatro gerentes de projeto, quatro assessores técnicos e quatro assistentes. O novo regimento da SAS, Art. 9º diz que ao DAB compete: normatizar, promover e coordenar a

⁷² Quando da criação da Coordenação da Atenção Básica à Saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde destina pela primeira vez vários cargos de confiança-asseramento (DAS) para os membros da equipe gestora do PACS/PSF. Além de assegurar outras fontes de investimentos para a formação, qualificação de seus profissionais, a exemplo da participação de todos no *Programa de Capacitação em Gestão Social*, coordenado pela Casa Civil da Presidência da República - realizados pela Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, destinado aos profissionais integrantes das equipes técnicas dos programas sociais prioritários, dentro da perspectiva de formação de uma nova cultura gerencial. Ainda como parte dessa iniciativa, foi possível a participação de representantes da coordenação nacional no *Curso de Directivos en Diseño y Gestión de Políticas e Programas Sociales*, em Washington, organizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social - INDES.

organização e o desenvolvimento das ações de atenção básica em saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS; normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, no âmbito da atenção básica em saúde; desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações da atenção básica em saúde; acompanhar e propor instrumentos para organização gerencial e operacional da atenção básica em saúde; e prestar cooperação técnica a Estados, Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção básica em saúde.

O caminho percorrido institucionalmente pelos antigos e novos gestores do DAB nos últimos 13 anos credencia este espaço no Ministério da Saúde, perante as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seus órgãos colegiados (CONASS, CONASEMS) e demais entidades de classe do setor saúde como um *locus* qualificado para continuar fortalecendo a atenção básica no país, na sua mais expressiva estratégia - o PSF. Isso evidencia que a institucionalização do PSF amplia a base de apoio político a essa estratégia, como mais um elemento de sua governança, item descrito e analisado a seguir.

5.3.2 Base de apoio político, técnico e científico ao PSF

A trajetória de implantação do PSF, ao longo de 13 anos, não vem sendo feita de forma linear, nem é desprovida de “conflitos”, o que equivale a afirmar que a sua construção não está sendo realizada por consenso. E mais que a base de apoio político, técnico-científico, vem se apresentando de forma diferenciada, segundo concepções e interesses de “dirigentes” em diversas conjunturas. Estas variações de tendências no entendimento do mérito do PSF enquanto uma Política Pública de Estado sinalizam a conveniência nas vozes e forças para sua consolidação no cenário nacional. Portanto o as falas dos respondentes que seguem, retratam as variações de apoio, que circulam entre serem propulsoras, indiferentes e/ou obstrutivas, conforme fica expresso nos discursos dos sujeitos coletivos que seguem:

[...] o reduzido conjunto de municípios que ‘comprou’ a idéia e resolveu implantar o PSF ainda em 1994 foi fundamental, não havia apoio da comunidade técnico-científica, nem significativa inserção dos técnicos envolvidos no Movimento Sanitário Brasileiro. As instituições de ensino superior ainda não acreditam na proposta, por isso era lenta sua adesão. Havia também pouco apoio político das Secretarias Estaduais de Saúde - SES. (Gestores Nacionais).

Os discursos dos gestores estaduais foram mais afirmativos, no sentido de reconhecer os movimentos de apoio ao PSF por diferentes corporações, conforme relatam as idéias centrais dos discursos desses sujeitos:

[...] o governo estadual foi força propulsora, garantindo os incentivos financeiros e a prioridade. Da comunidade política o posicionamento não foi hegemônico, alguns entusiasmados, outros descrentes. Da comunidade técnico-científica, houve um posicionamento ético, mas com certo descrédito na nova estratégia. As universidades privadas demonstraram indiferença, e as corporações profissionais variaram a posição entre apoio e indiferença, apoio, porém necessitando ser fortalecida no tocante à sensibilização dos gestores. O COSEMS sempre se posicionou a favor. Houve um significativo apoio de algumas instituições de ensino, elas responderam ao seu modo nosso chamado para ajudar nas capacitações das equipes. (Gestores Estaduais).

Essas idéias-chaves - forças propulsoras, indiferentes e obstrutivas - estavam ancoradas na pergunta de quais foram as comunidades político-técnico-científicas apoiadoras do PSF, desde sua origem. Com isso os respondentes (Gestores Nacionais, Estaduais e Municipais) apresentam nas falas mencionadas suas opiniões, incluindo os organismos internacionais e outras instituições não governamentais.

[...] A OPAS tem sido aliada incondicional no país apoiando também Estados e Municípios. Além dela, ONG's de diferentes áreas e intervenções têm participado ativamente na consolidação do SF. O UNICEF também ajudou a construir e apoiou totalmente a proposta, enquanto a FUNASA deu apoio institucional e completo. O controle social se deu por meio dos conselhos de saúde nas três esferas da gestão. (Gestores Nacionais).

Quanto ao apoio dos organismos internacionais, Viana e Dal'Poz (1998) apresentam argumentos diferentes, analisando a época da formulação do PSF. Eles afirmam que naquele momento era o UNICEF que se mostrava mais interessado em apoiar programas de atenção básica. A OPAS, ao contrário, se restringia às propostas de desenvolvimento de sistemas locais de saúde (distritos sanitários) e de referências bastante vagas sobre atenção primária. Afirmam ainda que o aspecto que influenciou a participação diferenciada das agências internacionais foi, como se sabe a estrutura dessas instituições: a estrutura interna da OPAS é bastante pesada e burocrática, ao contrário do UNICEF, que é mais leve e flexível (VIANA e DAL'POZ, 1998, p.20).

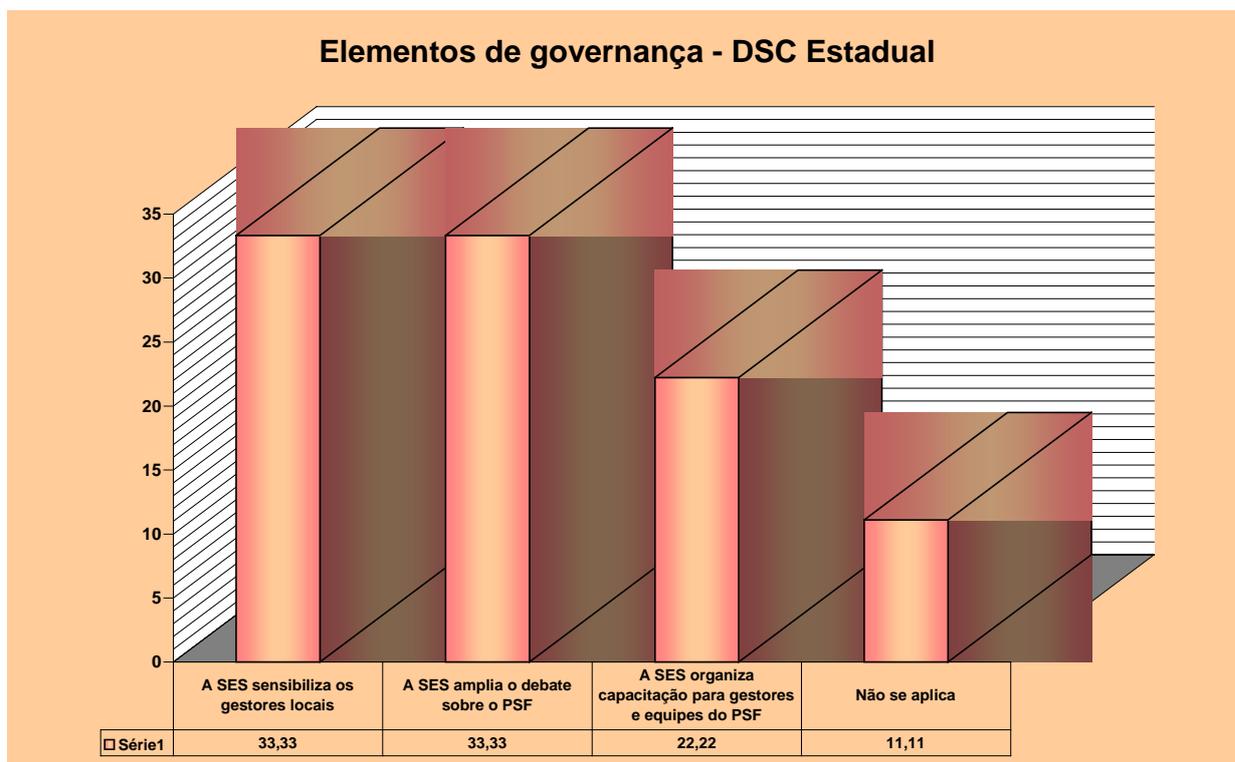
É possível verificar que os discursos referentes ao apoio dos organismos internacionais no desenho e implantação do PSF se contradizem entre as falas dos Gestores Nacionais e de alguns pesquisadores nacionais. Situação diferente se apresenta quando se trata do apoio dos órgãos colegiados do SUS, estes considerados vozes e forças propulsoras, desde os processos de negociação e pactuação em torno das metas necessárias para a implantação do PSF até ao apoio efetivo nos municípios, com vistas à consolidação dessa estratégia. Assim é o pensamento dos sujeitos pesquisados:

[...] o CONASEMS e CONASS como órgãos de representação dos gestores e, portanto executores do SF foram essenciais. Poucos são os Secretários que não se posicionam favoráveis ao PSF. E poucos são aqueles que não investem na busca das Universidades desde 1997/98, para que elas possam se integrar aos Pólos de Saúde da Família. (Gestores Nacionais).

O que é central nessas últimas falas é a declaração do papel ativo desses órgãos colegiados e a parceria com as SES, confirmando o que se apresenta na Figura 16 e nos discursos dos gestores estaduais:

[...] a Coordenação Estadual participou do Pólo de Educação Permanente e tem nos Escritórios Regionais de Saúde sua principal rede. Hoje a Escola de Saúde de Minas Gerais e as Universidades são parceiros efetivos da Gerência da Atenção Básica à Saúde. Temos feito um grande esforço para sistematizar um canal de interlocução principalmente com as Coordenações municipais, além de parcerias com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. (Gestores Estaduais).

FIGURA 16



Quanto ao apoio político em âmbito local, os discursos são variados, conforme é possível verificar nas seguintes falas.

[...] alguns políticos colocaram-se contra a proposta, interpretando que era medicina pobre para os pobres, sem entender o alcance do PSF, mas depois houve uma compreensão e incorporação da mudança de modelo. (Gestores Estaduais).

Em outra direção, afirmam:

[...] a Secretaria Municipal de Saúde, com seus coordenadores, conselho municipal de saúde e, às vezes, profissionais das equipes do município têm sido os grandes propulsores do PSF. Eles são os braços do desenvolvimento dessa estratégia em cada município. (Gestores Estaduais).

O pensamento desses sujeitos coletivos em certa medida reflete a diversidade de pontos de vista encontrada na pesquisa e na literatura. A natureza heterogênea das comunidades de apoio político-técnico-científico vai ao encontro do que afirmam alguns autores como (GOULART, 2002; SOUSA, 2001a; VIANA e DAL’POZ, 1998) que, em síntese, ratificam e se aproximam do que pensam os gestores do SUS, cujas falas foram registradas acima.

Do ponto de vista do apoio político partidário ao PSF, ao menos nos documentos de campanha, os partidos de maior expressão nacional, na oportunidade da eleição Presidencial

de 2002, colocaram em suas propostas a ampliação dessa estratégia, ainda que em conceitos, ideologias e estratégias operacionais diferenciadas. No programa de governo do candidato José Serra, era anunciada a manutenção e incremento quantitativo e qualitativo das ESF; no de Luiz Inácio Lula da Silva, a revisão do “modelo” do PSF; e no programa de Ciro Gomes, suas propostas passavam pela expansão das equipes e de sua articulação com os demais níveis do SUS.

Outra justificativa no campo da matriz de apoio ao PSF, que vimos destacado quando reconhecemos que a rede de apoio formada em torno da estratégia saúde da família, de fato, se apresenta de forma diferenciada no tempo e no espaço social de cada comunidade. E mais, que esses apoios têm inter-relação com a evolução de implantação/implementação do PSF. Tal implantação foi marcada, por assim dizer, em diferentes tempos dentro da estrutura do Ministério da Saúde. Os anos 1994 a 1997 foram caracterizados pelo baixo capital de poder político e institucional⁷³ da equipe de gerência nacional⁷⁴, na fase pós-desenho dos princípios e diretrizes destes, traduzidos nas lutas cotidianas na busca de estabilidade dos recursos financeiros, humanos, tecnológicos, aliados e parcerias de “peso”, todos destinados à garantia de governança e sustentabilidade destas estratégias. A partir de 1998⁷⁵ o PACS/PSF alça vôo institucional transitando de programa para estratégia e evoluindo progressivamente de forma a configurar-se enquanto política governamental orientadora da re-organização da atenção básica no país.

Persistem ainda as resistências e tensões das corporações do setor saúde, entre elas o Conselho Federal de Medicina que se coloca indiferente na defesa da formação dos médicos generalistas, ao mesmo tempo que incentiva a formação dos especialistas com receio de que o PSF venha subtrair esse mercado. O Conselho Federal da Enfermagem, por outras razões, também se coloca em uma posição, no mínimo indiferente, quando se omite no debate em torno da questão do Ato Médico, o que dificulta as práticas generalistas dos enfermeiros que atuam nas equipes do PSF.

⁷³ O termo capital político e institucional, nessa tese, tona como referência o sentido simbólico tratado por Bourdieu e por Foucault no tocante à microfísica do poder.

⁷⁴ Os profissionais envolvidos na gerência nacional do PACS/PSF eram militantes da saúde pública, de diferentes estados da Federação e de origem partidária diversa. No entanto, pessoas comprometidas com a proposta de mudar a saúde do país, mudança essa que acreditam deveria ser construída, participativa, mobilizadora e integradora. (SOUSA, 2001).

⁷⁵ O ano de 1998 a 2002 delimita o momento do seu crescimento político, técnico e institucional na estrutura do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ao mesmo tempo são anos de evidências de suas principais conquistas e dificuldades, circunscritas na expansão do PACS/PSF nos grandes centros urbanos, da revisão da formação dos profissionais e nos processos de institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação destas estratégias no país.

A heterogeneidade dos apoios citados no texto é também resultante das divergências entre as diversas visões dos dirigentes nas diferentes conjunturas implicam na percepção dos técnicos e outros atores oriundos de vários espaços da federação.

5.3.3 Incentivos de financiamento ao PSF

Historicamente, o Ministério da Saúde vem financiando o setor com gasto na doença, onde as ações curativas tomam primazia em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, a presença efetiva do PSF em todas as Unidades Federadas e em 5100 municípios como política nacional para organizar a Atenção Básica à Saúde, tem induzido a inversão da lógica vigente do financiamento neste setor.

Uma investida marcante com essa finalidade na busca de novas formas de financiamento ocorreu em 1998, quando se criou o Piso da Atenção Básica - PAB, o qual possibilitou a transferência de recursos calculados em base *per capita* diretamente aos municípios, acrescentando valores de incentivos financeiros vinculados ao número de ACS ou de ESF existentes em cada cidade. Diante desses compromissos, nos últimos anos, em consonância com o movimento do Governo Federal, também as Secretarias de Estado da Saúde têm, de forma tímida, propiciado incentivos à instalação do PSF, ainda que utilizando diferentes critérios de repasse.

Estados como Mato Grosso do Sul, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Tocantins, Rio Grande do Sul, vêm incentivando financeiramente os municípios a organizarem as ações e serviços básicos de saúde em seus territórios. Citando apenas Sergipe, o menor Estado da Federação, este criou o Pró-Saúde, com recursos do tesouro estadual, repassados do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde recursos financeiros para apoiar os municípios na aquisição de equipamentos e capacitação dos profissionais envolvidos na estratégia saúde da família. O Pró-Saúde (incentivo estadual) foi implantado naquele Estado em 2003, de maneira a complementar as transferências dos incentivos federais. (BRASIL, 2006, p.12). O exemplo de Sergipe simboliza a decisão política em investir na atenção básica, diferentemente de outras unidades federadas, com maior capacidade de investimento, que ainda não deram prioridade a esse nível de atenção no SUS, mesmo sendo induzidos pelo Ministério da Saúde a aderirem à Estratégia do Saúde da Família. Tal indução encontra-se expressa na edição da NOB 96, conforme mostram as falas dos Gestores Nacionais:

[...] com recursos específicos, que foram posteriormente definidos no NOB 96. Foi revisto o modelo de financiamento, buscando estimular o

crescimento da cobertura pelo PSF. O PROESF, também, foi um sinalizador importante para estimular a ampliação da cobertura do PSF e qualificar a atenção básica. Eu adotei negociações com a Secretaria executiva do Ministério da Saúde e foi criado um 13º repasse para ACS, alterada a tabela de incentivo de SF para os municípios com mais de 100.000 habitantes e passou a ser pago um adicional de 50% no valor dos incentivos de SF e Saúde Bucal (SB) para municípios com menos de 30.000 habitantes (menos de 50.000 na Amazônia Legal) e IDH menor ou igual a 0,7, assim como para as equipes que atuam em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas. Criado no orçamento recurso específico para PSF PACS, o MS realçou recursos da atenção ambulatorial para viabilizar o PSF. Desde 1998 os recursos da Atenção Básica do Ministério da Saúde foram ampliados gradativamente. Os valores do PAB estavam congelados desde sua implantação em 1998. No PPA foi inscrita uma estratégia de correção progressiva aumentando o PAB com seu valor mínimo saindo de R\$ 10,00 para R\$ 13,00. (Gestores Nacionais).

Com isso, verifica-se que os resultados no esforço de co-financiamento não podem ser gerados imediatamente, mas já se pode mensurar o seu impacto em alguns estados e municípios. No caso do Governo Federal são percebidos alguns movimentos que avançam nesta direção, como a criação do financiamento da Atenção Básica - Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica, constituído pelo somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica⁷⁶. Este mecanismo de financiamento foi estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão⁷⁷.

Além da definição do Teto do Financiamento, outros investimentos são direcionados aos municípios com mais de 100 mil habitantes, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família - PROESF⁷⁸, co-financiado pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), voltado para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país. Esse investimento é considerado no texto de Heimann e

⁷⁶ Os recursos do PAB são compostos de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família - SF; Agentes Comunitários de Saúde - ACS; Saúde Bucal - SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena - SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

⁷⁷ O Pacto pela Saúde foi criado pela portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006. Em 03 de abril de 2006, foi publicada a portaria GM/MS nº 699 que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e a portaria GM/MS nº 698 que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento.

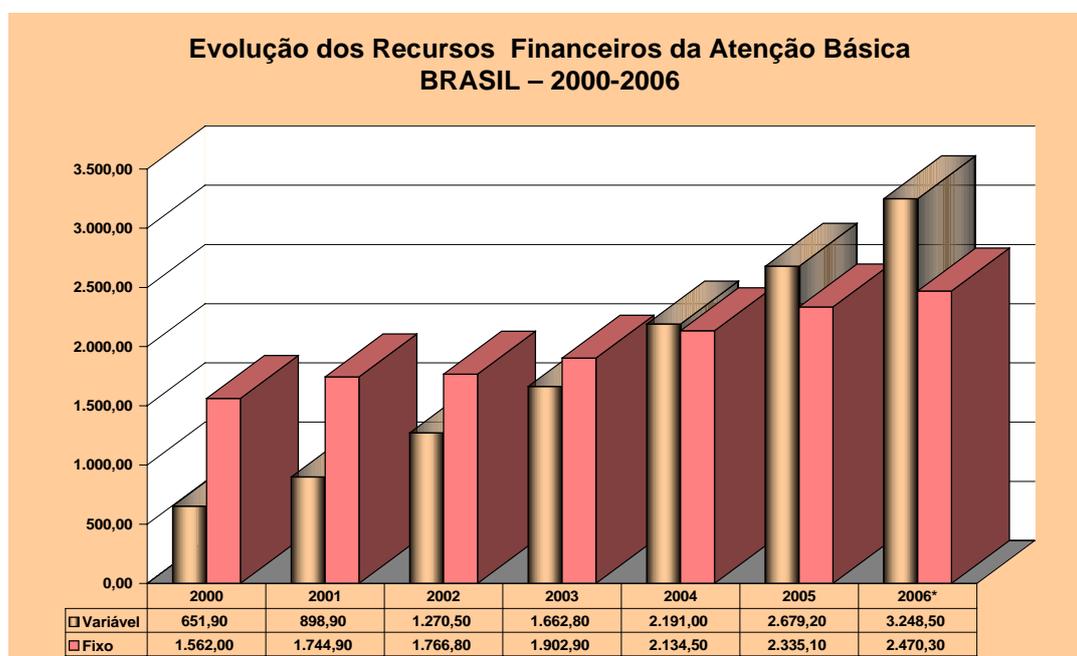
⁷⁸ O PROESF visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, nos municípios acima de 100 mil habitantes.

Mendonça (2005) como uma fase de consolidação e expansão planejada do PSF. As autoras revisam a emergência, o foco e os objetivos do PROESF, com destaque para a importância do PSF enquanto estratégia política na conversão do modelo de atenção à saúde. Afirmam que os recursos destinados pelo BIRD no valor de US\$ 275 bilhões, com igual valor de contra-parte do governo brasileiro, ampliam o potencial da implantação do PSF, mesmo em áreas que já tenham oferta de serviços de saúde de outro tipo.

Vale ressaltar que apesar de reconhecer os esforços na ampliação dos recursos destinados a Atenção Básica, estratégia Saúde da Família, o modelo atual de financiamento - PAB (fixo e variável) não consegue modificar os critérios de distribuição do incentivo federal, principalmente para os municípios com população acima de 100 mil habitantes, que somam 261 no país. Dificulta-se, com isso, a conversão do modelo e o alcance das coberturas almejadas, que correspondem a um mínimo de 70%, segundo preconiza o PROESF.

Assim, a Figura 17 que segue demonstra que houve um incremento no repasse dos recursos federais do SUS, ao longo dos seis últimos anos, para apoiar os municípios, na responsabilidade de gestor local, no processo de implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família por meio da expansão e qualificação da atenção básica.

FIGURA 17



(*): Orçamento.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

Tal progressão ascendente é visível, tanto nas transferências do PAB fixo, hoje na ordem de R\$ 2,4 bilhões, quanto no variável, destinado ao PSF, na ordem de R\$ 3,2 bilhões, ainda que

muito distante dos valores aplicados na Média e Alta Complexidade que foram de R\$ 17,2 bilhões, segundo dados do Fundo Nacional de Saúde para julho de 2006. Isto não significa que os recursos para uma política universal e integral não continuem insuficientes com o orçamento recorde de R\$ 40 bilhões, somente para falar do governo federal.

No tocante aos governos estaduais, ainda que já mencionados, faz-se necessário ressaltar suas falas expressando as tentativas de algumas Secretarias Estaduais de Saúde nos movimentos de incentivar os municípios a priorizarem a atenção básica, como eixo estruturante do SUS. A seguir, são apresentadas as idéias centrais que denotam, mais objetivamente, as iniciativas desses gestores:

[...] o Estado garantiu recursos financeiros, fonte tesouro estadual para a expansão do PSF, coloquei no orçamento do Plano Plurianual - PPA. As modificações ocorreram com a implantação do PIDL (Plano Integrado do Desenvolvimento Local) nos 11 Municípios de menor IDH do Estado e Institucionalização do PROESF. Os municípios que aderiram à política do Hospital de Pequeno Porte (HPP), onde médico pode destinar 8 horas da sua carga horária semanal de 40 horas para o HPP, foi o que o estado de Sergipe pactuou na CIB também referente às 8 horas do enfermeiro para o HPP. A SES acrescentou um aporte financeiro para apoiar a contratação das ESF que se chamou QUALIS, de mesmo peso do PAB variável. Mas em 2003 a SES propôs e a CIB aprovou prazos para a reposição de profissionais e outros ajustes. A sensibilização contínua dos gestores e o co-financiamento do Estado, assim como outras negociações, pactuação de normas operacionais do PSF estadual na Comissão Intergestora Bipartite, pactuação do sistema de supervisão e avaliação do PSF pelas gerências microrregionais de saúde. (Gestores Estaduais).

Deve-se ressaltar ainda as iniciativas dos gestores municipais no tocante aos investimentos na atenção básica, tendo no PSF sua base de organização. As falas que seguem ilustram diferentes iniciativas:

[...] o município investiu em construção, aluguel e manutenção das unidades, além de recursos humanos. Investimentos em readequação de unidades, contratação de pessoal, compra de equipamentos, educação continuada, instalações físicas e logísticas. O município investiu em contratação de profissionais médicos e enfermeiros, aquisição de veículos para transporte dos profissionais e reestruturação, reforma e ampliação das unidades, bem como equipamentos, concurso público e parceria de especializações. O município vem investindo somente para este ano [2006],

algo em torno de R\$ 2 milhões de recursos próprios para reformas, construção e equipamentos das unidades. Os investimentos feitos pelo município para o PSF foram os recursos destinados em contrapartida ao Projeto de Expansão e consolidação do Saúde da Família - PROESF. O município vem investido de forma crescente a cada exercício. (Gestores Municipais).

O que é interessante frisar é que a maior parte dos municípios utiliza, para o custeio das ações e serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde da família, todo o recurso do PAB (fixo e variável). Isto porque os recursos transferidos através do incentivo federal não são suficientes para manter as equipes do PSF funcionando. Logo, diante dos pequenos valores repassados para o PSF, os municípios têm destinado recursos próprios adicionais. Porém, essa fonte de recursos tem se apresentado problemática porque a crise das finanças municipais cria barreiras ao gasto com saúde, em geral, e à atenção básica/PSF, em particular.

Assim, em um país onde os municípios têm alto nível de desigualdade de renda e de recursos próprios, pode-se dizer que os incentivos federais cumprem um papel importante na garantia da equidade do gasto do PSF. Não obstante, não se pode afirmar que há compatibilidade entre os objetivos propostos pela estratégia Saúde da Família e a forma de financiá-la, o que requer problematizar alguns pontos dessa questão. Por exemplo, cabe-nos questionar quais as medidas que as três instâncias gestoras do SUS adotaram para priorizar na peça orçamentária e financeira, nos seus governos e nos subseqüentes, a Atenção Básica/PSF? As medidas adotadas recentemente são suficientes para a continuidade da re-organização do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS? Tais medidas incluem a criação do 13º salário-repasse para os Agentes Comunitários de Saúde, alteração da tabela de incentivo de PSF para os municípios com mais de 100.000 habitantes da Amazônia Legal (com IDH menor ou igual a 0,7), municípios onde as equipes atuam em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas e o aumento do PAB, com seu valor mínimo saindo de R\$ 10,00 para R\$ 13,00.

Encontrar respostas para essas e outras indagações, no tocante à questão do financiamento da Atenção Básica/PSF, nos impõe novos desafios, principalmente com relação à prática cooperativa construída entre os gestores do SUS. Tudo isto lembra a necessidade de definir mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção do SUS. Concordamos com Sobrinho (2002), que afirma que a alocação dos recursos deve ter primazia para a expansão nos investimentos no PSF.

Nessa perspectiva, as esferas de governo federal, estadual e municipal devem estabelecer pactos de co-responsabilidade no financiamento das ações e dos serviços de saúde, provendo o direito à saúde de forma responsável e solidária. Com isto, a estratégia Saúde da Família – eixo prioritário de investimento da Atenção Básica – deve contar com financiamento específico, proveniente da responsabilidade constitucional, também, do governo estadual, de forma a diminuir os desequilíbrios de todas as ordens no financiamento da atenção básica em particular, segundo ilustra o discurso que segue:

[...] o subfinanciamento do setor com desequilíbrio ainda forte entre os recursos direcionados para a média e alta complexidades, a precarização dos vínculos de trabalho e as estratégias ainda frágeis para o processo de formação e educação permanente dos trabalhadores vêm não apenas comprometendo o Saúde da Família, mas o sistema como um todo.
(Gestores Nacionais).

Pode-se interpretar nos discursos dos sujeitos coletivos (gestores nacionais, estaduais e municipais), principalmente nas idéias centrais da última fala descrita, que a desigualdade no financiamento da atenção básica vem comprometendo a universalização da implantação do PSF, potencializando assim suas fragilidades em um outro aspecto essencial para a governança e sustentabilidade dessa estratégia, que é o caso dos investimentos no desenvolvimento de pessoal envolvido na operacionalização dessa agenda nos municípios brasileiros, matéria a ser tratada por próximo item.

5.3.4 Desenvolvimento de pessoal envolvido no PSF

A equipe gestora envolvida no desenho da estratégia saúde da família, desde sua origem, trazia, no conjunto das situações-problema no momento da implantação desse modelo, a carência de profissionais com perfil adequado aos princípios organizativos e operacionais dessa estratégia. Essa questão continua presente na atualidade, o que se confirma nos discursos dos gestores nacionais:

[...] a situação de implantação hoje demonstra que a escolha de uma equipe mínima nacional, inicialmente foi importante para graduar o processo de implantação e agregou outros profissionais à equipe, como por exemplo, os de saúde bucal. A ampliação de cobertura e o grau de conhecimento obtido pelo PSF tanto junto aos gestores do SUS como junto à população podem ser considerados um grande avanço, adicionado à expansão das equipes. A criação de recursos de capacitação e dos Pólos de Educação Permanente

para o Pessoal do PSF vem ajudando muito a consolidação dessa estratégia nos municípios brasileiros. A ausência de profissionais, principalmente de médicos, capazes de enfrentar uma nova prática de atenção à saúde das famílias, continua sendo um dos maiores problemas que enfrentamos na atualidade. (Gestores Nacionais).

As falas acima refletem a preocupação de alguns autores como Paim (2002), quando afirma que o PSF não pode ficar confinado ao “SUS para os pobres” e na atenção primitiva de saúde, no dizer de Testa (1992), nem sua expansão focalizada apenas nas áreas rurais e periferias das cidades. Nesse sentido, concordando com esses pensadores, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério, atualmente Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde, no final do ano de 1996, ensejou a implantação de Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para pessoal do Saúde da Família. Mediante edital nº 04, de 06/12/96, foram convocadas as Instituições de ensino e serviço a apresentarem projetos que possibilitassem uma ação renovada no espaço de articulação ensino-serviço, com vistas à capacitação e formação de profissionais capazes de construir o PSF nas diferentes regiões do país.

Esses tinham como tarefa central articular e abrir o diálogo social em torno de uma agenda concreta, capaz de ampliar o debate da mudança na formação dos profissionais da saúde, que há décadas vem se dando, e para a qual, no dizer de Paim (1991), o otimismo não basta. Dessa forma, a SAS/MS traz para a mesa nacional a re-discussão dessa problemática e a possibilidade de encontrar caminhos para seu enfrentamento.

Foram apresentados 21 projetos que, ao serem analisados, resultaram em aprovação de dez como pólos, seis como projetos de capacitação e cinco como projetos de cursos instalados. Os projetos que não se caracterizaram como pólos e sim como centros de capacitação e cursos introdutórios, desempenharam um importante papel na preparação de recursos humanos para o PSF, cuja agenda foi construída a curto, médio e longo prazo, considerando os seguintes compromissos:

- a) Oferta de cursos de atualização para os membros das ESF;
- b) Acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes nas UBSF;
- c) Implantação de programas de educação permanente destinados às ESF;
- d) Implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação *lato sensu*, iniciativa esta destinada a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação.

A complexidade desses compromissos sinalizava para a necessidade de ampliação da rede de instituições parceiras envolvidas com os Pólos. Para tanto, em 1998, a Secretária de Assistência à Saúde - SAS/MS lança um novo edital, estimulando que cada Unidade da Federação tomasse para si a responsabilidade de fortalecer a rede Pólo no Estado e no conjunto de suas regiões/municípios.

É possível verificar nos discursos dos gestores estaduais a compreensão da necessidade de ampliar a rede de parceiros na implantação dos Pólos como forma de assegurar a qualidade na implantação do PSF, conjugada a outras iniciativas, segundo apontam as seguintes falas:

[...] o apoio técnico se deu com assessoria técnica, visitas de diagnósticos situacionais, coordenação e apoio, além da gerência de Atenção Básica, assessoramento na execução dos convênios com o Ministério da Saúde, elaboração de normas operacionais e instrumentos que aperfeiçoavam o processo de trabalho, cooperação técnica e financeira e a criação de cinco pólos de capacitação.

Os Secretários de Estado da Saúde e Coordenadores da Atenção Básica/PSF acrescentam aos seus discursos outras idéias centrais, na seguinte direção:

[...] a SES desenhou uma proposta de co-financiamento para fixação de profissionais, com critério de acesso e distância da capital em parceria com a Associação de municípios e COSEMS. No primeiro ano (2000) fez convênio para repasse de incentivos; no ano 2001 implantou o repasse dos incentivos fundo a fundo para os municípios, de acordo com a cobertura populacional e a localização geográfica.

Mencionam ainda:

[...] muitas discussões dentro dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e reuniões diretas com a própria comunidade, para criação dos Pólos e entram outras pessoas no governo e mudam tudo, sem olhar o que existia para trás, isso desmonta todo o processo de sensibilização e crédito que íamos construindo junto aos parceiros... a substituição da lógica do Pólo de Capacitação e Educação Permanente do Saúde da Família provocou uma paralisação no processo de capacitação das equipes e grandes lacunas na continuidade das ações que vinha sendo desenvolvidas. Ainda não preenchemos essa lacuna, mas, seguiremos tentando encontrar alternativa para a capacitação das ESF e dos gestores locais, com vistas à qualificação do trabalho de todos. (Gestores Estaduais).

Os sujeitos dirigentes do PSF à época estavam atentos a todas essas questões e ao que afirmava Paim (2002, p.364): “... os Pólos não merecem limitar-se a quistos de universidades,

enquanto vitrines de mudanças virtuais”. Diante desse alerta, verificou-se a necessidade de acompanhar os resultados daqueles Pólos. E para tanto foram realizadas algumas pesquisas, como a do Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no ano de 2000.

Os resultados dessas pesquisas foram utilizados para subsidiar as negociações e definições de linhas estratégicas de ação no que diz respeito à formação, capacitação e educação permanente junto ao Ministério da Educação e outras instâncias governamentais.

Em 2003 estes pólos foram substituídos por uma nova proposta que incluía todos os trabalhadores do SUS, os usuários da rede de serviços, a rede formadora e os estudantes, denominada Pólos de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS. A implantação dessa nova proposta não foi precedida de qualquer avaliação dos resultados da experiência anterior que permitisse apreender os seus limites e as possibilidades de potencialização daquilo que havia de agregador em ambas as propostas. Uma nova conjuntura institucional determinou a suspensão das experiências dos Pólos, tanto do PSF quanto da ampliação dos mesmos para o restante do SUS.

O que se aprende com fatos dessa natureza é que sujeitos públicos, ocupando cargos governamentais, podem perder a racionalidade na formulação das políticas públicas, tratando-as como uma ação conjuntural, ao invés de uma ação estruturante de um estado-nação. Nessa condição, o tempo e o cuidado com os sujeitos envolvidos nas políticas em curso são elementos essenciais para a consolidação das estratégias que implicam em mudanças concretas.

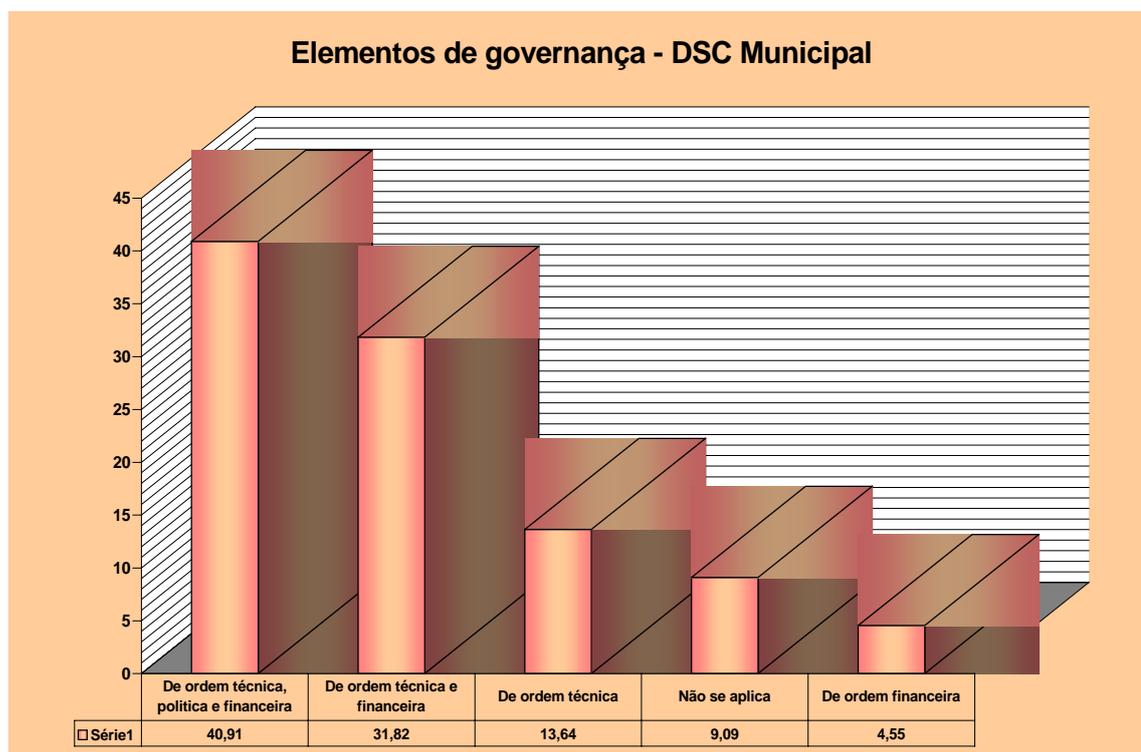
De acordo com as considerações de Paim (1995, p.363): “Uma universidade e uma faculdade de medicina não são uma planta industrial capaz de alterar rápida e impunemente suas linhas de montagem”. Concordando com o autor, acrescentamos que esses espaços são constituídos por sujeitos estratégicos, comprometidos e protagonistas de um projeto radical da reforma sanitária e da reforma do ensino, e que merecem ser vistos na sua capacidade de produzir mudanças, especialmente se elas são construídas a partir dos saberes coletivos e dos poderes compartilhados. Movimentos em sentido oposto podem trazer incompreensões, equívocos e frustrações.

Concordando com o autor, acrescentamos que essas incompreensões, equívocos e frustrações se avolumam quando se deparam diante da difícil realidade enfrentada no cotidiano dos municípios, segundo demonstra a Figura 18 e expressam os gestores municipais nos discursos que seguem:

[...] a falta de financiamento para capacitar os profissionais principalmente por termos iniciado o processo já na visão de equipe multiprofissional, onde

a odontologia já estava inserida no processo desde o início. Capacitar principalmente o profissional médico que terá uma atuação como generalista, foi muito difícil, com a chegada dos Pólos facilitou muito. O município enfrentou dificuldade para implantação do PSF no tocante à ausência de profissionais com conhecimento do SUS. Outras dificuldades técnicas foram o déficit de Recursos Humanos, a falta de profissionalismo capacitado e com perfil adequado. Dificuldade de contratação dos profissionais para expansão e reorganização equipes (falta de profissionais qualificados no mercado e lei de responsabilidade fiscal). Perfil inadequado dos profissionais com a estratégia de saúde da família. Alta rotatividade de profissionais (baixos salários, ausência de plano de cargos e salários). Dificuldade de educação permanente (alta rotatividade dos profissionais, grande número de pessoas a serem capacitadas, dificuldade de ausentarem-se do serviço para treinamentos). (Gestores Municipais).

FIGURA 18



Conforme se pode depreender dessas falas e opiniões dos autores citados, a estratégia de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto uma política de Estado capaz de levar adiante mudanças

em curso na formação, sobretudo dos profissionais da medicina. Busca-se que esses profissionais estejam preparados e comprometidos para exercer a prática da saúde integral, familiar e comunitária.

Ainda, essa responsabilidade cabe primeiramente ao Ministério da Saúde, que deve cumprir os dispositivos constitucionais conforme o artigo 200, inciso III - “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, exercendo o papel de indutor junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, e principalmente junto às instituições de ensino superior.

Essas instituições, quando convocadas⁷⁹, não mediram esforços no sentido de envidar energias, crenças e esperanças na construção de outro modelo de atenção à saúde das famílias brasileiras. Esses esforços são evidenciados nas produções do PSF ao longo dos 13 anos de sua implantação. (Vide APÊNDICE H).

5.4 A percepção do acesso aos serviços básicos de saúde pelos usuários

Quando perguntado aos indivíduos cuidados pelas equipes do PSF, nos 12 municípios estudados, se sabem o que é o Programa Saúde da Família, se tem idéia de quando ele começou e quais foram as mudanças que ocorreram no atendimento das Unidades Básicas de Saúde, as respostas circularam por:

[...] não sei dizer, o posto está funcionando melhor, e são aquelas moças que visitam a nossa casa, sou nova aqui no bairro, ouvir falar, tem mais de 10 anos, faz muito tempo.(Usuários).

Elegemos para apresentar como resultado e discutir aquelas respostas de maior frequência em todas as entrevistas realizadas. Foram elas:

- a) não conhece o PSF;
- b) melhoria no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.

5.4.1 Falta de conhecimento sobre o PSF

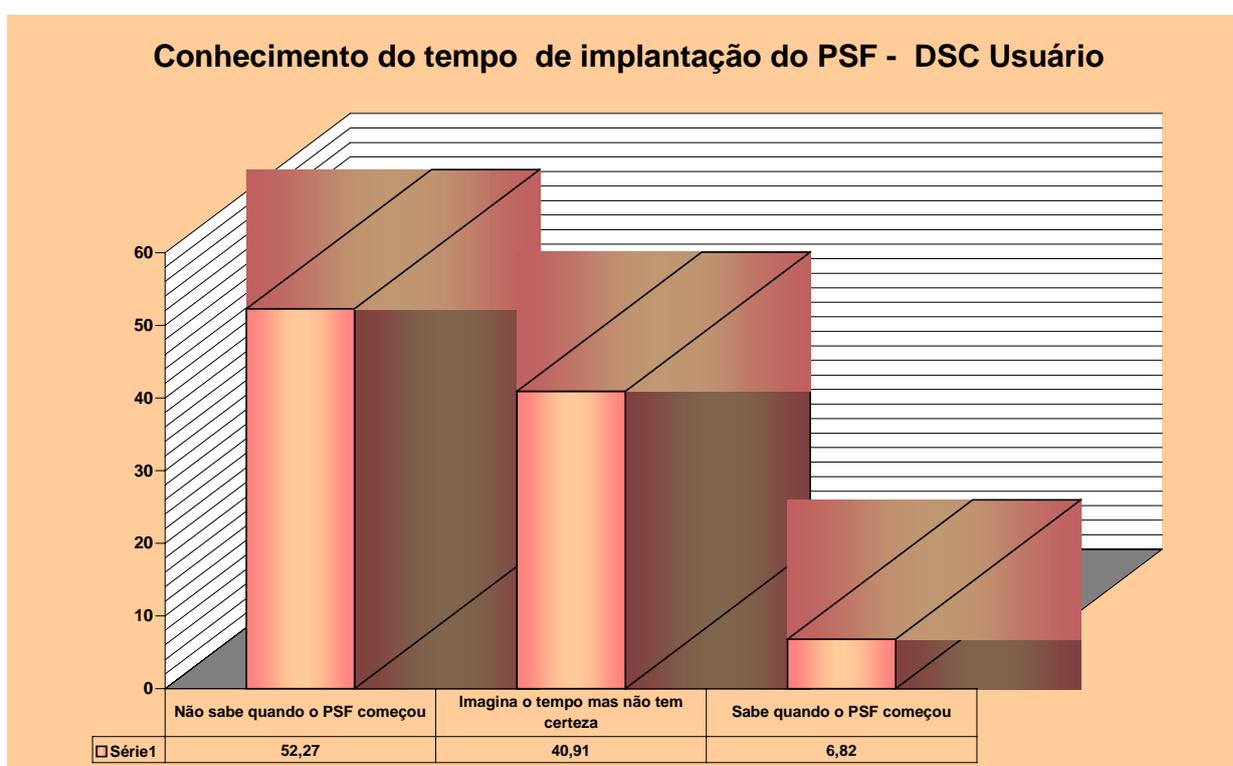
Passados mais de 13 anos da atuação do PSF, criado em março de 1994, os usuários dos 12 municípios pesquisados desconhecem o que é o PSF. Os indivíduos entrevistados demonstram não terem clareza da finalidade dessa estratégia em boa parte desses municípios, ainda que tenham clareza da presença da equipes nas unidades básicas de saúde e que os serviços estão

⁷⁹ Estamos falando da Rede de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal do PSF, em construção no Brasil, que foi interrompida por conflitos de interesses e arranjos decisórios conjuntural.

sendo prestados, mas, não ligam uma coisa a outras, conforme demonstra a Figura 19 e os discursos desses sujeitos:

[...] *eu não sei te dizer quanto tempo faz. Sou nova, não me recordo porque eu não era daqui também. Mas acho que tem mais de 10 anos. Acho que faz tempo. Quando eu vim para cá, ele já era assim. Eu moro, na verdade, uns seis anos aqui. Quando eu cheguei aqui já tinha começado. Eu não tô lembrando o tempo, mas ele funciona. Eu não tenho aqui o tempo certo que está funcionando, mas por enquanto ainda está sendo melhor, o posto de saúde está funcionando.* (Usuários).

FIGURA 19



Compreende-se as respostas acima como resultado da fragilidade de um dos princípios orientadores da estratégia saúde da família, que é imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações básicas de saúde, esta passando, sobretudo pela criação do vínculo e da co-responsabilidade entre os gestores, profissionais (equipes do PSF) e os indivíduos, famílias e comunidades.

Este princípio, muito embora passe pela adscrição da clientela referindo-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre esses sujeitos em relação, ele tem uma relação direta com o acesso a serviços e ações básicas de saúde, em suas mais diferentes expressões;

nos dizeres de Travassos e Martins (2004), acessibilidade foi definida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população; nesse caso, o conhecimento das finalidades e objetivos do PSF.

O que é central nas falas dos “usuários” é que muito embora não saibam o que é o PSF, identificam e reconhecem no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS⁸⁰, os serviços e as ações básicas de saúde ofertadas pelas equipes do PSF, estabelecendo entretanto pouca ligação com os profissionais que compõem as equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem). Portanto, estes passam a ser os interlocutores privilegiados das unidades básicas junto às famílias e comunidades.

Além do mais, os respondentes esboçam o que seria o PSF, isto é, tentam trazer para suas vidas práticas, para seu cotidiano, o que é o médico, enfermeiro de família, o que fazem as unidades básicas de saúde. As falas que seguem são meios para se aproximar das perguntas formuladas a eles:

[...] eu entendo assim, a gente vem no postinho, é muito bem tratado pelos médicos, pelos enfermeiros, é ótimo. O médico de família faz visita lá para gente, quando a gente não pode nem vir, eles se preocupam com a gente, o que está acontecendo. Sobre os direitos que a gente tem como paciente de ser bem atendida. Já ouvi falar assim por alto, mas participar mesmo eu não sei o significado mesmo. Eu não sei qual é o plano de saúde da família. A gente escuta no rádio, na televisão... Já ouvi falar, não sei explicar com as palavras certas. Mais ou menos. Eu não sei muito não. Incentiva mais as pessoas a cuidarem da saúde. Ajuda as pessoas que necessitam. Eu acho ótimo. Eu acho que ele é bom. A gente tem parentes em outros bairros que não funciona que nem aqui. Eu estou satisfeita com isso, daqui do meu bairro. A gente tem mais atendimento para a pressão, as coisas, as visitas nas casas que eles fazem também. É o Programa deles que visitam a gente em casa, que passam as mulheres, que o médico vai lá em casa quando a gente tem um acamado. É muito bom. As pessoas vão a nossa casa e conversam com a gente, são os agentes de saúde. Procuram saber como estão, se houver a necessidade, um médico vai à casa da gente ou a enfermeira formada e tudo. Marco as consultas pelo SUS. Eu mesma sou

⁸⁰ O ACS é membro da comunidade, conhece profundamente seus problemas e visita com regularidade as casas. Tem entre suas atribuições estar atento aos fatores de risco à saúde, orientar, encaminhar, solicitar a presença de outros profissionais membros da equipe, quando necessário.

hipertensa de pressão alta. Tenho que estar sempre conseguindo remédio... A gente não pode também estar comprando. Daí o doutor orienta a gente e somos bem recebidos. É uma coisa legal para a gente, tratamento para a nossa saúde. Já ouvi falar nesse programa. Sempre assisto por televisão sobre o programa da família. Uns dizem que não tão satisfeitos, mas eu tô satisfeito. Nunca me faltou medicamento, um bom atendimento. Sei porque meu esposo é agente de saúde. (Usuários).

De qualquer modo, a pertinência dessa discussão para a categoria que diz respeito à percepção do acesso aos serviços básicos de saúde pelos usuários, está em sua possibilidade de incitar a definição que adotamos nessa tese sobre acesso em âmbito geral, não restrito apenas à entrada nos serviços básicos de saúde, prevalecendo assim as idéias centrais de que acesso é uma dimensão da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, segundo Donabedian (2003), conceito já tratando no capítulo inicial dessa pesquisa.

Em síntese podemos dizer que a ausência de capacidade dos entrevistados em reconhecerem a oferta dos serviços e as ações básicas de saúde, o mais perto possível de suas moradias e trabalho, como sendo uma prática das equipes do PSF, limita um dos princípios orientadores dessa estratégia: o vínculo e a co-responsabilidade nos processos de cuidar de suas saúde-doença. Esta limitação mostra que os gestores e as equipes do PSF têm muito a fazer no tocante à explicação e diálogo da razão de suas existências. Dizendo de outra forma, não basta que as famílias estejam adscritas às unidades básicas de saúde como sinônimo de acesso; é preciso uma interligação entre o uso dos serviços, sua continuidade, resolutividade, integralidade e qualidade. E mais estabelecer mecanismos de informação, educação e comunicação, sobre o papel social sanitário do PSF. Ao contrário, ficaremos apenas em uma medida, a do uso assistencial das ações e serviços básicas de saúde. Ainda que este seja considerado necessário e importante, enquanto medida de acesso, não pode ficar restrito ao funcionamento das unidades básicas de saúde, como condição digna e humanizada do acesso.

5.4.2 Melhoria no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde

O funcionamento das unidades básicas de saúde simboliza o acesso aos serviços básicos de saúde, segundo as falas dos sujeitos entrevistados nos 12 municípios da implantação do PSF.

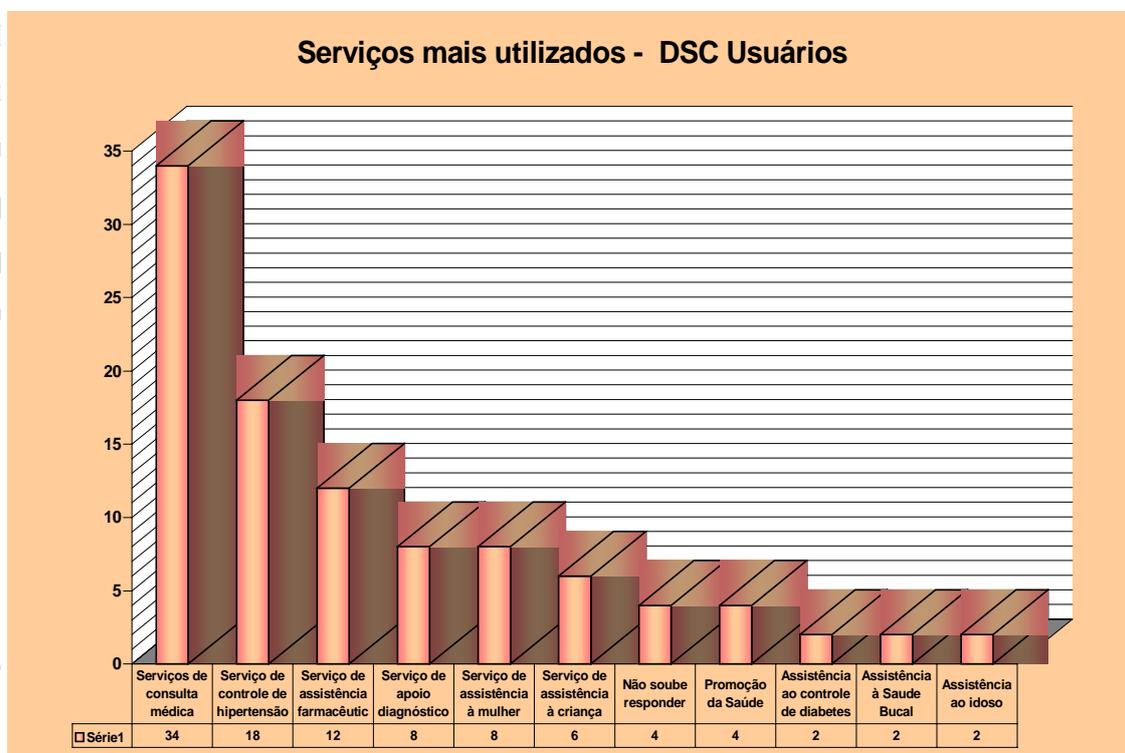
[...] eu sou hipertensa, então quando eu passo mal eu venho para cá tomar o remédio. Para mim, a única coisa que eu uso mesmo é a hipertensão, e eu

tenho osteoporose com um outro problema no meu joelho. A doutora sempre ajuda, hipertensão mesmo tem que vir sempre uma vez por mês, eu venho mais vezes, a gente vem controlar e fortalecer. E eu também tenho diabete, venho aqui para consultar, para pegar a receita da segunda, que eu tomo insulina, e sou bem atendida por todos aqui do Posto. (Usuários).

Nessas idéias centrais dos discursos dos sujeitos coletivos é possível verificar a percepção dos indivíduos quanto ao acesso aos serviços básicos de saúde, naquilo que eles consideram com ser bem atendido e poder contar com os remédios para os tratamentos de seus agravos/enfermidade. Essas ações e ou práticas sanitárias representam um vínculo simbólico dos processos organizativos dessas unidades. Há, portanto uma lógica subjacente de que o fato das unidades básicas de saúde estarem funcionando constitui um sinal do acesso aos serviços de saúde ofertados naquelas unidades no âmbito científico e tecnológico de suas competências.

As idéias centrais dos discursos que seguem expõem o relacionamento dos usuários com as unidades básicas de saúde e suas expressões-chave estão ancoradas na concepção do papel que exercem as unidades básicas de saúde no tocante ao seu funcionamento.

[...] a gente vem procurar médico aqui no posto. Venho buscar saúde para a gente, exame de fezes, exame de urina, exame de sangue, qualquer exame tem que pagar e aqui fazemos exames de graça. Venho sempre de 2 em 2 meses, ou 3 em 3 meses. Eu venho aqui, com retorno, eu consulto, pego a receita e os remédios. A minha mãe vem consultar o meu irmão. E eu venho procurar o médico, para marcar uma consulta, para a gente ter um remédio. Meu caso mais é gripe. Eu venho procurar o serviço social, marcar um resultado de consulta.. (Usuários).



os, a
áticas
iva a
-se às
e o

Nessa direção cabe uma distinção entre o funcionamento das unidades básicas de saúde e o acesso aos serviços básicos de saúde, à medida que seus elementos explicativos não são os mesmos, muito embora possam complementar-se quando analisados em conjunto com outros elementos em diferentes contextos e situações, ainda assim, apenas um entre os inúmeros elementos explicativos. Portanto, o funcionamento das unidades básicas de saúde é visto nessa tese como parte do processo organizativo técnico-assistencial das ações e serviços de saúde, enquanto o acesso é tratado como a relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades (demanda), as equipes do PSF (oferta) e tecnologias leves mediadas por um exercício de práticas gerenciais e sanitárias “supostamente” democráticas e participativas. O conceito de acesso deixa de ser apenas um primeiro contato, “porta de entrada” do sistema, e passa a ser o vínculo de co-responsabilidade nos processos do cuidar da saúde-doença-morte entre os sujeitos em relações, conceito já esboçado na introdução dessa tese.

Como afirmam Assis e colaboradores (2003), o acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo. Ainda para essa autora são necessários esforços dirigidos às lutas cotidianas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde e que também possa satisfazer a demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços (públicos e privados).

Essas mudanças exigem uma reestruturação de todo um sistema conceitual, que passa, na visão de Garcia (1989), pelas resistências e/ou crenças já arraigadas nos indivíduos no tocante

às suas noções acerca de processo saúde-doença. Partindo desse entendimento, acrescentamos a necessidade de desconstruir e ou reconstruir uma cultura de saúde afastada da cultura da doença, em direção à consciência sanitária no que se refere aos direitos individuais e coletivos de uma sociedade no sentido apontado por Berlinguer (1978), quando analisa o acesso aos bens e serviços essenciais de saúde.

6 (IN) CONCLUSÃO

Sabe-se que o Brasil já viveu ao longo das últimas décadas uma série de tentativas de mudar, na expressão de Teixeira (2003), a forma e o conteúdo de prestar atenção à saúde. Entretanto, todas as iniciativas, por melhor que tenha sido a origem de suas propostas em termos de base filosófica, princípios e diretrizes, não foram suficientes para alterar as bases que sustentam o modelo médico assistencial predominante no país.

Essas bases não sofrerão alterações porque traziam em seus cernes elementos parciais dos problemas complexos que se enfrentam na construção de um novo modelo; tal complexidade vem sendo retratada ao longo das décadas por autores diversos, entre eles Arouca (1975), Donangelo (1976), Paim (1981, 1994, 2002), Garcia (1989), Mendes-Gonçalves (1979) e Teixeira (1991; 2002; 2003). Eles nos alertam para a necessidade de compreendermos os fatores e as dinâmicas social, econômica, política e cultural que determinam a hegemonia de modelo sanitário, centrado nos hospitais, nas subespecialidades, nas ações de programas verticais e nas práticas médicas baseadas na doença e nos aparatos medicamentosos. Com efeito, esses paradigmas são construídos socialmente e consolidados por grupos que defendem suas crenças, valores e se posicionam pela manutenção do modelo vigente, predominando, sobretudo os interesses das corporações empresariais e profissionais.

A esse respeito, deve-se salientar que essa tese, ao analisar a implantação do PSF no que se refere ao acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS, coloca à mesa as raízes dos velhos e novos problemas que os serviços e sistemas de saúde apresentam em diferentes espaços de poder.

E foi nesses espaços de poder, na dimensão política, que perguntamos aos gestores do SUS, das três instâncias de governo, quais as motivações que os levaram a implantar o PSF. E ao implantarem se tomaram em conta a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de Saúde. Os discursos analisados demonstram que as motivações se apresentam, segundo os lugares, responsabilidades e competências de cada nível de gestão do SUS. Portanto, as falas desses sujeitos são conseqüências dos espaços de poder por eles ocupados. Os discursos dos Gestores Nacionais evidenciam que suas motivações para induzir a implantação do PSF estavam diretamente vinculadas ao desejo de que essa estratégia pudesse contribuir para a **organização do SUS e reordenamento do sistema**, enquanto que os depoimentos dos Secretários de Estados da Saúde e dos Coordenadores da Atenção

Básica/PSF⁸¹, (Gestores Estaduais) demonstraram que suas motivações decorreram da vontade de ver no PSF uma estratégia com o potencial de **mudança do modelo assistencial**. Já as falas dos respondentes no âmbito dos sistemas municipais de saúde (Gestores Municipais - Secretários e Coordenação da Atenção Básica - PSF) apontaram para a necessidade de que o PSF pudesse de fato **re-organizar a Atenção Básica**.

Essas foram as idéias centrais expressas nos discursos desses sujeitos que têm responsabilidades e competências diferenciadas nas intervenções dos processos de expansão e qualificação do PSF no país. Nelas fica claro que suas motivações para implantação e/ou implementação dessa estratégia, em alguma medida, levou em consideração a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde.

No obstante, não se pode afirmar que todos os gestores do SUS pensam a partir dessa intencionalidade; mas há no conjunto dos 12 municípios pesquisados um consenso, ainda que nos discursos, de que os motivos que os levaram à adoção do PSF foram as possibilidades de que essa estratégia pudesse, na prática, cumprir os princípios orientadores do SUS, sobretudo, na equidade, integralidade e universalização do acesso aos serviços básicos de saúde.

Os discursos dos sujeitos coletivos dessa pesquisa não podem ser tomados de forma isolada quando se trata de compreender a categoria analítica “expansão da cobertura do PSF no Brasil” (distribuição geográfica), e sim triangulados a outras fontes de dados⁸², os quais indicam as lacunas de acesso às ações e serviços básicos de saúde. Estas lacunas existem desde a origem da indução pelo Ministério da Saúde à implantação dessa estratégia. Naquela época somente 12 estados da federação e 12 municípios aderiram a esta iniciativa, com apenas 328 equipes em funcionamento, como foi assinalado no capítulo 5. Atualmente 5.100 municípios brasileiros contam com 26.259 equipes do PSF, dando a oportunidade a 84,2 milhões de pessoas de serem cuidadas o mais próximo possível dos seus lugares de moradia. No entanto, essa cobertura ainda expressa a distribuição desigual das equipes do PSF no conjunto das cidades brasileiras.

É esse contexto que explica e fundamenta, por um lado, a pronta adesão dos municípios de pequeno porte - entre 10 e 20 mil habitantes - e médio porte - de 20 a 50 mil habitantes, por estes não disporem de uma rede de serviços previamente estruturada, com baixa ou nenhuma

⁸¹ Os Estados que responderam o roteiro de entrevista foram: no Nordeste - Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Sergipe; na região Sudeste - São Paulo e Minas Gerais; no Sul - Santa Catarina; no Norte - Roraima e Manaus; na região Centro-oeste Goiás e Mato Grosso.

⁸² Várias foram as pesquisas realizadas para identificar a cobertura e ou distribuição das equipes do PSF no Brasil, entre elas Evolução do processo de implantação do PSF no Brasil - 1998-2001, Saúde da Família no Brasil - uma análise de indicadores selecionados - 1998-2004 e Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, 2005, todas realizadas pelo Ministério da Saúde/SAS/DAB.

capacidade instalada, vindo a fazê-la com a inserção das equipes do PSF. Por outro lado, as capitais e os municípios acima de 100 mil habitantes, onde reside mais de 50% da população brasileira, continuam com baixas coberturas, principalmente entre as cidades que concentram o maior número de pessoas e entre os principais estados e regiões do país.

Além disso, pode-se observar nessa pesquisa a disputa político-partidária entre estados e municípios, quando suas gestões estão sob o comando de partidos políticos contrários; nesses cenários, as resistências e oposição corporativa e ideológica se ampliam, dificultando com isso a expansão do PSF. Adicionam-se a esse quadro outros fatores que contribuem para a baixa cobertura nas capitais, nos grandes centros metropolitanos, a exemplo de hesitações e dúvidas dos gestores municipais quanto às evidências e benefícios de um sistema de saúde orientado pelas ações e serviços básicos de saúde; a pressão política, social, e por vezes da imprensa, por demandas pontuais de cunho assistencial; a existência de uma rede física instalada centralizada nos hospitais e ambulatórios de subespecialidades; a concentração de recursos clínicos de alta e média complexidade; o acúmulo de demandas vindas de outros municípios que não dispõem de recursos, sobretudo de apoio diagnóstico e terapêutico, concentrados nas capitais e ou regiões metropolitanas; os municípios não atendem apenas às demandas de sua população; a insegurança em transitar de uma rede tradicional para uma rede focada na lógica organizativa do PSF, com a imposição de novos problemas de infra-estrutura e recursos humanos; e as demandas da população por especialistas.

Vários autores assinalam como fato observado a existência de boas práticas por parte das equipes do PSF, sobretudo nos municípios de pequeno porte (SOUSA et al, 2000; TEIXEIRA, 2003). Porém, muitas vezes estas práticas apresentam-se limitadas para a oferta de atenção integral face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais. Logo, a obtenção de boas práticas não altera substantivamente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando com isto o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico que realiza consultas com apoio diagnóstico, equipamentos e medicamentos.

Para análise dessa situação, Teixeira (2003) nos instiga sobre a pertinência de expandir essa estratégia para os municípios acima de 100.000 habitantes da mesma forma como vem sendo implementada nos demais. Nesses novos espaços-territórios o PSF passa a concorrer fortemente com as práticas assistenciais médico-curativas, o que provoca tensão e resistência de atores envolvidos na manutenção do modelo hegemônico.

Essas tensões e resistências também se expressam de uma outra maneira nos 12 municípios pesquisados. Nestes registramos a existência de áreas descobertas, transcorridos 13 anos de sua adesão ao PSF. Quando verificadas as semelhanças e diferenças entre eles, as lacunas do acesso são perceptíveis. E mais, estas lacunas encontram-se em áreas por eles consideradas prioritárias e tomadas como critério de inclusão no momento da implantação de suas primeiras equipes. Segundo seus depoimentos, estes critérios de escolha tomaram por referência os riscos sociais, econômicos, geográficos e epidemiológicos, identificados no Mapa da Fome do IPEA, na inexistência dos serviços de saúde na zona rural e periferias das cidades. Alguns decidiram por completar as equipes fechando todo o território (área de adscrição das unidades básicas de saúde), além de complementar e ou apoiar as equipes nucleares (mínimas) com a inserção dos profissionais de saúde bucal, serviço social e educadores em saúde. Outros mais avançados sob o ponto de vista da cobertura encontram-se em processo de estruturação dos pontos de integração da rede de atenção à saúde. Constatou-se, portanto, que os gestores municipais dos 12 municípios pesquisados definiram os critérios e prioridades de exclusão e/ou inclusão das equipes do PSF a serem implantadas, levando em consideração a redução das desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde, mas a concretude desse acesso se depara com problemas estruturais que vão desde a fragilidade financeira, em função da baixa capacidade de arrecadação tributária, passando pelo conflito da lei de responsabilidade fiscal que limita a contratação de novos profissionais, pelas debilidades na infra-estrutura da rede física instalada, e, culminado nas demandas insistentes por atendimento a doença e seu aparato médico- assistencial.

Na dimensão técnico-financeira, na categoria governança institucional do PSF, analisamos os elementos institucionalização do Saúde da Família, base de apoios político, técnico e científico, incentivos de financiamento e desenvolvimento de pessoal envolvido no Saúde da Família, com o propósito de verificarmos as capacidades dos governos em implantar e ou implementar o Saúde da Família nas três instâncias gestoras do SUS, e seu favorecimento na superação das desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde. Dessa forma, vê-se com indispensável sintetizar: **Primeiro**, no que se refere à institucionalização do PSF, esta pesquisa constatou que durante os 13 anos de sua implantação, os sujeitos sociais⁸³, envolvidos diretamente com a responsabilidade de conduzir e induzir esta agenda no Ministério da Saúde em diferentes conjunturas política, institucional e administrativa,

⁸³ Os profissionais envolvidos na gerência nacional do PACS/PSF eram militantes da saúde pública, de diferentes estados da Federação e com origens partidárias diversas. Eram pessoas comprometidas com a proposta de mudar a saúde do país, mudança essa que acreditam deveria ser construída, participativa, mobilizadora e integradora (SOUSA, 2001).

credenciaram o espaço e a agenda, perante as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seus órgãos colegiados (CONASS, CONASEMS) e demais entidades de classe do setor saúde.

Este credenciamento assegurou em âmbito nacional um *locus* para ampliar o debate e a interlocução à construção da política nacional da atenção básica/PSF. O reconhecimento e a legitimidade desse espaço fazem com que todas as unidades federadas e os 12 municípios pesquisados estruturassem suas secretarias para responderem ao desafio dessa agenda tripartite (governo nacional, estadual e municipal), seguindo assim os princípios orientadores do Ministério da Saúde rumo à institucionalização do PSF. No entanto, verificou-se ainda que, mesmo existindo as coordenações (nacional, estaduais e municipais) e estas exercendo um papel estratégico importante na expansão das equipes do PSF, as mesmas apresentam fragilidades na capacidade gerencial de conduzir e induzir técnica e politicamente a consolidação de forma qualificada dessa agenda nas diferentes instâncias de governo.

Segundo, no tocante aos apoios político, técnico e científico ao PSF, Sousa (2001) reconhece que a rede de apoio formada em torno dessa estratégia, de fato, se configura de forma diferenciada no tempo e no espaço social de cada comunidade. E esses apoios apresentam-se de forma marcada pelas diferentes conjunturas e inter-relações de poderes. Observamos que os anos 1994 a 1997 foram marcados pelo baixo capital de poder político e institucional da equipe de gerência nacional, na fase pós-desenho dos princípios, características e diretrizes do PSF, traduzidos nas lutas cotidianas em busca de estabilidade dos recursos financeiros, humanos, tecnológicos, aliados e parcerias de peso, todos destinados à garantia de governança e sustentabilidade destas estratégias. A partir de 1998⁸⁴ o PACS/PSF transita e evolui progressivamente de programa a estratégia configurar-se enquanto política governamental orientadora da re-organização da atenção básica no país. Nessa condição, os apoios são ampliados, de forma heterogênea. Isso implica na inserção e percepção dos atores, técnicos e dirigentes vindos de diferentes realidades do país; estas diferenças trazem riquezas, desafios e também conflitos, confirmando as formas diferenciadas de apoio, umas mais propulsoras, outras indiferentes, e muitas, ainda obstrutoras, influenciado assim os processos de expansão, com qualidade, do PSF.

Com isso, a maioria dos profissionais das equipes do PSF (oito municípios) desejam que o apoio a essa estratégia se dê de forma pactuada entre as instâncias de governo e da sociedade,

⁸⁴ O ano de 1998 a 2002 delimita o momento do seu crescimento político, técnico e institucional na estrutura do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ao mesmo tempo são anos de evidências de suas principais conquistas e dificuldades, circunscritas na expansão do PACS/PSF nos grandes centros urbanos, da revisão da formação dos profissionais e nos processos de institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação destas estratégias no país.

apontando para a necessidade de criação de espaços reais, não apenas formais, burocráticos e ou cartoriais. Visualizam uma espécie de arena de discussão, onde os conflitos e interesses dos gestores, dos profissionais e da população estejam presentes e sejam apresentados, debatidos e contemplados, evitando assim os apoios apenas no campo dos discursos e das intencionalidades.

Terceiro - no que se refere aos incentivos financiamento a expansão do PSF, foram verificadas três situações limitantes à consolidação dessa estratégia nos 12 municípios pesquisados, ainda que os discursos dos sujeitos coletivos tragam o reconhecimento da importância desses incentivos (PAB - fixo e variável), sobretudo os recursos destinados pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. No entanto, considerando o conjunto do financiamento do SUS, a primeira limitação se apresenta quando são constatadas as desigualdades no financiamento entre os níveis de atenção do sistema. Os números apontam os desequilíbrios, ainda fortes, entre os recursos direcionados para a média e alta complexidades, situação predominante e induzida nas formulações das políticas do Ministério da Saúde. A segunda limitação se encontra na ausência e ou no baixo co-financiamento pelas Secretarias de Estado da Saúde, entes federados que deveriam apoiar os municípios na co-responsabilidade dos processos re-organizativos da Atenção Básica. E a terceira limitação, consequência das anteriores, se acentua quando os municípios dos grandes centros urbanos (capitais, regiões metropolitanas e acima de 100 mil habitantes) são tratados de formas iguais, quando suas realidades impõem a definição de uma política de co-financiamento dos três níveis de governo diferenciada da forma como vêm sendo tratados os municípios de pequeno porte⁸⁵. O objetivo é que uma nova política atenda aos problemas típicos desses espaços/territórios onde reside mais de 50% da população brasileira.

Encontrar respostas para essas e outras limitações no tocante à questão do financiamento da Atenção Básica/PSF, nos impõe novos desafios, principalmente com relação à prática cooperativa e complementar construída entre os gestores do SUS. Tudo isto lembra a necessidade de definir mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção do SUS, com primazia para a expansão dos recursos alocados ao PSF (SOBRINHO, 2002, p.247)

Neste caso, as esferas de governo - federal, estadual e municipal - devem estabelecer pactos de co-responsabilidade no financiamento das ações e dos serviços de saúde, provendo o

⁸⁵ Nos discursos dos sujeitos coletivos é vista a ressalva que os gestores municipais não desejam privilégios, apenas reivindicam o direito de serem tratados em suas diferenças, de forma a superar as desigualdades.

direito à saúde de forma responsável e solidária. Com isto, a estratégia Saúde da Família - eixo prioritário de investimento da Atenção Básica - deve contar com financiamento específico, proveniente da responsabilidade constitucional, também, do governo estadual.

Quarto - no tocante ao desenvolvimento de pessoal envolvido no Saúde da Família, esta pesquisa observou que a ausência de uma política para os processos de formação, capacitação e educação permanente para as equipes do PSF, adicionada à baixa capacidade de articulação e ou negociação da maioria dos 12 municípios junto aos representantes do Pólos instituídos, dificultam a consolidação dessa estratégia em âmbito municipal.

Observou-se, ainda que onde existe a parceria esta é “formal”, evidenciando-se que as instituições formadoras de profissionais para o setor saúde em parte não estão preparadas para apoiarem os municípios na construção de um novo modelo de atenção à saúde focado nos processos de trabalho com abordagem familiar e comunitária. E este “despreparo”, em maior e ou menor grau, representa o círculo vicioso da desintegração histórica entre as instituições de ensino, serviços e comunidades, marcada há décadas pelo modelo de formação nas ciências biomédicas. Esta questão sinaliza para a revisão da própria formação dos formadores. Em casos excepcionais são visíveis as energias, crenças e esforços, por parte das instituições de ensino no sentido de contribuir à reforma sanitária brasileira, em geral, e em particular, ao modelo de atenção à saúde, com primazia para a atenção básica, estratégia saúde da família. Esses esforços são evidenciados nas ofertas dos cursos de residência, especialização, reformas dos cursos de graduação (medicina e enfermagem) e nos projetos de qualificação para o trabalho que vêm sendo desenvolvidos, desde a criação dos Pólos de formação, capacitação e educação permanente para o pessoal do PSF, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Observou-se, sobretudo, que por um lado as fragilidades existentes na maioria dos municípios estudados refletem a difícil tarefa de mudar estruturas rígidas, romper os acordos baseados no corporativismo, mobilizar professores mais preocupados com a saúde da coletividade e, principalmente, superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho sobre o processo de formação profissional nas subespecialidades. Por outro lado, houve resultados positivos nos debates do PSF no tocante a revisão da formação dos profissionais, bojo de implantação e funcionamento como tema crucial à governança e sustentabilidade de um novo modelo de atenção à saúde.

Estas contradições retratam as “teias” na nossa tentativa de desenlear os emaranhados dos velhos e novos problemas que traz historicamente a política de saúde no Brasil e por consequência nestes municípios. No entanto os quatro elementos supracitados vêm se

apresentando nas três instâncias gestoras do SUS, segundo esta pesquisa, como questões desafiadoras a serem perseguidas no enfrentamento das lacunas de acesso aos serviços básicos de saúde, em uma ação integrada de governo e sociedade, como condição essencial a superação dessas desigualdades.

A dimensão simbólica dessa pesquisa trata da percepção do acesso pelos usuários aos serviços básicos de saúde. Nessa categoria analítica, verificou-se nas afirmativas dos discursos dos sujeitos coletivos (usuários) do PSF, que a percepção do acesso aos serviços básicos de saúde resume-se à noção de doença e de suas formas medicamentosas de tratá-las. Com isso, é importante ter em conta que essas noções, crenças vêm sendo culturalmente construídas de geração a geração, conscientemente através do grupo familiar e outras instituições, e, inconscientemente, através de mecanismos de reprodução do modelo médico assistencial, que em certa medida é promovida pelo Aparelho de Estado. Entretanto, compreende-se em alguns discursos desses sujeitos a inversão dessa cultura quando as equipes do PSF assumem a função social, com o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde, de contribuir na criação de capacidades comunitárias na problematização do estado de saúde-doença-cuidado, tendo como âncora a consciência sanitária. Portanto a persistência da noção de acesso pelo funcionamento das unidades básicas de saúde naquilo que traduz a doença não explica em sua totalidade outras causas que dificultam o acesso universal aos bens e serviços em saúde integral e familiar. Nessa direção, a pesquisa visualizou espaços positivos (metade dos municípios) na tentativa de imprimir novos movimentos para assegurar o acesso aos serviços básicos de saúde, entendendo-o como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades, gestores e equipes do PSF permeada pelo vínculo e pela co-responsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação.

O desdobramento objetivo dessa pesquisa é de que o acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS apresenta-se limitado em três aspectos principais: **o primeiro** pela baixa capacidade de integração entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais), as equipes do PSF, e entre estas, naquilo que se refere ao planejamento e à programação das unidades básicas, tendo como referência o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB; este vem sendo utilizado de forma limitada e burocrática, comprometendo, portanto, a prática da institucionalização de instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços básicos de saúde. A consequência desse quadro é a reprodução e/ou manutenção do modelo centrado no médico e em tecnologias de prevenção, tratamento e cura das doenças,

sendo visível a incipiência das práticas de trabalho em equipe, onde ficam claros para os profissionais as responsabilidades de cada um e o compromisso de todos com a saúde das famílias e comunidades.

O **segundo** limite encontra-se expresso na desintegração entre as equipes da atenção básica; nesse caso, a pesquisa restringe-se ao PSF e aos demais pontos do sistema (média e alta complexidade). Com isso tornam-se vulneráveis a continuidade e a integralidade da atenção, uma vez que em quase todos os 12 municípios não existe uma política de referência e contra-referência, ficando esta responsabilidade para os profissionais mais “engajados” com os propósitos do PSF, no plano da informalidade e/ ou amizade entre pares, sobretudo entre os enfermeiros. Poucos são os municípios que começam a estruturar suas centrais de regulação, com vistas a atender as demandas das equipes do PSF nas ações e serviços de consultas especializadas e/ou apoio diagnóstico (exames). A esse respeito deve-se ressaltar que os discursos dos sujeitos coletivos (equipes do PSF) registram que os ACS⁸⁶ são os principais elos de ligação entre as unidades básicas de saúde e as comunidades, cabendo a estes a responsabilidade de articular o acesso a consultas, exames e/ou medicamentos, nas unidades básicas e de especialidades.

O **terceiro** limite é verificado na baixa capacidade das equipes da atenção básica/PSF em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade. Estas fragilidades são perceptíveis nas falas dos sujeitos pesquisados quando afirmam compreender que as ações de promoção extrapolam o setor, e por estas razões não dispõem de tempo e “governabilidade” para investir nessas iniciativas, além de serem pressionados pelas demandas de ordem assistencial e curativa. Reconhecem que as ações de promoção e educação em saúde dariam sustentação às suas atividades, na medida em que estas valorizam os determinantes gerais do complexo saúde-doença-cuidado. Reconhecem, sobretudo, que para redirecionar suas práticas rumo à promoção da saúde, é necessário integrar as políticas públicas governamentais e não governamentais, visando modificar as condições de vida e saúde, indo, portanto para além de ações educativas individuais e de mudanças de estilos de vida.

Apesar disso, metades dos municípios pesquisados apresentam-se preocupados e “conscientes” de que o acesso aos serviços básicos de saúde não deve ficar restrito aos

⁸⁶ Vários foram os municípios em que verificamos ser o ACS o articulador também das consultas juntos aos médicos do PSF, estes cumprindo apenas a “tarefa” de realizar as consultas programadas e ou solicitadas pelos Agentes. Os demais membros da ESF vêem o ACS como porta-vozes das ações programáticas do ciclo de vida, onde as unidades permanecem realizando ações dirigidas aos programas de forma isolada e verticalizada.

atributos da adequação das unidades básicas, do uso de serviços e da assistência à doença. Todavia, sinalizam estes municípios que os gestores do SUS devem se ocupar com estes atributos, sem esquecer de adicionar a eles a questão das inter-relações entre gestores, equipes e comunidades na adequação de tecnologias humanizadas no ato de cuidar da saúde das famílias.

As análises e interpretações expostas em todos os capítulos dessa tese, a respeito do PSF como estratégia de superação das desigualdades em saúde, nos fazem compreender:

Primeiro no que se refere às desigualdades na saúde, o PSF isoladamente não responde a essa responsabilidade social, uma vez que esta questão extrapola o âmbito das políticas públicas universais desse setor. A saúde em si mesma não resolve as desigualdades como demonstra as brechas existentes, ainda que pequenas, em países sociais democráticas e/ou em estados que adotam políticas de bem-estar social, a exemplo da Inglaterra, Suécia, Noruega, entre outros. Portanto, a superação das desigualdades na saúde estar intrinsecamente ligada ao determinante do desenvolvimento político, econômico, social e ambiental.

No sentido limitador, a situação da saúde se depara no caso brasileiro com um sistema de proteção social, que apesar dos seus avanços, continua incompleto, frágil e com baixa capacidade de afetar positiva e significativamente os indicadores de desigualdade social e de saúde. A triangulação dos dados informa que este sistema trouxe para o novo século as duas principais marcas da situação social que experimentou praticamente durante todo o século passado: uma das mais desiguais estruturas sociais entre os países de médio e alto desenvolvimento econômico e um modelo paradigmático de gestão do Aparelho de Estado centrado em estruturas clientelistas de manutenção do poder patrimonialista. Com efeito, ainda é ampla a agenda de desejo de mudanças a ser percorrida pelo sistema em busca da superação das desigualdades em saúde, em um Estado e sociedade orientados pela democracia e pela justiça social.

Segundo, no que diz respeito à desigualdade de acesso aos serviços básicos de saúde, o PSF também não pode responder de forma isolada por esta “tarefa”, uma vez que ainda não se constitui em uma política universal, com a clara definição econômica, social, cultural e ideológica dessa finalidade e/ou objetivo. Por isso a vulnerabilidade interna da atenção básica, desta em relação ao sistema e desse com os outros setores da sociedade, confirma as limitações acima citadas.

Terceiro - os discursos apresentados nesta pesquisa assinalam claramente que, na visão dos gestores, o PSF é uma estratégia política com um contribuinte potencial para diminuição das iniquidades na atenção básica, ampliando o acesso nesse nível da atenção, mas não supera as

desigualdades na saúde, porque **esta é uma das questões amplas e complexas** que exige alterar os fatores determinantes políticos, sócio-culturais, econômicos e ambientais.

Por fim, o que podemos afirmar, diante das produções já existentes nos 12 municípios pesquisados e nas referências tomadas pelas Secretarias de Estados da Saúde e pelo Ministério da Saúde, é que o PSF vem contribuindo na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas, é preciso enfrentar os desafios contemporâneos que essa estratégia apresentam no cotidiano das práticas de suas equipes, e mais que os gestores do SUS devem tomar para si esta responsabilidade, no sentido de imprimir as reformas do setor saúde, e estas orientadas pelos valores, princípios e características organizativos da atenção básica, tendo no PSF a estratégia em primazia.

Essa construção não pode prescindir de uma outra questão desafiadora, ou seja, a de produzir tecnologias de gestão aplicáveis aos processos de monitoramento e avaliação, colocando no centro da discussão os seguintes aspectos: a qualidade da expansão das equipes do PSF, a utilização do sistema de informação como ferramenta gerencial que contemple a complexidade da organização da atenção e apresente indicadores adequados e oportunos para acompanhamento dos efeitos e impactos do PSF na saúde dos municípios brasileiros.

Tamanha tarefa exige a institucionalização de processos estruturados e sistemáticos de avaliação dessa estratégia nas suas mais variadas dimensões como, por exemplo, atenção à saúde, gestão, impacto sobre o perfil epidemiológico e a participação social. Esta última dimensão foi lembrada por Teixeira, ao citar Maria Cecília Donnangelo, que nos ensinou em 1979, no tocante à reforma: “se fará com a população ou não se fará”. Isso nos faz “aprender a aprender” que as tecnologias aplicadas aos processos de monitoramento e avaliação devem estar entrelaçadas com o compromisso ético, humanístico e social com as famílias cuidadas pelas equipes do PSF, nos seus espaços de convivência.

Novas práticas de saúde devem ser orientadas pela essência do SUS. Há que se fortalecer o diálogo de forma permanente, franca e democrática, com todas as forças sociais, tendo em vista um novo pacto federativo: a consolidação da política prevista na nossa Constituição. Concordamos com a idéia de que “é preciso vencer as muralhas do liberalismo econômico, dos privilégios de classe, dos corporativismos que à medida que o sistema único de saúde avança oporão uma resistência cada vez mais encarniçada, aberta ou disfarçada. No caso do PSF, tal disfarce é potencializado pela inércia de uma agenda incompleta. Incompleta porque não conseguiu, ao longo dos 13 anos de implantação e implementação, ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.

7 O PSF DO FUTURO: SINALIZAÇÕES SUGESTIVAS

A preocupação em analisar a implantação do PSF no que se refere ao acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde, no âmbito do SUS, nos fez deparar com as discussões sobre a

remodelagem da atenção à saúde. Estas determinaram o trajeto dessa pesquisa. Com isso, transcendeu a coleta de dados direcionados aos objetivos específicos e geral da pesquisa. E assim foi possível instigar os sujeitos participantes a darem significado à sua trajetória no PSF e à sua prática como profissionais da saúde, que aprendem no cotidiano a trabalhar com tecnologias voltadas à ação de cunho familiar e comunitário.

Assim, trazemos pequenos e valiosos fragmentos das falas dos gestores municipais (Secretários e Coordenadores) e dos profissionais que compõem as equipes quando provocados a se pronunciarem diante da seguinte questão: comentar o que se espera para o futuro do PSF no município e para sua vida profissional.

Dos discursos dos entrevistados pode-se registrar:

[...] espero que seja ampliada a cobertura da população atendida pela estratégia de saúde da família de forma única em toda atenção básica. Universalização do PSF e contratação da equipe multidisciplinar para se obter famílias mais saudáveis. [...] Ampliar gradativamente a cobertura do PSF e investir na qualificação de sua implantação é o que se espera, qualificando as ações administrativas e gerenciais, e que o PSF se consolide como a organização do sistema de saúde em rede de cuidados de forma regionalizada e integrada. [...] Aumentar o número de equipes. Após a desprecarização do programa com concurso público, colocamos o PSF como alavanca propulsora das ações de saúde. [...] espera-se que os investimentos sejam compartilhados nas três esferas de governo... mais recursos de incentivos; e estabilidade dos profissionais, resolvendo a questão dos salários/contratos/carreira, aumentando nosso prestígio e estima como profissionais generalistas e evitando assim a alta rotatividade ... atendimento humanizado com responsabilidades e competências dos profissionais claramente definidas. [...] Espera-se melhorar o financiamento do PSF para que os profissionais tenham vínculo efetivo e maiores condições tecnológicas disponíveis nas unidades, atendendo com a máxima eficácia todos os usuários SUS. [...] Espero que ele volte aos seus antigos objetivos. Não se perca nas agonias da pressão da assistência, que os defeitos do modelo artigo, não contaminem, estabelecendo mais vinculação com a população e aumentando a resolutividade para que possamos reduzir as doenças imunopreveníveis e outros agravos e possamos ter tempo para cuidar melhor da saúde dessa gente ao invés de ficar tratando das doenças.

Diante desses discursos, vê-se como indispensável apresentarmos algumas sinalizações sugestivas, para a construção de uma agenda pactuada e integrada, na qual as três instâncias

gestoras do SUS possam incorporá-las nos desenhos de suas ações estratégicas e prioritárias com vistas a superar os desafios contemporâneos do PSF que se renovam e se recriam no cotidiano das práticas de suas equipes nos diferentes espaços do território brasileiro.

Nessa direção sugerimos algumas ações estratégicas, tomando com referência os dados coletados das falas dos respondentes nos 12 municípios pesquisados, estes tomados como objetivação de uma realidade que traduz as idéias centrais e ancoragens de um conjunto de posições econômicas, políticas, ideológicas, culturais e de opções nos arranjos tecnológicos e administrativos. Portanto sinalizamos as sugestões em categorias analíticas dessa tese que vão da motivação política para implantar o Saúde da Família, à expansão da cobertura, passando pela governança institucional e pela a percepção do acesso aos serviços básicos de saúde pelos usuários.

No tocante às **motivações para implantar o Saúde da Família**, os discursos constataam as fragilidades na concepção, responsabilidades e competências da gestão e da atenção coerentes com a estratégia política da saúde da família, por isso sugere-se:

- a) Ampliar o debate nacional, estadual, regional e municipal no que diz respeito à concepção de saúde integral e familiar que se encontra por trás da estratégia saúde da família;
- b) Explicitar as responsabilidades das diferentes instâncias gestoras do SUS, tanto do ponto de vista financeiro, quanto organizativo, na tarefa política e institucional de universalizar o PSF;
- c) Estabelecer um pacto federativo na definição clara do elenco de ações e serviços, com base nas necessidades de saúde que compõem a atenção básica e no caso da estratégia saúde da família, que são de competências das equipes nos complexos territórios de suas atuações;
- d) Criar mecanismos para aperfeiçoar as tecnologias de gestão em conexão com o modelo de atenção à saúde, orientadas pelos valores e princípios da Estratégia Saúde da Família.

Quanto à **expansão da cobertura do Saúde da Família**, os discursos indicam ausência do gestor estadual como mediador nos processos de pactuação no que se refere aos incentivos financeiros, integração da rede de atenção à saúde e desenvolvimento de pessoal para a consolidação do PSF. Nesse sentido sugere-se:

- a) Incentivar as secretarias estaduais de saúde a assumirem a responsabilidade no co-financiamento do PSF nos grandes centros urbanos, através da adoção de critérios que

- estimulem a alocação de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde;
- b) Apoiar Estados e Municípios a desenvolverem estratégias para a organização e articulação entre os níveis de atenção, visando à garantia da continuidade e da integralidade da atenção básica/PSF, pautando ações intersetoriais e assegurando os objetivos de qualidade da atenção à saúde das famílias;
 - c) Estruturar proposta de concurso nacional para as ESF - de base local - com distribuição, regulamentação das vagas segundo acordo em colegiados do SUS, e de remuneração e avaliação de desempenho das ESF, cuja responsabilidade será compartilhada entre os três níveis de gestão do sistema; e
 - d) Criar incentivos que motivem a universalização do PSF com vistas à superação das brechas de cobertura assistencial pelas ESF, nos 12 municípios pesquisados, nas cidades acima de 100 mil habitantes, capitais, regiões metropolitanas e em outras comunidades de difícil acesso aos serviços básicos de saúde, a exemplo dos índios, quilombolas e regiões ribeirinhas.

No que se refere à **governança institucional do Saúde da Família**, foi evidenciada a ausência de entendimento dessa estratégia como uma Política Pública e de Estado, inabalável nas mudanças de governos e dirigentes, o que dificulta a efetivação contínua, estável e com qualidade dessa estratégia; portanto, sugere-se:

- a) Formar uma rede nacional, com pontos de intersecção interestadual, inter-regional e intermunicipal, para produzir tecnologias sociais e sanitárias aplicadas ao complexo processo de gestão e da atenção básica à saúde, coerentes com os princípios organizativos do PSF;
- b) Re-definir os mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais, aumentando os investimentos na atenção básica para no mínimo 30% do orçamento nacional, como condições reais de reduzir as iniquidades e promover a saúde;
- c) Fortalecer a rede dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, valorizando o envolvimento das escolas formadoras de recursos humanos para o SUS, em especial das escolas de medicina e enfermagem, de modo que as mesmas possam aumentar o número de profissionais com perfil adequado para atuação na Estratégia de Saúde da Família;
- d) Criar grupos de trabalho junto às câmaras técnicas do SUS, para elaborarem protocolos de gestão e atenção integrados (medicina e saúde baseadas em evidências)

focados nas situações de saúde de relevância nacional, considerando as tendências e variações locais/regionais, como forma de assegurar a resolutividade e qualidade da Estratégia Saúde da Família;

- e) Criar outros mecanismos de incentivos de remuneração dos profissionais que atuam no modelo de atenção voltado às famílias - estando excluídos a) a modalidade de incentivos por produção de procedimentos ambulatoriais e b) o repasse de recursos por metas dirigidas às ações estratégicas dos programas verticais - tendo por base a cobertura das ESF e das famílias cuidadas e a organização das ações e serviços básicos de saúde, as quais, por sua vez, tomem como referência o planejamento e a programação local, com vistas ao cumprimento do pacto de gestão e pela vida, de forma a alcançar objetivos e metas em saúde;
- f) Formar redes de apoio político, técnico e científico inter-regionais, interestaduais e intermunicipal, de forma a construir espaços de diálogo e socialização dos conhecimentos entre os pares, com o propósito de desenhar metodologias aplicadas a avaliação e monitoramento das ações e serviços de gestão e da atenção básica/PSF, com destaque para organização humanizada e acreditação das Unidades Básicas de Saúde, para a valorização e visualização das práticas das ESF.

No que diz respeito **à percepção do acesso aos serviços básicos de saúde pelos usuários**, os discursos desses sujeitos apontaram para o desconhecimento dos propósitos, objetivos e tempo de implantação do PSF, o que diminui seu potencial de vínculo e co-responsabilidade entre os gestores, ESF e as famílias, no tocante ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e/ou intersetoriais; para enfrentar estas questões sinalizamos as seguintes sugestões:

- a) Formatar projetos que promovam debates sobre as finalidades, objetivos e resultados já alcançados no PSF, utilizando metodologias e tecnologias multimídia, dirigidas, sobretudo às famílias vinculadas a esta estratégia;
- b) Fortalecer as relações de vínculo e co-responsabilidade entre gestores do SUS, equipes do PSF e famílias adscritas, com vistas a agregar valores do acolhimento, da autonomia, transparência, integração e da participação na gestão do cuidado em uma nova ética cultural ultrapassando assim as relações de trabalho calcadas apenas na organização dos serviços, no aparato tecnológico e médico-assistencial;
- c) Apoiar parcerias entre os espaços do ensino e do serviço, com a finalidade de sistematizar as experiências que confirmam o sucesso do PSF no quesito da gestão participativa com poder decisório nos processos de construção dos planos locais/municipais de saúde;

- d) Articular outros sujeitos sociais, dentro e fora do setor saúde, para formular políticas integradoras, na perspectiva de diminuir as desigualdades sociais e na saúde, sem perder o horizonte da universalização desses serviços, com a participação efetiva dos indivíduos, famílias e comunidades.

Estas ações devem ser orientadas pela essência do SUS, que é a universalidade e a integralidade como uma firme posição igualitária, enfrentando-se os “opositores”, ampliando e qualificando o debate iniciado em 1994, re-colocando o PSF na sua responsabilidade específica dentro do SUS e este na sociedade que historicamente luta em busca de governos capazes de estabelecer consensos em torno dos valores compartilhados, em cada momento histórico, em relação aos princípios de justiça, aos níveis de desigualdade toleráveis, à solidariedade, às condições de inclusão social.

OUTRAS PALAVRAS: ENTRE ATOS E SUAS REVELAÇÕES

*E a representação - fosse ela festa ou saber -
se dava como repetição: teatro da vida ou espelho do mundo,
tal era o título de toda linguagem, sua maneira de anunciar-se
e de formular seu direito de falar.*

Michel Foucault

Peço licença mais uma vez aos espaços do mundo acadêmico e aos examinadores dessa pesquisa, para expressar **outras palavras**, assim como fiz nas primeiras palavras, ambas em uma espécie de abertura e fechamento desse trabalho. Não como metodologia, e sim como alquimia. Uma alquimia cuja pedra filosófica é o encontro e o desencontro entre um problema de vida prática e sua entrevisão como um problema intelectual, à luz dos ensinamentos de Minayo (2006).

Um problema de vida prática: assim foi meu encontro com o “objeto”; melhor, com os sujeitos em relações dessa pesquisa, que têm sua história própria, e nela revelam as idas e vindas de uma ação reflexiva entre a pergunta original e seus achados. Entre a intenção do projeto e as mudanças sucessivas, uma atrás da outra. Todas recheadas de conhecimento intelectual oriundo das sessões da pesquisas, pesquisas, dos diálogos em salas de aula, em busca incansável da melhor forma para elaboração “final” do texto que circunscreve esta tese. Com essa determinação, pretendo compartilhar com os leitores as revelações desta travessia, sem, contudo, torná-la um receituário, porque entendo ser cada experiência singular, cada investigador ímpar, e as relações entre ambos um ponto de encontro entre os próximos e os diferentes.

Eis, portanto um compartilhamento de experiências do que vivi durante quatro anos, dedicados à tarefa de transitar entre o mundo acadêmico e o do serviço. Essas reflexões não estão apenas no campo das dificuldades, mas também nas riquezas que encontrei na travessia aos encontros de respostas à minha pergunta: **O Programa de Saúde da Família no Brasil supera as desigualdades na saúde?** E assim fiz meu trajeto, que ora sintetizo em dez movimentos os quais considero livres, com a devida licença acadêmica de trazer à tona os entreatos de minhas experiências, viagens e escrito.

*“Ninguém poderá jamais aperfeiçoar-se,
se não tiver o mundo como mestre.
A experiência se adquire na prática.”*

William Shakespeare

O **primeiro movimento** que trago é o do profissional aprendiz, o aluno que chega aos espaços da academia buscando desmistificar a dicotomia entre o saber e o fazer, aquele que observa o processo de maturidade do conhecimento com a **leveza** do “saber ser”, tendo a ciência como alimento para o serviço. Para esta reflexão, encontrei nas propostas de Ítalo Calvino para o próximo milênio, a retórica de seis elementos que considero sustentáculos esclarecedores deste quase último momento o qual vislumbro na epígrafe de Shakespeare.

“Cheio de boa vontade, buscava identificar-me com a impiedosa energia que move a história de nosso século, mergulhando em seus acontecimentos coletivos e individuais” (CALVINO, 1990, p.16). Com a inspiração no pensamento do autor acima citado, inicio estas **Outras palavras** com o zelo de um escritor atento a olhar o outro e ver-se em cada um, em particular, com seus ‘saberes da sabedoria’, ensinando-me a coragem de prosseguir, fazendo o melhor possível, reconstruindo, quando necessário, mas sem desmerecer valores, conceitos e experiências que trago comigo nesta ciência da vida, nas pessoas e nos lugares por onde vivenciei uma das mais ricas experiências desta jornada: o encontro com o meu **segundo movimento** o qual inicio com as palavras de Oscar Wilde.

“O homem culto é aquele que sabe encontrar um significado bonito para as coisas bonitas. Para ele a esperança é um fato real.”

Oscar Wilde

Foi neste provar a mim mesma que de fato percebi que existem corações em sintonia e em constante partilha de conhecimentos. Encontrei na Epidemiologia a representação do meu orientador e amigo, Professor Dr. Edgar Merchán Hamann, com quem aprendi a fazer escolhas com a **exatidão** que, para Calvino, trata-se de “um projeto de obra bem definido e calculado”. (1990, p.71).

E assim, vi fortalecer-se, cuidadosamente, o complemento das “ciências” práticas e aplicadas, da epidemiologia e do serviço, da medicina e da enfermagem, também unidas pelo cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Na academia dura, encontrei a leveza de suas aulas, a firmeza em suas palavras e a certeza de seus conhecimentos. Por vezes os livros extensos foram companheiros em noites longas de insônia ou em viagens. A bem da verdade, sua consistência sempre me trazia apreensão, mas os resultados foram decisivos para que eu chegasse até aqui.

*“A arte de perder não tarda aprender;
tantas coisas parecem feitas com o molde
da perda que o perdê-las não traz desastre”.*

Elizabeth Bishop

Para o **terceiro movimento**, trago a **consistência** calviniana incompleta⁸⁷ do saber-fazer com as responsabilidades profissional e cidadã de olhar o que se passa ao meu redor, principalmente, depois de mais de uma década da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. Passados quatro anos dedicados ao meu doutoramento tenho hoje mais que a prova de um saber incompleto. Trago uma inquietude ainda maior de continuar trilhando caminhos em busca de um novo modelo de atenção à saúde das famílias, este orientado pelo princípio da justiça e da solidariedade. Nessa matéria desejo a posição de uma eterna aprendiz, de uma cidadã com a consciência e a humildade de quem pouco ou nada sabe.

*“Com os pés entre os lírios, sorri mansamente
como sorri no sono um menino doente.
Embala-o, natureza, aquece-o, ele tem frio”.*

Arthur Rimbaud

O **quarto movimento** que fiz foi o de buscar explicações “científicas” que sustentassem minhas compreensões e sínteses, em correntes de pensamentos que lessem não só o mundo da técnica, mas sobretudo o mundo das condições humanas; assim li Amartya Sen Berlinguer, Bobbio, Garcia, Minayo, Paim, Sobrinho, Teixeira, além de leituras transversais como Martin Luther King, Gandhi, Shakespeare, Platão, Fernando Pessoa, Dom Helder Câmara, Paulo Freire e outros expoentes da leveza do escrever.

No entanto, vale ressaltar o quanto priorizei a ciência nesta jornada, reconhecendo, identificando e utilizando-me de ensinamentos ímpares, que aqueceram minhas idéias, confortaram minha ignorância e alimentaram-me com a esperança de nunca desistir de aprender e de multiplicar em sala de aula, quando tive a oportunidade honrosa de compartilhar saberes com professores e colegas do doutoramento.

“O tempo é a imagem móvel da eternidade”.

Platão

O **quinto movimento** foi o de identificar com rapidez o apoio para financiamento à pesquisa. Fazer ciência no Brasil é muito difícil, e o tempo para realizações científicas apresenta-se, por muitas vezes, nebuloso. Dados do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério e Ciência e Tecnologia - MCT, referentes ao censo de 2004, apontaram a existência de 47.973 doutores, dos 19.470 grupos e 77.649 pesquisadores inventariados à época. Em 2005, o número de doutores subiu para 65.897, conforme a Sinopse 2005 dos dados coletados pelo Instituto

⁸⁷O escritor faleceu antes de concluir a sexta de suas propostas para o próximo milênio; “sua intenção era escrevê-la em Harvard”, disse a esposa de Ítalo Calvino, Esther, no prefácio do livro editado por ela em homenagem ao marido.

Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação. Mas estes números estão longe de ser atendidos com os financiamentos públicos à pesquisa existentes no Brasil. Crescentes também são os números de doutores brasileiros que saem do Brasil por falta de incentivo, mas restrinjo-me à singularidade desta trajetória de pesquisa, para a qual foram valorosos os incentivos dos Ministérios de Ciência e Tecnologia e da Saúde, além do apoio dos estados e municípios brasileiros que me receberam, sem restrições ao ‘mundo da ciência’, valorizando os objetivos dessa pesquisa, assegurando-me do quanto estava sendo bem acolhida.

Desta forma, trago a este movimento o entender de Calvino quando se refere à **rapidez** e ao tempo que aqui pretendo mencionar da seguinte forma, com a liberdade de substituir o entendimento da palavra escritor para pesquisador:

“O trabalho do escritor deve levar em conta tempos diferentes: o tempo de Mercúrio e o tempo de Vulcano, uma mensagem de imediatismo obtida à força de pacientes e minuciosos ajustamentos; uma intuição instantânea que apenas formulada adquire o caráter definitivo daquilo que não poderia ser de outra forma; mas igualmente o tempo que flui sem outro intento que o de deixar as idéias e sentimentos se sedimentarem, amadurecerem, libertarem-se de toda impaciência e de toda contingência efêmera”. (1990, p.66).

Assim, entendo que o apoio, em tempo, foi essencial para meu deslocamento aos 12 municípios pioneiros, para meu entendimento dos processos de pesquisa, para minha rapidez no usar o tempo de quatro anos e no fazer despertar de mais um movimento passados mais de dez anos do Saúde da Família.

*“Guardar uma coisa
não é escondê-la
ou trancá-la.*

*Em cofre não se guarda coisa alguma
em cofre perde-se
a coisa à vista.*

*Guardar uma coisa é
olhá-la, fitá-la, mirá-la por
admirá-la, isto é,
iluminá-la ou ser por ela
iluminado”.*

Antônio Cícero

Para este **sexto movimento** trago o encontro carinhoso entre os velhos e novos parceiros nos estados e municípios por onde fiz minha travessia com a tentativa de dar visibilidade a tudo que vi, ouvi, registrei, coletei, pesquisei, que chorei e vivi com antigos parceiros, e aprendi e sonhei, mais uma vez, com os jovens descobridores do PSF. Trago para estas linhas a satisfação do descobrir que o Saúde da Família cresceu, com dificuldades e sucessos, com problemas e proezas relatadas nesta tese nos discursos dos sujeitos coletivos colhidos durante os meses de junho a agosto de 2006 e depois trabalhados, didaticamente, nos meses de setembro a dezembro do mesmo ano.

Trago ainda as palavras de Calvino sobre a **visibilidade** da imaginação que fui buscar na realidade do país durante os meses de minha peregrinação, tendo a ciência e a prática como aliadas. Para ele, “Seja como for, todas as ‘realidades’ e as ‘fantasias’ só podem tomar forma através da escrita, na qual exterioridade e interioridade, mundo e ego, experiência e fantasia aparecem compostos pela mesma matéria verbal”. (1990, p.114).

Logo, reflito que meu retorno ao início do PSF serviu-me para dar objetivação às imaginações que trazia comigo desde quando me afastei do serviço para buscar a isenção necessária à pesquisa que tinha como meta e ora se materializa.

*“Última flor do Lácio, inculta e bela,
És, a um tempo, esplendor e sepultura:
Ouro nativo, que na ganga impura
A bruta mina entre os cascalhos vela...”*

Olavo Bilac

O **sétimo movimento** dedica-se à árdua convivência entre o escrever e o trabalhar. Nunca gozei do privilégio do ócio pleno e nele confesso que nunca me vi. Mas confesso também que sonhei com a possibilidade de mergulhar no saber sem a divisão ingrata do labor. Sempre fui uma profissional preocupada em passar adiante do meu próprio tempo, recuperando os atrasos do ingresso tardio no mundo das letras.

Por vezes vi-me dividida entre os deveres de uma viagem ou outra e os prazeres da sala de aula. Como foram cruéis os momentos de decisão entre os espaços e como foram prazerosos os ensinamentos que pude obter com esta divisão de corpos, sem necessariamente obrigar-me à divisão dos sentidos. Na minha condição múltipla de profissional e estudante, encontrei sugestões amigas que me auxiliaram na condução de algumas escolhas e no redirecionamento de outras, num movimento de **multiplicidade** também extraído de Calvino. Ao mencionar a importância desse elemento em sua obra, ele destaca: “Cada vida é uma enciclopédia, uma biblioteca, um inventário de objetos, uma amostragem de estilos, onde tudo pode ser

continuamente remexido e reordenado de todas as maneiras possíveis” (1990, p.138). E assim reordenei-me na multiplicidade que me era imposta e na tranquilidade de chegar ao antepenúltimo dos meus movimentos.

“E vou magnetizando coisas no inconsciente, coisas do dia-a-dia, coisas que magicamente as pessoas vão te dizendo. Isto vai formando um todo que acaba se tornando uma história redonda”.

Caio Fernando Abreu

No **oitavo movimento** perguntei-me: “Por onde seguir com tantos dados e tão ricas informações?” Confesso que a tarefa foi das mais árduas e carecia de muito equilíbrio para, finalmente, estruturar o corpo da tese. Ele deveria conter a **visibilidade** necessária para as teorias exigidas à pesquisa, informações, análises e detalhes dos mais diversos para sua elaboração aos ‘ritos’ da ciência, sem perder a ternura dos relatos. “Mas por onde seguir?” Insistia-me a dúvida.

Para chegar a uma ‘história redonda’, precisava de muito mais que inspiração, precisava saber o exato encontro dos dados, da metodologia, das técnicas e das análises, a ciência em sua essência. Precisava ainda estar em harmonia com os resultados à pergunta central de minha tese, bem como sugerir novos caminhos diante de tantas encruzilhadas que a pesquisa me trazia a todo instante.

Fato novo foi a tranquilidade com a qual os caminhos se entrecruzaram, a cada um dos dias dedicados ao meu ‘cárcere privado’, criado especialmente em minha casa para este fim. Lá pude encontrar-me no desespero de um dia improdutivo, na angústia de não entender o que estava passando, mas sempre me levando a crer que uma força maior estava por ser desvendada. Creio que superei a mim mesma em mais esta fase.

“O que importa é ouvir a voz que vem do coração.

*Seja o que vier,
venha o que vier...”*

Milton Nascimento

Para o **nono movimento** trago a essência das pessoas do bem que se juntaram ao meu redor. Aos poucos foram se identificando livremente e se aliando numa corrente rubra de paixão pelo saber, pelo compartilhar. Nesta corrente encontrei mais que horas dedicadas à pesquisa, mas o calor de criaturas humanas de almas solidárias. Dos cafezinhos que esquentavam a longa jornada de trabalho, aos telefonemas insistentes em busca de resultados, passando pela construção de mecanismos de pesquisa, chegando ao calor das discussões pelos melhores e mais acertados formatos para a apresentação final dos resultados. Nas divergências de sujeitos ímpares, encontrei pares para a vida.

*“Amo meu amor com v
 Porque ele é assim
 Amo meu amor com l
 Porque ao seu lado sou assim
 Um rei.
 Amo meu amor com a
 Porque ela é uma rainha
 Amo meu amor e a é o melhor de todos
 Pense bem e seja um rei
 Pense mais e pense de novo
 Eu amo meu amor com vestido e com chapéu ao lado
 Eu amo meu amor e não com isso assim ou isso assado
 Eu amo meu amor com i porque ela gosta de mim
 Eu a amo com d porque ela é o meu amor assim
 Agradeço por você estar lá
 Ninguém tem que se importar
 Agradeço por você estar aqui
 Porque você não está por lá
 E comigo e sem mim que sou e sem ela pode chegar tarde e então e como e por aí pensamos e
 achamos que é hora de gritar ela e eu”.*

Gertrude Stein

O **décimo** e último **movimento** foi descobrir de onde vem a minha força, onde encontrei energia para transcender na maneira de saber fazer e de refazer conhecimento, nos limites do tempo e do espaço, que os princípios científico e educativo me impuseram.

Ciente disso foi beber na fonte da vida e do amor, postando-me diante do chão do futuro, acreditando na **CONSISTÊNCIA, dos passos que dei a cada dia, para que hoje pudesse dizer:** a vida mais uma vez me brinda com este presente. O presente de poder chegar até aqui, e nesse trajeto aprender que é possível casar mente e coração, em uma só sintonia. A sintonia de contribuir para a construção de uma outra ciência, a ciência da humanidade. Esse é o princípio maior, a força geradora de poder continuar aprendendo e fazendo no cotidiano dos mundos do serviço e da academia, na busca infinita dessa outra ciência: a ciência da alma humana! Eis a fonte geradora de minha força.

REFERÊNCIAS

ADAY, L.A; ANDERSEN, R. *A framework for the study of access to medical care.* **Health Serv Res**, [S.l. : s.n.] v.9, p.208-220, 1974.

AGUIAR, D. S. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde - um novo paradigma?** 1998. 163 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo), Rio de Janeiro, 1998.

ANDERSEN, R. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* **J Health Soc Behav**, v.36, p.1-10, 1995.

ARENDT, H. **A Condição Humana**, São Paulo: Forense Universitária, 1993.

AROUCA, S. "Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS". **Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, n. 22, p. 49 - 54, out. 1988.

_____. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). São Paulo: 1975.

ASSIS, M.M. A. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.

BERLINGUER, G. "As Tarefas das Unidades Locais de Saúde". **Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, n. 25, p. 69 - 79, jun., 1989.

_____. **Medicina e Política.** São Paulo: CEBES/Hucitec, 1989.

BILAC, Olavo. **Poesias.** Livraria Francisco Alves: Rio de Janeiro, 1964, p.262.

BISHOP, Elizabeth. **Uma arte.** Tradução de Horácio Costa. Disponível em <<http://zezepina.utopia.com.br/poesia/poesia145.html>>. Acessado em março de 2007.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1993.

_____. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Lisboa: Presença, 1989.

BRAGA, J. C., GOES DE PAULA, S. et al. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1986.

BRANDÃO, M. H, C. Oliveira. Pactos de Gestão: Divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização. In: **Gestão de sistemas de saúde**. Célia, R. P. & Cid, M. M. Viana (organizadores). Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 134 p.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 24 set. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. 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 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Portaria nº 1886, de 22 de dezembro de 1997. **Lex**: Diário Oficial da União. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família**. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção Básica. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo**: os municípios já têm história para contar, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados gerais sobre assistência ambulatorial e hospitalar no SUS**, SAS/MS 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica 1998 - 2002. **Relatório de Gestão**. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Portaria n. 3.925 de 13 de Novembro de 1998. **Lex**: Diário Oficial da União 13 de Nov de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/96**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**. Ministério da Saúde, ano I. n1. jan/jun 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Volume 1. Brasil e grandes regiões. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação do Ministério da Saúde: 1996-1999**, Brasília, 1996. 157p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Plurianual de Governo 1996-1999**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Lex**: Diário Oficial da União 29 de mar de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998 – 2002**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002. 211p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família - uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de saúde da Comunidade. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996b (documento preliminar).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. **Programa Saúde da Família Saúde Dentro de Casa**. Departamento de Operações/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

BRASIL. Portaria n. 699 de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília. **Diário Oficial da União**, 2006; 31 mar.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Sistema. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VII, n.9 jan.2006 a mar.2006, Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde**, Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acessado em março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996.

BRESSER, P. L. C. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. 1997.

_____. **A Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Ed. 34, Brasília: ENAP, 1998.

CALVINO, Ítalo. **Seis propostas para o próximo milênio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CAMPOS, F. E. et al. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. Brasil. **Revista brasileira de saúde da família**. 2002; 2(5); 71-79.

CAMPOS, F. E; CHERCHIGLIA, M. L; AGUIAR, R. A. T. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano II, n 5. Edição Especial, p.73. Brasília, 2002.

CAMPOS, G. W. S. "Modelos de Atenção em Saúde Pública: Um Modo Mutante de Fazer Saúde". **Saúde em Debate Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, n. 37, p. 16 - 19, dez., 1992.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARDOSO, F. H. **O modelo político brasileiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

CARMOY, M. **Estado e teoria política**, 2. ed., Campinas: São Paulo, Pioneira, 1975.

CHAUÍ, M. **Conformismo e Resistência**: Aspectos da Cultura Popular do Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1989.

CHIESA, Ana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Brasília: ABEN, 1999, p. 306-324.

COHEN, E. e FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis: Vozes. 1993.

COHN, A. **Previdência Social e Processo Político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.
 _____. **Políticas Sociais e Pobreza no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas V. 1, nº 12-12, jun/dez de 1995. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE-CONASS. Documento, nº. 2: Atenção Primária - **Seminário do CONASS para construção de Consensos**. Brasília, 2004.

CORDEIRO, H. A. **As Empresas Médicas**: As transformações Capitalistas da Prática Médica. 1. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1984.
 _____. O PSF como estratégia de mudança de modelo assistencial do SUS. In: **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília, 1996.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Salud Comunitaria**. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S/A, 1986.

COSTA, N. R. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis**. Preparado para *Taller Inter-Regional “Protección Social en una Era Insegura: Un Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas en Respuesta a la Globalización”*. Santiago, Chile, Mayo 14-16, 2002.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.
 _____. Educar pela pesquisa . 7 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005. (Coleção educação contemporânea).

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press. New York, 2003.

_____. *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press. Boston, 1973.

DONNANGELLO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.

_____. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. Os pensadores. São Paulo: Abril, 1978.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ENGELS, Friedrich. **A Dialética da Natureza**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. In: **Health and Disease** (N. Black; D. Boswell; A. Gray; S. Murphy & J. Popay, eds.), p.61-65, Milton Keynes: Open University Press, 1984.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: Saúde e Segurança dos Trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**. 9. ed. São Paulo: Globo, 1991.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde. On-Line - Tribuna livre. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em 2004.

_____. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr., 2002.

FIORI, J. L; KORNIS, G. Além da queda: economia e política numa década enviesada: In: GUIMARÃES, R e TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FISHER, T. “Poderes Locais, Desenvolvimento e Gestão Introdução a uma agenda”. In: Gestão do Desenvolvimento e Poderes Locais: marcos teóricos e avaliação. Salvador: Casa da Qualidade. 2002.

FLEURY S. M. T; JAIME, A. A. O. **(In)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

FLEURY, S. “Política social, Exclusión y Equidad en América Latina en los 90”. **Nueva Sociedad**. julio-agosto, 156, Caracas, 1998.

_____. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Políticas e sistemas sociais em transformação na América Latina Socialista. **Revista Latino-americana de Política Social**. n 1, oct, Buenos Aires, 1999.

_____. **Estados sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

_____. **Políticas sociais e democratização do poder local**. Mimeo. 2002.

FREIRE, P. **Cartas à Guiné-Bissau: Registro de uma Experiência em Processo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

_____. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação - uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia da indignação - cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 10ª ed., 2004.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

FURTADO, C. **O Brasil pós-milagre**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GADAMER, H. **Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Flavio Paulo Meurer (trad.). 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

_____. **Verdade e método II: Complemento e índices**. Enio Paulo Giachini (trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GARCIA, C. J. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

GENTILE, M. Promoção da Saúde. **Revista de Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1, n.1, p. 20-32.1999.

GOMES, M.E.S. & BARBOSA, E. F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. São Paulo: **Revista Educativa**, 1999.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; DESLANDES, Suely F. (orgs.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.109 a 132.

GOULART, F. A. **Experiências em saúde da família: cada caso um caso?** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa, I** Racionalidad de la acción y racionalización social. Vol. 1. Madrid, Espana: Taurus Humanidades, 2003a.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003b.

_____. **Mudança Estrutural na Esfera Pública.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HARTZ, Z. M. A (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HAGUETTE. T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

HEIMANN, L. S; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. organizadores. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 481-502.

HOBSBAWN, Eric, J. **Sobre história.** São Paulo: Companhia de Letras, 1998.

_____. **Era dos Extremos: o breve século XX / 1914-1991.** São Paulo: Companhia de Letras, 1995.

HOUAISS, A; Villar, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Geográfico e Estatístico.** Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em [2007]

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Índice de Alfabetização do Brasil. Brasil,** 2000. Disponível em: <http://www4.inep.gov.br/basica/censo/proj-presenca_link2.htm>. Acesso em [2007].

KANT, I. **Crítica da razão pura. Os pensadores.** São Paulo: Nova Cultura, 1999.

LACERDA, Eugênia. O SUS e o controle social: guia de referência para Conselhos Municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde Glória. Saúde da Família: procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília v.1, n1, p.3-8, jan/jun 1996.

LEFEVRE, Fernando e LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **A proposta do DSC**. São Paulo: IPDSC, 2006a. 4p. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br/>, acessado em julho de 2006.

_____. **O Discurso do Sujeito Coletivo como Superação dos Impasses no Processamento de Respostas a Questões Abertas**. São Paulo: IPDSC, 2006b. 3p. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br/>, acessado em julho de 2006.

_____. **Depoimentos e Discursos**. Brasília: Liberlivro Editora, 2005.

_____. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LOPEZ-ACUÑA, D. PSF: experiência inovadora em matéria de atenção primária para a América Latina e Caribe. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano II, n 5. Edição Especial, p.65. Brasília, 2002.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: Instituições e Estratégias de Hegemonia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACCIOCCHI, M. A. **A favor de Gramsci**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

MALENFANT, R. **La Gouvernance Stratégique**. Éditions D.P.R.M., Canada, Québec. 1999.

MALO, Marie-Claire e VEZINA, M. “*Stratégie, Gouvernance et Gestion de l’Entreprise Collective d’Usagers*” Montréal, Canada, Cahiers du CRISES, **Collection Working Papers**. 2003.

MARQUES, R.M. & MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.18 (suplemento) - Saúde e Desigualdade: instituições e políticas públicas no século XXI. Rio de Janeiro, 2002. p.163-171.

MARX, K. & ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Hucitec, 1984.

MENDES, A. De olho nos recursos federais do SUS, relato de financiamento. Representante do Conasems na COFIN/CNS). **Relatório**, Brasília, 2006. Relatório. Mimeografado.

MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **O sistema de serviços de saúde**: o que os gestores da saúde deveriam saber sobre este sistema social complexo. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002, no prelo.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Medicina e história**: as raízes sociais do trabalho médico. Dissertação (Mestrado em Medicina Coletiva) Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1979.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo: Papirus, 1987.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MILLMAN, M. *Access to health care in America*. Washington. DC: **National Academy Press**. 1993.

NERI, Marcelo, SOARES, Wagner. Desigualdade Social e Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.18 (suplemento) – Saúde e Desigualdade: instituições e políticas Públicas no século XXI. Rio de Janeiro, 2002. p. 77-87.

MONZOTORRES, L. et al. *El médico de la familia: su vinculación con los organismos de masas y la comunidad*. **Rev. Cuba. Adm. Salud**. v.13, n.4, p. 579- 86, 1987.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2004, v.20 s.2, p.147-157.

_____. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 34, n. 5, 2000.

NUNES, E. D. et al. **Medicina social**: aspectos históricos e técnicos. São Paulo: Global, 1983.

OLIVEIRA, Jaime e FLEURY, Sonia. **(In) Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Conferência de Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *World Health Report*, **Relatório da OMS**, Washington. 2002.

PAIM, J. S. "Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises e Perspectivas". **Saúde em Debate**, n.11, p. 57-59, 1981.

_____. "Nascimento e Paixão de uma Política de Saúde". **Saúde em Debate**, n.27, p. 5-12, dez. 1989.

_____. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ Med Salud**. EUA. v. 25 n. 1: 48-57 p. 1991.

_____. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, MEDSI, Rio de Janeiro, 1994, p. 455-466.

_____. Formação médica e políticas de saúde. In: **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**. Porto Alegre, 1995, p. 247-261.

_____.Saúde da Família. In: Saúde Política e Reforma Sanitária. **Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas?**. Salvador, 2002 p. 363. CEPS/ISC.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano**, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Tricontinental Editora, Lisboa, 1994; e The Economist, Pocket World in Figures, Hamilton/Penguin, Londres, 1993:22.

PIOLA, S.F. e BIASOTO JR., Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (org). Brasil. **Radiografia da Saúde**. Campinas, SP, UNICAMP, 2001, p.219-232.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.8, p.168-175. 1992.

RAWS, J. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RIMBAUD, Arthur. **Adormecido no vale**. Tradução de Ferreira Gullar. Disponível em <<http://www.algumapoesia.com.br/poesia/poesianet091.htm>>. Acessado em março de 2007.

SANTOS, Maria Helena de Castro. "**Governabilidade e Governança**: criação de capacidade governativa e o processo decisório no Brasil pós-constituente". In: XX Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, outubro de 1996.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em Saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990, 226 p.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Record, 2001.

_____. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 203-211, 2002.

SHAKESPEARE, William. Citações. Disponível em

<http://www.releituras.com/wshakespeare_menu.asp>. Acessado em março de 2007.

SOBRINHO, E. J. A. et al. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! In: SOUSA, MF. (org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002, 247-68. p.

SOUSA, M. F. (org.). **Os Sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001a.

_____. **Agentes Comunitários de Saúde**: choque de povo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001b.

_____. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Brasil. **Divulgação em saúde para debate**. 2000; 21; 7-14.

SOUZA, Juarez de. Críticas à construção de um Estado neoliberal no Brasil (1987-2002: 15 anos de profundas mudanças). In: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 28-31 Oct. 2003 Panamá. **Anais...** Panamá: CLAD, 2003.

SOUZA, Marcelo M. C. **A transposição de teorias sobre a institucionalização do welfare state para o caso dos países subdesenvolvidos**. Brasília: IPEA, 1999. (Texto para Discussão n. 695).

SPINDOLA, A. W. P. et al. **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Cortez, 1989.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. *Improving equity in health: a research agenda.* **International Journal of Health Services.** Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

_____. **Primary care: concept, evaluation, and policy.** New York, Oxford University Press, 1992.

TEIXEIRA, C. F. “Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos”. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 4 - 10, jul. 1991.

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 257-277, set/dez. 2003.

_____. Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: desafios e perspectivas. In: **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador, 2002a. p.101-125.

_____. Um pouco de história... reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador, 2002b. p.11-22.

TEIXEIRA, M. da G. L. C; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo de assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul-set 1990.

TERRA, O. “A participação da comunidade no SUS”. **Saúde em Debate**, n. 26, p. 56-57, set. 1989.

TESTA, M. Atenção Primária (ou primitiva?). In: TESTA, M. (Org.). **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação: O Caso da Saúde São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec**, 1995.

THIOLLENT, M **Crítica metodológica, investigação social e enquete operatória.** São Paulo, Ed. Polis, 3 ed. 1982. Trad, L. A. B.; Bastos, A.C. S.; Santana, E.M.; Nunes, M. O. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (3), 2002: 581-589.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun. 1997.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Suplemento, 2:S190-S198.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1988.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v.23, n. 53, p.6-19, set/dez.1999.

VAUGHN, S. et al. **Focus group interviews in education and psychology**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996.

VIANA, A. L. D'Ávila; FAUSTO, M. C. Rodrigues; LIMA L. Dias de política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1): 58-68, 2003.

VIANA, A. L.; DAL'POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, nº 166. 1998.

VIANA, Solon M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001, 224p.

WEBER, Max. **A objetividade do conhecimento nas ciências e na política social**. Lisboa: Ed. Lisboa Ltda., 1974.

WORLD BANK. **Governance and Development**. Washington, 1992. 62 p.

WHO. **The World Health Report, 2001. Mental Health: new understanding, new hope**. Genebra, World Health Organization, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiros de entrevistas

APÊNDICE B – Ficha de levantamento bibliográfico

APÊNDICE C – Roteiro de grupo focal

APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas dos usuários

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido

APÊNDICE F – Síntese da seqüência da técnica do DSC

APÊNDICE G – Banco de Imagens

APÊNDICE H – Quadro de características gerais dos municípios pesquisados

APÊNDICE I – Fatos históricos e elementos de governança do PSF

ANEXOS

ANEXO A – Principais marcos históricos da promoção da saúde no mundo

ANEXO B – Evolução da Implantação dos Agentes Comunitários de Saúde e da População Coberta, nas Capitais - 1998 a 2007

ANEXO C – Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família e da População Coberta, nas Capitais - 1998 a 2007

ANEXO D - Evolução da Implantação dos Agentes Comunitários de Saúde e da População Coberta, nos Municípios com mais de 100 mil habitantes - 1998 a 2007

ANEXO E - Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família e da População Coberta, nos Municípios com mais de 100 mil habitantes - 1998 a 2007

ANEXO F - Evolução da Implantação dos Agentes Comunitários de Saúde e da População Coberta, nas Regiões Metropolitanas - 1998 a 2007

ANEXO G - Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família e da População Coberta, nas Regiões Metropolitanas - 1998 a 2007

ANEXO H – Relatório de dados para pagamento do incentivo às Equipes de Saúde Bucal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	24
AS PRIMEIRAS PALAVRAS: O ENCONTRO DO EU COM O OUTRO.....	27
1 SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CONCEITOS NECESSÁRIOS	43
1.1 CONCEITOS NECESSÁRIOS.....	50
1.1.1 Desigualdades Sociais.....	50
1.1.2 Desigualdade em Saúde.....	52
1.1.3 Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar.....	54
1.1.4 Atenção Primária/Básica e PSF.....	56
1.1.5 Serviços de Saúde.....	57
1.1.6 Acesso.....	57
2 CONTEXTOS, ORIGEM E DEBATES DO PSF	61
2.1 CONTEXTOS.....	61
2.1.1 Dos processos de Descentralização.....	67
2.1.2 Do financiamento - seus mecanismos de repasse - entre fundos de saúde.....	71
2.1.3 Dos processos de participação social e gestão participativa	74
2.2 ORIGEM.....	77
2.3 DEBATES	88
3 AS TRILHAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....	92
3.1 PASSOS ADOTADOS NO CAMINHO DA PESQUISA.....	93
3.1.1 O objeto e a pergunta central da pesquisa.....	93
3.1.2 O universo e os sujeitos da pesquisa.....	93
3.1.3 Técnicas e instrumentos da pesquisa.....	95
3.1.4 O referencial de análise teórico-metodológico e empírica.....	98
3.1.5 O trabalho de campo.....	100
3.1.6 Tratamento de dados e análise das informações coletadas.....	104
4 O SAÚDE DA FAMÍLIA NOS 12 MUNICÍPIOS PIONEIROS.....	109
4.1 ALÉM PARAÍBA (MG).....	109
4.1.1 O município como ele é: Além Paraíba (MG).....	110
4.1.2 A saúde no município: preliminares históricas - Além Paraíba (MG).....	110
4.1.3 O PSF no município: Além Paraíba (MG).....	111
4.2 JUIZ DE FORA (MG).....	114
4.2.1 O município como ele é: Juiz de Fora (MG).....	114
4.2.2 A saúde no município: preliminares históricas – Juiz de Fora (MG).....	115
4.2.3 O PSF no município: Juiz de Fora (MG).....	116
4.3 NITERÓI (RJ).....	122
4.3.1 O município como ele é: Niterói (RJ).....	122
4.3.2 A saúde no município: preliminares históricas - Niterói (RJ).....	123
4.3.3 O médico de família no município: Niterói (RJ).....	123
4.4 CAMPINA GRANDE (PB).....	126
4.4.1 O município como ele é: Campina Grande (PB).....	126
4.4.2 A saúde no município: preliminares históricas - Campina Grande (PB).....	127
4.4.3 O PSF no município: Campina Grande (PB).....	127
4.5 QUIXADÁ (CE).....	131
4.5.1 O município como ele é: Quixadá (CE).....	131
4.5.2 A saúde no município: preliminares históricas – Quixadá (CE).....	132
4.5.3 O PSF no município: Quixadá (CE).....	132
4.6 NEÓPOLIS (SE).....	135
4.6.1 O município como ele é: Neópolis (SE).....	135

4.6.2 A saúde no município: preliminares históricas - Neópolis (SE).....	136
4.6.3 O PSF no município: Neópolis (SE).....	136
4.7 GOIÂNIA (GO).....	139
4.7.1 O município como ele é: Goiânia (GO).....	139
4.7.2 A saúde no município: preliminares históricas - Goiânia (GO).....	140
4.7.3 O PSF no município: Goiânia (GO).....	141
4.8 PLANALTINA DE GOIÁS (GO).....	143
4.8.1 O município como ele é: Planaltina de Goiás (GO).....	143
4.8.2 A saúde no município: preliminares históricas - Planaltina de Goiás (GO).....	144
4.8.3 O PSF no município: Planaltina de Goiás (GO).....	145
4.9 CURITIBA (PR).....	147
4.9.1 O município como ele é: Curitiba (PR).....	147
4.9.2 A saúde no município: preliminares históricas - Curitiba (PR).....	148
4.9.3 O PSF no município: Curitiba (PR).....	148
4.10 JOINVILLE (SC).....	150
4.10.1 O município como ele é: Joinville (SC).....	151
4.10.2 A saúde no município: preliminares históricas - Joinville (SC).....	151
4.10.3 O PSF no município: Joinville (SC).....	152
4.11 CRICIÚMA (SC).....	155
4.11.1 O município como ele é: Criciúma (SC).....	155
4.11.2 A saúde no município: preliminares históricas - Criciúma (SC).....	155
4.11.3 O PSF no município: Criciúma/SC.....	156
4.12 BRAGANÇA (PA).....	158
4.12.1 O município como ele é: Bragança (PA).....	158
4.12.2 A saúde no município: preliminares históricas - Bragança (PA).....	159
4.12.3 O PSF no município: Bragança (PA).....	159
4.13 Os 12 MUNICÍPIOS PIONEIROS: FIOS QUE CONDUZEM AS DIFERENÇAS E SIMILITUDES	162
5 SAÚDE DA FAMÍLIA E A OBJETIVAÇÃO DA REALIDADE	170
5.1 AS MOTIVAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	170
5.1.1 Organização do SUS e reordenamento do sistema.....	170
5.1.2 Mudança do modelo assistencial.....	173
5.1.3 Organização da Atenção Básica.....	177
5.2 A EXPANSÃO DA COBERTURA DO SAÚDE DA FAMÍLIA.....	182
5.3 A GOVERNANÇA INSTITUCIONAL DO SAÚDE DA FAMÍLIA	193
5.3.1 Institucionalização do Saúde da Família.....	194
5.3.2 Base de apoio político, técnico e científico ao PSF.....	200
5.3.3 Incentivos de financiamento ao PSF.....	206
5.3.4 Desenvolvimento de pessoal envolvido no PSF.....	211
5.4 A PERCEPÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS	216
5.4.1 Falta de conhecimento sobre o PSF.....	216
5.4.2 Melhoria no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.....	219
6 (In) CONCLUSÃO.....	223
7 O PSF DO FUTURO: SINALIZAÇÕES SUGESTIVAS	234
<u>OUTRAS PALAVRAS: ENTRE ATOS E SUAS REVELAÇÕES</u>	<u>240</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>247</u>
<u>APÊNDICES.....</u>	<u>261</u>

ANEXOS.....262