

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**PAULA KATIANA DA SILVA CARREIRO**

**UM ESTUDO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:** a particularidade  
da Estratégia Saúde da Família

São Luís  
2015

**PAULA KATIANA DA SILVA CARREIRO**

**UM ESTUDO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:** a particularidade  
da Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obter o título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias.

São Luís

2015

Carreiro, Paula Katiana da Silva.

Um estudo da política de atenção básica no Brasil: a particularidade da Estratégia Saúde da Família / Paula Katiana da Silva Carreiro. – São Luís, 2015.

180 f

Dissertação (Mestrado) – Curso de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, 2015.

Orientador: Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias

1.Avaliação política. 2.Atenção básica. 3.Estratégia Saúde da Família.  
I.Título

CDU: 614(81)

**PAULA KATIANA DA SILVA CARREIRO**

**UM ESTUDO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA:** a particularidade da Estratégia  
Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Salviana de Maria Pastor Santos Souza  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dra. Cristiana Costa Lima  
Universidade Federal do Maranhão

Ao meu esposo Gamaliel, amor da minha vida, pelo  
companheirismo e incentivo para que esse projeto  
se tornasse real.

Ao Miguel, minha herança divina.

Ao Senhor da minha vida, a Ele todo o mérito.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos queridos pais, por todo o amor e dedicação; pelos exemplos tão dignos de vida; por acreditarem no meu potencial e me incentivarem sempre a estudar; por assegurarem as condições materiais, mas principalmente, emocionais para que eu pudesse seguir em frente.

A toda a minha amada família e amigos queridos que representados aqui por Júnior, Ana, Darli, Cláudio, Ruideglan, Sana, Elizânia, Eunice, Suelma, Adriana e Fabíola, me apoiaram e torceram por mim nessa caminhada.

À querida orientadora, Marly, pela inestimável colaboração e, sobretudo, pela orientação, dedicação e paciência. Obrigada pelas palavras encorajadoras e de ânimo, sempre me lembrando: “Paula, de mais longe você já veio!”. Certamente, o seu apoio tornou essa jornada mais fácil e agradável.

Às joias preciosas Leandra e Geane, o meu coração grato pelas orações.

Aos colegas de mestrado pelas experiências vividas, pelas trocas de saberes, pelo aprendizado, conversas, risadas e parceria.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas das Universidade Federal do Maranhão, a minha gratidão por nos proporcionarem momentos de aproximação com o mundo científico.

Às queridas, Luana e Rani, pela compreensão e companheirismo. Sem vocês eu não teria conseguido.

Por fim, a todos aqueles que, junto comigo, desejam um sistema de saúde público, gratuito, universal e de qualidade.

Confie no Senhor de todo o seu coração e não se apoie em seu próprio entendimento; reconheça o Senhor em todos os seus caminhos, e ele endireitará as suas veredas. (Provérbios 3: 5,6).

## RESUMO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) nasce como programa em 1994 e tem a pretensão de mudar o modelo assistencial vigente baseado na cura de doenças para aquele em que a prevenção e promoção da saúde é o foco principal. A pesquisa, intitulada Um Estudo da Política de Atenção Básica no Brasil: a particularidade da Estratégia Saúde da Família, buscou realizar uma avaliação política da política, com vistas a desenvolver uma análise do processo de formulação da ESF, considerando seu referencial teórico, os fundamentos de ordem política, econômica e sociocultural que a embasaram, buscando fazer um cotejamento entre o desenho dessa política e os princípios e objetivos gerais preconizados nas normativas que instituem a política de saúde no Brasil, particularmente, a política de atenção básica proposta no modelo de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Para tanto, traçou-se uma trajetória histórica dessa política, da qual observou-se uma transição do modelo sanitário campanhista e higienista para o modelo assistencial universal preconizado pelo Sistema Único da Saúde, influenciado pelas propostas da Reforma Sanitária. Avalia-se, a partir desse apanhado histórico, o referencial ético-político considerado pelos formuladores da Saúde da Família, bem como a coerência e pertinência da proposta com relação à engenharia traçada pelos idealizadores.

**Palavras-chave:** Avaliação Política. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (FHS) is born as a program in 1994 and has the intention to change the current health care model based on the healing of diseases for those in which the prevention and health promotion is the main focus. The survey, entitled A Study of the Basic Policy Attention in Brazil: the particularity of the Family Health Strategy, aimed to make a political evaluation of the policy in order to develop an analysis of the FHS making process, considering its theoretical structure, the arguments of political, economic, social and cultural order that it claimed, seeking to make a mutual comparison between the design of this policy and the general principles and objectives envisaged in the regulations that establish the health policy in Brazil, particularly the basic attention policy proposed in the management model of the Unified Health System (SUS). Therefore, drew up a historical trajectory of this policy, in which could be observed a transition from the sanitarian, campaigner and hygienist model for the universal health care model envisaged by Unified Health System, influenced by the proposals of the Sanitary Reform. It is estimated, from this historical overview, the ethical-political framework considered by the makers of the Family Health, and the consistency and relevance of the proposal in relation to engineering drawn by the developers.

**Keywords:** Political Evaluation. Basic Attention. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Modelo Clássico e Modelo de atenção Integral à Saúde da Família.....	102
Quadro 2 - Modalidade 1 e 2 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família segundo profissionais envolvidos e constituição dos núcleos .....	112
Quadro 3 - Grau de instrução dos prefeitos brasileiros.....	131
Quadro 4 - Financiamento da Atenção Básica – PAB variável.....	150
Gráfico 1 - Distribuição dos Recursos do Orçamento Geral da União (Exercício 2013) .....	159

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução Quantitativa do PSF e PACS (1994 – 2001).....	106
Tabela 2 - Credenciamento e implantação da ESF no Brasil (Referência: dezembro de 2014).....	127
Tabela 3 - Média salarial dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família	141
Tabela 4 - Financiamento da Atenção Básica – PAB Fixo.....	149
Tabela 5 - Repasse financeiros do governo federal para os municípios (em R\$).....	153

## LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica À Saúde

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BM – Banco Mundial

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DAB – Departamento de Atenção Básica

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EBSERH – Empresa Brasileira de serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEF – Fundo de Estabilização Fiscal

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FIOCRUZ -

FMI – Fundo Monetário Internacional

FSE – Fundo Social de Emergência

FUNASA – Fundação Nacional da Saúde

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica de Saúde

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOA – Norma Operacional da Assistência Social

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OGU – Orçamento Geral da União

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

OS – Organizações Sociais

OSS – Orçamento da Seguridade Social

OSCIPIS – Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIF – Programa de Atenção Integral Familiar

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIS – Programa de Integração Social

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PPI – Programa Pactuada e Integrada

PROESF – Programa de Expansão da Saúde da Família

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SESC – Serviço Social do Comércio

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SF – Saúde da Família

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL</b> .....	24
2.1	A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL..	26
2.2	A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	42
2.3	O CONTEXTO CONTRARREFORMISTA DOS ANOS 1990 E O SETOR SAÚDE.....	54
<b>3</b>	<b>CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE</b> .....	66
3.1	ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E CONCEITUAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	66
3.2	A INCLUSÃO DA FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	77
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO POLÍTICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: a particularidade da estratégia saúde da família</b> .....	92
4.1	ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	92
4.1.1	<b>A ESF: do movimento ideológico à ação política</b> .....	92
4.1.2	<b>Concepções e Polêmicas em torno da ESF</b> .....	114
4.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: a engenharia da proposta...	123
4.2.1	<b>Diretrizes Operacionais da ESF</b> .....	124
4.2.2	<b>Financiamento da ESF</b> .....	143
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	161
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	166

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos o Brasil construiu um sistema de saúde do qual privilegiou um modelo de assistência marcado pela ineficiência, desigualdade no acesso, dicotomia entre ações curativas e preventivas, ênfase na medicina hospitalar com concentração de recursos voltados para esse setor, centralização das decisões da política no governo federal e, conforme Souza H. (2000), incorporação de alta tecnologia da qual não se direcionava às localidades do país consideradas mais atingidas pela pobreza.

Esse cenário causou insatisfação aos usuários, gestores e profissionais de saúde de um modo geral, resultando na construção do movimento sanitário, que desde os anos 1970 vem lutando pela reforma do sistema de saúde no Brasil, com propostas de uma política gratuita, universal e de qualidade, tendo a primazia do Estado na sua condução.

A crise do período militar possibilitou aos movimentos sociais maior reorganização e pressão na luta por políticas sociais mais eficientes e visibilidade para os projetos de reforma sanitária, arrancando, também, diversas conquistas para o conjunto da classe trabalhadora, contribuindo para que a Constituição Federal tivesse um certo sabor de “Estado Bem-Estar”, embora seja fato que o Brasil não experimentou esse tipo de modelo de proteção social.

Os anos de 1980 é marcado pelo fim da Ditadura Militar, onde há uma desagregação do Estado autoritário, dando início a um período de redemocratização no país. É no bojo desses acontecimentos que se deu a promulgação da Constituição Federal de 1988, apregoando à política de saúde o status de direito social, juntamente com a assistência social e a previdência social, elencando-as como o tripé da Seguridade Social no Brasil.

Convém salientar que, as conquistas sociais arroladas no processo constituinte são, de um lado, decorrentes da organização dos setores populares dos quais se encontram diretamente atingidos pelas relações que o capital estabelece, demandando uma provisão de políticas sociais, e de outro lado, podem ser compreendidas enquanto um instrumento que as classes dominantes, mediante o Estado, possuem para regular a vida social.

Fontes (2010, p.116) destaca que:

[...] a década de 1980 e seus desdobramentos nos primeiros anos 1990 evidenciam uma importante inflexão na trajetória histórica brasileira, que,

conservando inúmeras de suas tradições, encontrava-se diante de uma conjuntura de novo tipo, na qual conjugavam-se lutas populares fortes com a necessidade burguesa da estabilização de um formato político de tipo democrático-representativo. [...] Esse foi o *grand finale* da revolução burguesa no Brasil, coerente com o momento capital-imperialista e suas novas formas de incorporação de países retardatários, nos quais o acesso à democracia ocorre através da redução de toda política à pequena política.

Destarte, não se pode deixar de mencionar que, na transição do regime militar para o republicano, a carta constituinte resultou de um processo contraditório em que de um lado, se manteve as salvaguardas estratégicas das forças conservadoras, e de outro, se elencaram as conquistas dos setores democráticos que pela primeira vez no Brasil formou-se um conjunto amplo de direitos sociais.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como cidadã, é caracterizada por Fernandes (1989) como inacabada, híbrida e ambígua, pois embora arrole em seu texto uma ampliação da proteção social, já nasce contestada pelas forças conservadoras, mantendo a privatização do público e permitindo um campo maior de distribuição dos recursos públicos para a iniciativa privada, nas formas direta e indireta. Nesse sentido, a própria Constituição já demarca o papel do Estado dentro do sistema capitalista que é atender aos interesses do mercado, pois como destaca o autor “[...] isso faz parte de sua natureza autocrática e de sua orientação conservantista.” (FERNANDES, 1989, p.85).

Além disso, a carta Magna surge no contexto em que há uma reorganização do capitalismo por conta da crise deflagrada no interior desse sistema, emergindo com expressividade a política neoliberal. Dentre essas transformações, aponta-se a flexibilização e precarização das relações trabalhistas e o crescente desemprego estrutural, que no Brasil, vem acompanhado da inflação, endividamento do setor público e baixo crescimento econômico.

Pereira (2012, p.9) salienta que, a redemocratização do país ocorreu em um momento histórico adverso e “[...] refratário ao desenvolvimento da política social na perspectiva da cidadania.” A nível internacional, vivenciava-se na Europa a substituição do Estado Social pelo Estado Mínimo; na União Soviética, o colapso do socialismo real; a ascendência dos Estados Unidos como potência imperial; e a projeção mundialmente do neoliberalismo como alternativa à crise instalada no interior do sistema capitalista, com proposições das seguintes alternativas:

[...] do livre mercado; das privatizações do patrimônio público; da flexibilização laboral; da negação dos direitos sociais; da substituição das políticas universais pelas focalizadas; da transformação da seguridade social

em simples seguro, com descarte da assistência; e da primazia do mérito empreendedor dos indivíduos em detrimento dos direitos. (PEREIRA, 2012, p.8).

Contudo, é certo que a Carta Magna instituiu mecanismos e aparatos legais para a regulamentação e garantia dos vários direitos sociais, dentre os quais se incluem aqueles relacionados à saúde. Estes dispositivos constitucionais representaram uma possibilidade de se promover avanços no modelo de atenção à saúde no Brasil.

É possível dizer que com a promulgação da CF/1988, a Política Nacional de Atenção Básica ganhou uma nova dimensão política a partir de sua vinculação a uma perspectiva mais ampla de democracia, haja visto que a Carta incorporou o princípio da universalização e a concepção da saúde como direito social e dever do Estado, garantindo o acesso dos bens e serviços igualitários a toda população.

Esta concepção provocou reordenamentos políticos e institucionais no campo da Saúde Pública e criou, inclusive, a necessidade de organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) do qual passou a ser concebido através de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, como aponta os artigos da CF/1988:

**Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

**Art. 198.** 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;

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

III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

O SUS ao preconizar um sistema de saúde com base nos princípios acima descritos, propõe superar as formas tradicionais de assistência caracterizadas, principalmente, pelo enfoque biologizante e curativo, portanto, centrado no modelo de assistência hospitalar exclusivamente focado na doença, por práticas de prevenção e valorização de ações educativas em saúde estruturadas a partir de uma política de atenção básica.

Assim, as ações de atenção básica, possuem importância fundamental no Sistema Único de Saúde – SUS, uma vez que se torna um dos focos principais de uma nova perspectiva de fazer política pública de saúde no país.

Nessa perspectiva é que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) define que a Atenção Básica compreende um conjunto de ações que envolvem a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, ou seja, reafirma que esse modelo de atenção à saúde prioriza a adoção de ações preventivas e educativas, a assistência continuada aos usuários das ações de tal política, e, ainda, privilegia a abordagem familiar.

Com a finalidade de operacionalizar as ações da atenção básica, o MS optou pela adoção em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF) como principal proposta dessa política, buscando reafirmar os princípios básicos do SUS através da universalização, da descentralização, da integralidade das ações e da participação comunitária. O objetivo desse modelo é prestar de forma contínua e integral as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (BRASIL, 2001).

O PSF, cuja finalidade é propor mudança no modelo assistencial de saúde, em 1997 adquiriu status de política e passou de programa para estratégia de maior abrangência nacional. A Saúde da Família (SF) foi considerada modelo estruturante dos sistemas municipais de saúde, buscando imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

Desde seu surgimento, o Ministério da Saúde tem investido em regulamentações específicas para a Estratégia Saúde da Família (ESF); alocação de recursos para o seu funcionamento; além de iniciativas estratégicas com vistas à expansão do modelo em todo o país.

A família, na proposta da Saúde da Família, passou a ser o foco central da atenção básica à saúde, visto que se apresenta com papel importante e determinante nos processos de saúde-doença, uma vez que influencia diretamente nos hábitos alimentares, no estilo de vida, nos comportamentos sociais, representando o nicho sócio-sanitário e cultural do indivíduo. Essa perspectiva faz com que essa instituição passe a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Pois, como em conformidade com a política, mais que uma delimitação geográfica, o domicílio é o espaço onde se constroem as relações intra e extra-familiares e no qual se desenvolve “[...] a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.” (BRASIL, 1997, p.8).

Os municípios que adotarem a ESF devem implantar equipes multiprofissionais para atuarem em unidades básicas de saúde. Cada equipe deve ter, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, dos quais deverão ser responsáveis por uma população definida, que habita um território delimitado. A finalidade dessas equipes é, conforme o Ministério da Saúde:

[...] prestar assistência integral e permanente às populações atendidas, realizar atividades educativas e de promoção da saúde, além atuar sobre fatores de risco a que as comunidades estejam expostas. Com isso, procura-se alcançar, também, um dos objetivos da estratégia Saúde da Família, que é conferir maior racionalidade à utilização dos demais níveis assistenciais. (BRASIL, 2006).

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família vem sendo considerada pelo MS como a porta de entrada preferencial de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. De acordo com Mendonça (2005), tal modelo, desde o seu surgimento, tem se constituído destaque no debate nacional acerca da temática, pois passa a ser instrumento que almeja a estruturação dos sistemas locais de saúde, a reorganização do SUS e a municipalização.

A ESF traz como desafio a superação do caráter curativo da saúde, a promoção da cidadania, utilizando, para tanto, o espaço da Saúde da Família como um lugar privilegiado; e a realização da intersectorialidade entre as diversas políticas públicas.

Com essa finalidade tal proposta passou a ser adotada e expandida em diversos municípios brasileiros e, ao longo dos anos, vem apresentando índices de crescimento relevantes no país. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB)<sup>1</sup>, a nível nacional, a ESF conta com 39.064 equipes de saúde, abrangendo 5.460 municípios. A cobertura populacional em 2000 era de 13,74%, enquanto que atualmente a ESF cobre cerca de 63,98% da população brasileira, o que representa quase 121 milhões de pessoas utilizando os serviços de atenção

---

<sup>1</sup> Atualmente, no âmbito da gestão federal, as ações de atenção básica são estruturadas e operacionalizadas através do Departamento de Atenção Básica – DAB, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. A execução de tal política é compartilhada pelos Estados, o Distrito Federal e os municípios. O DAB exerce o controle e a avaliação dessa política, fornecendo apoio técnico às instâncias de atenção básica para o desenvolvimento de ações de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Alimentação e Nutrição, de Gestão em Saúde e de Avaliação e Acompanhamento. O DAB é também o responsável pela Estratégia Saúde da Família.

primária. No que se refere à saúde bucal, hoje são 29.243 equipes, abrangendo 5.013 municípios que adotaram essa modalidade de equipes<sup>2</sup>.

Através desse dado, verifica-se a importância e o peso dessa Estratégia para o sistema público de saúde no que diz respeito ao atendimento à população nas suas necessidades básicas de saúde. Vale destacar que nessa atuação têm-se sempre presente o caráter preventivo e educativo, embora não seja menosprezado ou minimizado o aspecto da assistência hospitalar quando essa se faz necessário.

Contudo, embora a adoção da ESF como porta de entrada do sistema de saúde tenha apresentado um crescimento expressivo em sua cobertura, conforme os autores Machado, Lima e Viana (2008), não conseguiu evitar a disparidade existente entre a concepção da atenção básica no desenho da política nacional e sua expressão na realidade local.

Além disso, quando criada a ESF gerou discussões acerca do seu processo de formulação, do qual também foi permeado por críticas, e permanecem até hoje, sobre o seu caráter focalizador, já que o público-alvo de suas ações era aquelas regiões do país consideradas mais pobres. Há, portanto, uma necessidade em conhecer e entender os fundamentos políticos, ideológicos, econômicos, sociais, culturais e institucionais que condicionaram o processo de formulação da política de atenção básica no Brasil, em especial a ESF, assim como identificar a engenharia dessa política.

A pesquisa, portanto, se propôs a realizar uma análise da Estratégia Saúde da Família, sendo norteadas pelas seguintes questões: como ocorreu historicamente o processo de construção da concepção de atenção básica em saúde no Brasil? Qual contexto político e econômico favoreceu o processo de implantação dessa política no país? Quais são os pressupostos e concepções teóricas-filosóficas que determinaram o processo de formulação da Estratégia Saúde da Família e que sustentam e orientam as ações desenvolvidas por esse modelo? Qual o desenho/conteúdo dessa proposta? Existe adequação dos mecanismos institucionais e dos recursos aos objetivos propostos?

Com base nestas questões, o objetivo da pesquisa é desenvolver uma análise do processo de formulação da ESF, considerando seu referencial teórico, os fundamentos de ordem política, econômica e sociocultural que a embasaram,

---

<sup>2</sup> Estes dados foram obtidos através do Sistema de Atenção Básica (SIAB), disponível em [www.dab.gov.br](http://www.dab.gov.br) e acessado em 8 de janeiro de 2014.

buscando fazer um cotejamento entre o desenho dessa política e os princípios e objetivos gerais preconizados nas normativas que instituem a política de saúde no Brasil, particularmente, a política de atenção básica proposta no modelo de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Dentre os objetivos específicos que nortearam a análise da temática apresentada, destaca-se: identificar os pressupostos e concepções de ordem econômica, política e sociocultural que determinaram o processo de construção e implantação da ESF no Brasil; identificar os princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Básica, a fim de analisar a pertinência e coerência do processo de formulação da ESF em relação a estes princípios; e identificar a estrutura e organização da ESF, explicitando a dimensão, o significado, a abrangência e as funções da ESF no Brasil.

Ressalto que o interesse pessoal pelo objeto de estudo advém da minha inserção no período de 2008 a 2010, na condição de servidora pública de uma unidade de saúde em Brasília, na equipe multidisciplinar do Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF), no qual eram desenvolvidos projetos voltados para a saúde básica da população. No desempenho das minhas funções profissionais, no bojo dessa experiência surgiram alguns questionamentos e inquietações, particularmente, no que diz respeito à política de atenção básica.

Justifica-se a temática em questão pela sua relevância no cenário atual de intensificação e ampliação da atenção primária, pois se acredita que o estudo possa trazer resultados que contribua para incrementar o debate acadêmico acerca da análise de políticas públicas, em especial, a política de saúde a qual se apresenta como marco essencial na concretização dos direitos sociais.

O presente texto é um estudo da Política de Atenção Básica e teve como pretensão uma análise dessa política tomando como referência a Estratégia Saúde da Família no Brasil. Para tanto, o tipo de pesquisa utilizado foi o de caráter avaliativo de natureza qualitativa, desenvolvida a partir dos métodos e técnicas da pesquisa social.

A avaliação é entendida nessa pesquisa como um mecanismo inerente às políticas públicas. Avaliar, portanto, significa julgar, atribuir valor, apreciar, no sentido de determinar se aquilo que se averigua é bom ou ruim, neste caso, uma política ou um programa. (SILVA, 2001). Pode ser concebida como um instrumento capaz de exercer pressão sobre o Estado com o objetivo de alcançar ao atendimento das

demandas sociais. Silva (2001), registra uma variedade de modelos de avaliação de políticas e programas sociais, sendo as mais recorrentes: o monitoramento, avaliação de processos, avaliação de impactos e a avaliação política da política, elencada nessa pesquisa como opção avaliativa.

A avaliação política da política analisa como determinada política se institui e quais os princípios que a nortearam. Trata-se de um modelo de avaliação voltado para a fase de formulação da política ou planejamento do programa. De acordo com Silva (2008), nesse tipo de avaliação existem duas abordagens de pesquisa, a saber: a avaliação política da política propriamente dita e a avaliação de engenharia da política.

No que se refere à primeira, a autora aponta que consiste em analisar:

[...] os fundamentos e condicionamentos de ordem política, econômica e sociocultural que determinaram o processo de formulação da política ou de elaboração de um plano, voltando-se para a identificação e análise dos princípios de justiça social, implícitos ou explícitos, que orientaram o processo de transformação de uma agenda pública em alternativas de políticas num programa a ser adotado e implementado. (SILVA, 2008, p.149).

Por outro lado, a avaliação de engenharia da política busca avaliar a adequação dos mecanismos institucionais e dos recursos para enfrentamento do problema em questão (recursos materiais e humanos). (SILVA, 2001).

Partindo dessa modalidade avaliativa, a pesquisa em questão se propõe a analisar os determinantes econômicos, ideológicos, políticos e culturais considerados no processo de formulação da política de Atenção Básica; a coerência interna da proposta e sua pertinência em relação à realidade que pretende modificar; os sujeitos envolvidos na formulação; as prioridades definidas, a estrutura e a forma de financiamento.

Para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa foram adotados alguns procedimentos metodológicos.

O estudo teve como ponto de partida o levantamento e a análise bibliográfica (livro, periódicos, artigos, dissertações e teses) para fundamentação teórica do tema em estudo. O objetivo era o de apreender e compreender as categorias teóricas pertinentes ao estudo, das quais se destaca: Políticas Públicas, Avaliação Política, Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Também importa mencionar que, a pesquisa foi situada no marco da Política Social que tem como principal prerrogativa a concretização dos direitos sociais.

Somada aos recursos bibliográficos, desenvolveu-se uma análise documental do aparato jurídico-legal sobre o objeto de estudo.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p.2) destaca a importância da pesquisa documental pelo fato de que o uso do documento permite ao pesquisador “[...] acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social [...]”, favorecendo a observação do processo de maturação do objeto a ser investigado. Com essa finalidade foi realizado o levantamento de dados de algumas das normas nacionais e municipais que regulamentam o SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, que considerou-se relevantes, como leis, portarias, decretos, cadernos, além de cartilhas e outros documentos referentes à atenção básica à saúde. Através dessa análise foi possível apreender nos documentos consultados os pressupostos políticos, ideológicos, econômicos e culturais da referida política. Também foram realizadas pesquisas nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Para a apropriação das construções teóricas que nortearam o estudo, procurou-se adotar o método crítico-dialético, desenvolvido por Marx, por entender que essa perspectiva permite uma visão da realidade e rompe com abordagens unilaterais.

De forma simplificada, é um método de aproximações sucessivas do objeto de análise, que passa do mais abstrato para o mais concreto, afastando suposições simplificadoras na investigação, de modo que a teoria possa levar em conta e explicar um número de fenômenos reais cada vez maiores. Em seguida, deve-se distinguir o que é essencial do não-essencial, formulando hipóteses do que é essencial e confrontando as conclusões com os dados proporcionados pela experiência. (SWEEZY, 1983, p.16).

Na abordagem crítico-dialética desvendar a realidade implica compreender que o processo histórico está em permanente transformação, sendo inerente a um determinado conjunto de relações, das quais se apresentam sob diversas dimensões. Os fenômenos sociais analisados são situados no processo contraditório de múltiplas determinações, no qual se apreende a totalidade em movimento.

Boschetti (2006) afirma que a análise das políticas sociais não pode ser realizada como um fato isolado, mas devem ser situadas como expressão contraditória da realidade e compreendidas em suas múltiplas dimensões.

No que diz respeito à estruturação da presente Dissertação, além desta Introdução, o presente texto é apresentado em três capítulos.

No primeiro capítulo, procurou-se discorrer acerca da trajetória histórica da Seguridade Social no Brasil, apontando sua emergência e desenvolvimento, com destaque para a política de saúde. Também buscou-se realizar um esforço teórico para descrever o processo de construção do Sistema Único de Saúde, destacando as mudanças políticas, sociais e econômicas desencadeadas nesse contexto até a institucionalização de tal sistema. Foi apresentado o cenário contrarreformista que influenciou a formulação da política de saúde, em especial a atenção básica, nos anos de 1990.

O segundo capítulo traz uma discussão sobre o desenvolvimento da política de atenção básica, identificando o seu surgimento no cenário internacional e nacional, além de apontar as diversas concepções da AB e o destaque que esta política adquiriu com as propostas de reformas dos sistemas de saúde. Aborda-se ainda a centralidade que a família alcançou nas políticas sociais, em especial a de saúde.

O terceiro capítulo desenvolveu uma avaliação política da política de atenção básica, especificamente a ESF, onde buscou-se situar o contexto político, econômico, social, institucional e cultural em que surge a ESF. Realizou-se a avaliação do desenho da Saúde da Família, analisando suas diretrizes operacionais e o modelo de financiamento da política, com vistas a identificar a coerência de todo o referencial ético-político e engenharia com os objetivos propostos pelos seus formuladores.

Por fim, o último item aponta as considerações finais desta exposição, apresentando as reflexões sobre as questões que orientaram a presente análise, de modo que esse trabalho possa contribuir para o debate acerca da política de atenção básica no contexto das ciências sociais.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Antes de apresentar os caminhos que a Seguridade Social no Brasil traçou, cumpre-nos caracterizar e conceituar o que são políticas públicas, porém sem esgotar a temática em questão, visto que não se constitui como objetivo do trabalho proposto.

No sistema capitalista, as políticas públicas são formas de intervenção na sociedade que se apresentam enquanto um conjunto de medidas e procedimentos orientados pelo Estado no intuito de regular as ações governamentais que condizem ao interesse público.

No entanto, não se constituem como mera intervenção estatal, mas como um processo que envolve um conjunto de momentos não lineares, articulados e independentes. Além disso, vinculam os mais diferentes sujeitos, com interesses e racionalidades distintas. (SILVA, 2001).

Políticas públicas podem ser compreendidas, ainda, como um conjunto de ações coletivas que concretizam direitos sociais, através da oferta de bens e serviços distribuídos e redistribuídos para dar resposta às demandas sociais. (SILVIA, 2001; BOBBIO apud SILVEIRA, 2011).

Rua (1998, p.3) define políticas públicas como *outputs*, aquilo que resulta de uma atividade política, apresentando-se como o conjunto “[...] das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores”. Variam de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, o regime social, os governos, o tipo de Estado e o nível de atuação dos diferentes atores e grupos sociais: trabalhadores, políticos, burocratas, empresários, os partidos políticos, sindicatos, associações de classe, agências internacionais, meios de comunicação e outras formas de organização política da sociedade.

O Estado, portanto, se constitui como mediador dos interesses e do poder dos diferentes sujeitos e grupos sociais, definindo ou não a intervenção estatal na sociedade.

A literatura aponta diversas tipologias que se arriscam a identificar e compreender as políticas públicas, relacionando-as à atuação governamental na sociedade. Dentre estas tipologias, vale destacar a que foi desenvolvida por Theodor Lowi (1964) apud Souza (2006). De acordo com este autor, as políticas públicas assumem quatro formatos, a saber:

As Políticas distributivas envolvem decisões tomadas pelo governo [...] geram impactos individuais privilegiando certos grupos sociais em lugar de outros; Políticas redistributivas atingem um grande número de pessoas e [...] são as

políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário; Políticas regulatórias envolvem burocracia, políticos e grupos de interesse; Políticas constitutivas [...] são as que lidam com procedimentos. (LOWI apud SOUZA, 2006, p.76).

Conforme o referido autor, cada política pública carece de diferentes formas tanto de apoio, quanto de rejeição, uma vez que as decisões referentes à política perpassam por variadas arenas.

Ademais, importa mencionar que as políticas públicas são ações que englobam natureza coletiva e individual, sendo que as de corte social se apresentam como interfaces das políticas públicas.

De acordo com Machado (2005) apud Silveira (2011), a construção de uma determinada política social varia de acordo com os aspectos econômicos, políticos, institucionais e sócio-culturais de cada país, ocorrendo de forma gradativa e distinta. A autora ainda chama a atenção para as variáveis que considera influenciar a formação de um sistema de proteção social, a saber: as diferentes facetas do sistema capitalista, o processo de industrialização, a influência do contexto geopolítico mundial, a correlação de forças entre os variados grupos de pressão, o grau de desmercantilização das relações entre Estado, famílias e mercado e modos de estratificações ou solidariedade social.

Destarte, as políticas sociais traduzem uma tensão permanente e contraditória entre os imperativos da reprodução do capital, de um lado, e as necessidades de reprodução da força de trabalho, de outro. (LAURELL, 1995).

Fleury (2007) apud Silveira (2011, p.25) conceitua política social como:

[...] uma ação de proteção social, que compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) para a promoção da seguridade social e do bem estar. Portanto, a política social é multifacetada, porque inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, promoção de direitos e afirmação de valores humanitários que devem orientar a organização da sociedade.

De acordo com Laurell (1995, p.153), política social se refere ao “[...] conjunto de medidas e instituições (públicas e privadas) que tem por objeto o bem-estar e serviço social [...]”, sendo que as expressões da questão social se apresentam como um dos seus desafios. As políticas sociais abrangem as áreas de saúde, educação, previdência social, habitação, dentre outras, tendo como finalidade o bem coletivo e a proteção de riscos específicos, possuindo peculiaridades quanto à elaboração, organização e implementação.

No que se refere ao conceito de Seguridade Social, passou a ser utilizado nos países de capitalismo central para se referir ao conjunto de medidas de proteção utilizadas pelo Estado para atender determinadas demandas sociais, das quais, posteriormente, se consolidaram num conjunto de políticas sociais que se materializaram nos chamados Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*.

Deste modo, a Seguridade Social, pensada enquanto uma Política Social, está historicamente relacionada ao surgimento da questão social e ao papel do Estado em atender as diversas manifestações decorrentes desse fenômeno. Portanto, a política social é fruto da relação entre capitalismo, luta de classes e intervenção estatal, como veremos a seguir.

## 2.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

No período anterior aos 1930 o paradigma teórico orientador das formulações políticas, econômicas e sociais do sistema vigente era o liberalismo clássico. Inexistia um Estado regulador da área social, portanto, não havia medidas de proteção social que amenizassem os problemas vivenciados pelas populações. O mercado era o eixo responsável para o estabelecimento da dinâmica societária e a única forma de regularização dos mínimos sociais. Além do mercado, a iniciativa privada não mercantil respondia aos reclamos da pobreza e a polícia controlava de forma repressiva a questão social. (PEREIRA, 2000).

A questão social é um produto da relação capital e trabalho e se configura, conforme Ianni (1991), enquanto desigualdade própria da ordem social burguesa. É produzida e reproduzida historicamente em consonância com os determinantes econômicos e sociais do capitalismo, sendo considerada, nesta conjuntura dos anos de 1930, “caso de polícia” e tratada pelo Estado no interior dos seus aparelhos repressivos.

Os problemas sociais eram camuflados e dissimulados, posto que apareciam como esporádicos e excepcionais. A pobreza, desta forma, não era compreendida enquanto expressão da questão social, mas como disfunção do próprio indivíduo, sendo enfrentada através do binômio repressão/assistência. Sobre isso Faleiros (1997, p.12) afirma que “[...] assistência e repressão caminharam muito tempo juntas, combinando Estado/caridade e mercado/caridade.”

As medidas de proteção, quando ocorriam, eram ocasionais e residuais, muitas vezes, sob a forma da caridade e ajuda mútua, geralmente, atrelada à igreja,

visando atender aos riscos individuais (velhice, doença, desemprego) no intuito de compensar ou prevenir falhas geradas pelo próprio sistema.

No entanto, com o advento da Revolução Industrial no século XVIII, ocorre uma série de mudanças de ordem econômica, política e social. Conforme, Silveira (2011, p.32), há um fortalecimento do capitalismo “[...] a partir da exploração do trabalhador, fundada na mais-valia absoluta, na intensa jornada de trabalho e no trabalho de crianças, mulheres e idosos[...]”, surgindo novos atores e novos conflitos, uma vez que havia crescimento econômico paralelamente ao crescimento da pobreza. Portanto, surge o questionamento sobre qual seria o lugar ocupado pelos mais despossuídos na sociedade. Somados a isso, acirra-se a luta de classes, por meio de greves e manifestações em torno da jornada de trabalho e da garantia de condições mínimas de sobrevivência. (PEREIRA, 1998; SILVEIRA, 2011).

É nestes termos que a implementação das políticas sociais em diferentes contextos traduz os desejos da classe trabalhadora de se emancipar e de exigir soluções para os conflitos distributivos, os quais se deparavam com os princípios de mercado.

Portanto, conforme Castel (1998) a política social representa a intervenção do Estado na intersecção do mercado e do trabalho. Assim, é visível a necessidade de se estabelecer sistemas de regulação não-mercantil, onde o Estado tem grande importância, uma vez que é chamado a intervir.

A literatura aponta que os primórdios da proteção social datam do século XVI, na Inglaterra, com a instituição das Lei dos Pobres, que conforme Pereira (2008, p.103):

[...] formavam um conjunto de regulações pré-capitalistas que se aplicava às pessoas situadas à margem do trabalho, como idosos, inválidos, órfãos, crianças carentes, desocupados voluntários e involuntários. Contudo, a despeito de, na aparência, esse conjunto de regulações se identificar na pobreza, era no trabalho que eles se referenciavam.

A Lei do Pobres, por meio de regulações assumidas pelo Estado, tinha como objetivo principal manter a ordem social. Foi instituído um rapasse de uma renda (auxílio financeiro), que pudessem suprir as necessidades mínimas de sobrevivência, àqueles que estavam situados fora do mercado que, em contrapartida, eram obrigados a prestarem serviços em asilos e albergues.

De acordo com PEREIRA (2008, p.68):

[...] criaram-se leis que regulamentaram a perambulação de pessoas em busca de melhores ocupações (Poor Law Acts), as Poor-houses ou Almshouses, para abrigar pessoas incapazes para o trabalho, e as Workhouses destinadas aos pobres capazes de trabalhar. Mas, o marco diferencial entre estas iniciativas de controle dos pobres foi a criação do Sistema Speenhamland (mais tarde transformado em Lei), que “instituiu a ideia de direito do trabalhador (e não só do incapaz) à proteção social pública.

Aqueles que se negavam a trabalhar eram açoitados e, muitas vezes, condenados à morte. As pessoas beneficiárias eram consideradas perigosas e, portanto, ameaçavam a ordem social e a higiene sanitária.

É somente em 1883, na Alemanha, que são traçados os primeiros desenhos de políticas sociais norteadas pela lógica do seguro social.

Sendo assim, nos países de capitalismo avançado, foram instituídos dois modelos de Seguridade Social: o modelo bismarckiano e o modelo beveridgiano.

O modelo bismarckiano surgiu na Alemanha, no final do século XIX, e se materializou através de benefícios previdenciários que passaram a constituir um sistema de seguros sociais do qual tinha como objetivo “[...] assegurar renda aos trabalhadores em momentos de riscos sociais decorrentes da ausência de trabalho.” (BOSCHETTI; SALVADOR, [2009]). Tal modelo se assemelha com os seguros sociais privados, uma vez que, “[...] os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada.” (BOSCHETTI et al., 2008, p. 3). Os benefícios eram organizados através de Caixas e gerenciados pelo Estado, tendo como participantes os próprios contribuintes: os empregados e empregadores. Esse tipo de seguro social influenciou muitos modelos de proteção social, inclusive no Brasil, como as Caixas de Aposentadorias e Pensões, implementadas pela Lei Eloy Chaves em 1923, da qual será tratada mais adiante.

Contudo, a constituição de um padrão de sistema de proteção social nos países avançados, calcados pelo desenvolvimento econômico e bem-estar social, tornou-se mais efetiva a partir da experiência do sistema de seguridade social implantado na Inglaterra, instituído como serviço público e de direito a todo cidadão.

Conhecido como modelo beveridgiano, esse modelo de seguridade social surgiu a partir dos anos 1930 marcado por um período de crise do sistema capitalista, decorrente do enfraquecimento do paradigma liberal, da Grande Depressão Econômica em 1929, e, posteriormente da Segunda Guerra Mundial. Somados a isso,

tem-se o surgimento da classe trabalhadora juntamente com o crescimento do movimento operário; aumento dos problemas oriundos do processo de industrialização; aumento do desemprego; além das mudanças no mundo do trabalho no que tange aos modelos taylorista/fordista. Foi nesse cenário que se iniciou a discussão do papel do Estado frente à crise do sistema e às manifestações da questão social, que eclodiram como um fator perturbador da ordem<sup>3</sup>.

Diante disso, como resposta à crise do sistema capitalista buscou-se uma “[...] intervenção mais direta do Estado, levando-o, desta forma, a administrar os investimentos rentáveis antes exclusivos à iniciativa privada, tais como os serviços de base e as políticas sociais.” (PORTO, 2001, p.56). Assim, após a Segunda Guerra Mundial, o Estado passou a adotar a política keynesiana<sup>4</sup>, intervindo na economia e assumindo os setores tidos como improdutivos, assegurando as condições necessárias para a atividade econômica, a atividade de consumo e o pleno emprego na tentativa de elevar o crescimento econômico. (PEREIRA, 1998).

Na área social, o Estado passou a regular e gestar políticas sociais de caráter universal, no intuito de garantir um mínimo de padrão de vida para todos os indivíduos. Houve um período de 50 anos em que a Inglaterra passou a desenvolver serviços e programas sociais, dos quais eram gerados a partir de necessidades culturalmente construídas, como destaca Arretche (2005):

Os homens enfrentam distintos ‘estados de dependência’, tais como a fragilidade das crianças, dos velhos, dos doentes, estados estes em que os cuidados se constituem em necessidades físicas. As necessidades às quais se destinam os programas sociais, contudo, não se limitam apenas às necessidades físicas. O desemprego, o subemprego, a aposentadoria, por exemplo, revelam estados de dependência culturalmente estabelecidos.

Portanto, foi instituído, na Inglaterra, o Plano Beveridge, do qual propôs um sistema de proteção social, sob a responsabilidade do Estado, cujo principal objetivo era combater a pobreza e instituir direitos sociais universalizantes, independente da condição laborativa. Surgiu, então, uma legislação social e um

---

<sup>3</sup> Até então, as medidas de proteção social eram, na maioria das vezes, residuais, ocasionais e diferenciadas aos diversos segmentos sociais, ficando à mercê da generosidade da sociedade, sob a forma de caridade e da ajuda mútua, geralmente, atrelada à igreja.

<sup>4</sup> A política keynesiana afirmava que a saída da crise do sistema capitalista só era possível através do planejamento e investimento estatal, com vista “a uma política de pleno emprego e salário justo, aumento da produtividade e do consumo e com a criação de “salários indiretos”, para evitar a descapitalização, ou seja, instalando serviços sociais. O Estado passa a assumir tarefas que se traduzem nos gastos sociais e no consumo social, desmercantilizando bens e serviços públicos. (MESTRINER, 2001, p.25).

conjunto de medidas de proteção que passaram a instituir os pilares do Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social.

Ademais, esse sistema de seguridade social, implantado sob a coordenação de William Beveridge, propunha a inclusão no sistema de seguro social, políticas de saúde e educação, assistência, reabilitação, treinamento profissional, sustentação de emprego, além de políticas de atendimento aos desempregados, inválidos, crianças e idosos. (PEREIRA, 1998).

Assim, instaurou-se, no período compreendido entre 1940 e 1970, um Estado financiador do crescimento econômico, regulador da produção e provedor de serviços sociais básicos.

No entanto, esse modelo de Estado interventor na área social apresentou sinais de esgotamento a partir de 1970, devido à crise estrutural do sistema capitalista em todo o mundo, marcada, principalmente, pela liberalização dos mercados nacionais e pela globalização da economia.

Isso posto, importa mencionar que a Seguridade Social no Brasil, ou Sistema de Proteção Social como alguns autores costumam chamar<sup>5</sup>, apresentou um curso diferente de outros países, principalmente daqueles denominados países de capitalismo central, uma vez que aqui o capitalismo apresentou características peculiares do seu desenvolvimento. A razão disto é porque os Sistemas de Proteção Social ou a Seguridade Social, nas sociedades capitalistas, são constituídos de formas diferenciadas e associados com os modelos de organização do trabalho e do processo de reprodução das relações sociais, específicos de cada país.

Deste modo, no Brasil, o Sistema de Proteção Social teve sua trajetória:

Em grande parte influenciada pelas mudanças econômicas e políticas ocorridas no plano internacional e pelos impactos reorganizadores dessas mudanças na ordem política interna. Mas tais influências e impactos ajudaram, ao invés de dificultar, a produzir uma experiência nacional, que pode ser tipificada como um “sistema de bem-estar periférico. (PEREIRA, 2000, p.123).

Sendo assim, ao contrário do que aconteceu nos países de capitalismo avançado, a instituição da Política Social no Brasil, não se firmou nos pilares do pleno

---

<sup>5</sup> Di Giovanni (1998, p.10) utiliza o termo Sistema de Proteção Social para se referir às diferentes “ formas de ações institucionalizadas ou não, que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros”, através do atendimento das necessidades básicas decorrentes da vida social. Para o mesmo autor, “não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum tipo de sistema de proteção social” (DI GIOVANNI, 1998, p.9), quer seja nas sociedades primitivas onde percebemos formas de proteção através de sistemas organizados, especializados e institucionalizados que assegurem uma certa proteção social aos indivíduos.

emprego, crescimento econômico e família estável, também não estendeu direitos de cidadania ao conjunto da classe trabalhadora, ao contrário, ao invés de um Estado de Bem-Estar Social provedor de políticas universalizantes, segundo Raichelis (1998, p.67), o que há é uma “[...] combinação permanente e alterada de paternalismo e repressão”, na qual grande parte da população não tem acesso às condições mínimas de sobrevivência.

Raichelis (1998) argumenta que isso ocorre pelo fato de que os países latino-americanos tiveram um processo de industrialização tardio e periférico; apresentam altos índices de desigualdade social e elevada taxa de exploração do trabalho; são dependentes da economia internacional o que redundam em grande endividamento externo; e apresentam características de uma pobreza banalizada e maciça.

Deste modo, o sistema de proteção social no Brasil é:

[...] a expressão de como o capitalismo realizou-se na periferia do sistema [...] quando os processos sócio-políticos de regulação social implementados nos países centrais deslocam-se para a periferia do sistema capitalista e reproduzem como simulacros dos países hegemônicos. (RAICHELIS, 1998, p.84).

Os sistemas de proteção social dos países latino-americanos, em especial o do Brasil, emergiram e se desenvolveram de maneira diferenciada e restrita da concepção de Welfare State dos moldes dos países de capitalismo avançado, visto que há uma incompletude institucional, não alcançado o desejado bem-estar social.

O Brasil vem construindo, desde a década de 1920, um conjunto de instituições estatais de proteção social como resposta às necessidades internas do desenvolvimento capitalista, num contexto de industrialização dependente do sistema internacional e sob fortes pressões dos novos atores sociais urbanos a serem incorporados economicamente e politicamente. (RAICHELIS, 1998, p.88).

Cumpramos observar, porém, que a esse respeito Draibe (1995, p.15) comenta que no Brasil:

É inegável que, desde os anos 30, vem se diferenciando, no Estado, um aparelho social que ganhou, nos anos 60 e 70, amplas proporções e, através dele, tem sido estabelecidas tanto políticas sociais compensatórias de riscos e desigualdades econômicas quanto programas assistenciais destinados a minorar o grau de miséria da população de baixa renda.

Cabe mencionar também que, segundo Boschetti e Salvador (2009), ao longo dos anos, o modelo de Política Social no Brasil, resguardado as suas particularidades, teve influência tanto do modelo alemão bismarckiano quando

observado o desenvolvimento do curso da política previdenciária brasileira, quanto do modelo inglês beveridgiano, ao identificar os princípios que sustentam as políticas de saúde e assistência social.

Dito isto, se constata que desde os anos 1920 e, mais precisamente a partir dos anos de 1930, vem se formatando, no Brasil, um padrão de Política Social sob a orientação do modelo meritocrático-particularista<sup>6</sup>, com características corporativistas e clientelistas, associando processos de cooptação através de regulações e de controle corporativo com algumas especificidades, tendo em vista o processo de formação político-econômico do país. (DRAIBE apud SILVA, 1993).

Embora o período *laissez-faire*<sup>7</sup> tenha apresentado marcos de medidas de proteção social, no Brasil, a constituição de um efetivo sistema de proteção social organizado, nacionalmente articulado e com um certo grau de regulação estatal, só ocorreu no período pós-1930, numa conjuntura de grandes transformações marcada pela alteração do modelo de desenvolvimento agrário-exportador para o modelo urbano-industrial (DRAIBE, 1990). Importa mencionar que essa proteção social limitava-se às políticas de previdência e à saúde.

Assim, entre os anos 1930 a 1945, assistiu-se a um processo de rupturas políticas estruturais, levando a transformações no campo econômico e social, influenciado pelo desenvolvimento da economia internacional, pela expansão do movimento operário e por uma consciência mais clara dos problemas emergentes. Ocorreram duas inovações de significativa importância: o desenvolvimento do mercado de trabalho sob os moldes do capitalismo monopolista<sup>8</sup> e a consolidação de

---

<sup>6</sup> Titmus apud Draibe (1990) caracteriza três modelos de Estado de Bem-Estar ou Welfare State: o residual, modelo de Estado que intervém somente quando os canais “naturais” de satisfação das necessidades se mostram insuficientes para resolver determinadas exigências dos indivíduos; o redistributivista, modelo de Estado voltado para a produção e distribuição de bens e serviços sociais caracterizados como direitos de todo cidadão; e o meritocrático-particularista, modelo no qual as pessoas devem estar em condições de resolver suas próprias necessidades, com base no seu mérito, avaliado pelo seu desempenho e produtividade. O Estado intervém somente para complementar ou corrigir ações alocativas do mercado e/ou das instituições econômicas.

<sup>7</sup> Período *laissez-faire*, que se restringe a antes de 30, cuja economia é voltada para agro exportadora e o sistema político era caracterizado pela ausência de planejamento social.

<sup>8</sup> A grosso modo, compreende-se por capitalismo monopolista o processo de concentração e centralização do capital em que uma empresa monopolista tem poder de influenciar e dominar o mercado. Conforme a concepção marxista, caracteriza-se pela concentração dos capitais pequenos já formados, a supressão de sua autonomia individual, a expropriação do capitalista pelo capitalista, a transformação de muitos capitais pequenos em poucos capitais grandes”. (MARX, 2006, p.729). E a centralização do capital para Marx é “acumular nas mãos de um só, porque escapou das mãos de muitos noutra parte, podendo ser atingida pela via compulsória de anexação, que devido à poderosa força de atração consegue incorporar capitais menores; e também pela fusão de capitais já formados ou em formação, constituindo sociedades anônimas, num processo mais suave (MARX, 2006, p.730). Netto

uma nova categoria social – a classe operária assalariada, trazendo em seu bojo a efervescência do movimento operário.

Em decorrência das pressões sociais e econômicas, a questão social deixou de ser considerada caso de polícia para transformar-se numa questão política a ser resolvida sob a direção do Estado. Este passa a intervir no trato dos problemas emergentes, através de políticas e programas sociais no intuito de manter a paz e a ordem pública, posto que buscava-se conter as greves e reivindicações do movimento operário que cada vez mais se expandia.

É no âmbito dessas mudanças que a Política Social começa a assumir significativa importância, já que ora se formata como uma esfera programática da ação estatal, no que tange a prestação de bens e serviços sociais, ora como instrumento político, visando abrandar as tensões sociais daquele momento.

A intervenção do Estado passou a ser baseada na centralização e regulamentação das relações capital/trabalho, objetivando administrar questões relacionadas ao trabalho, apresentadas por desqualificação profissional, acirramento da pobreza e altos índices de desemprego. (PORTO, 2001). No entanto, essa ação estatal é fundamentada na capacidade de contribuição do trabalhador, uma vez que o Estado cria medidas de proteção caracterizadas como políticas contributivas, contratuais e mercadorizáveis<sup>9</sup>.

Sob essa lógica, as inovações mais importantes da Política Social no período populista (1930-1945), foram a criação do seguro social e de um conjunto significativo de leis trabalhistas expressas na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)<sup>10</sup>.

No que tange, especificamente à Política de Saúde, cumpre dizer que historicamente tal política se desenvolveu com base num modelo assistencial curativo de caráter hospitalocêntrico o qual sempre privilegiou a cura de doenças e não a prevenção do adoecimento. Nesse modelo de cariz curativo havia poucas ações de

---

e Braz (2011, p.188) afirma que nessa fase do capitalismo o capital é “estabelecido na produção industrial, constituindo-se como a coluna vertebral da economia capitalista, articulando formas específicas de controle das atividades econômicas (o pool, o cartel, o sindicato, o truste e etc)”.

<sup>9</sup> São políticas destinadas a atender as necessidades dos indivíduos que se encontram inseridos no mercado de trabalho e no sistema previdenciário contributivo (PEREIRA, 1998).

<sup>10</sup> Os direitos dos trabalhadores reconhecidos na CLT foram dentre outros: salário mínimo, férias remuneradas, jornada de trabalho definida, indenização por dispensa de justa causa, assistência social aos necessitados, etc (BELFIORE, 1985).

prevenção no âmbito da medicina coletiva, e no geral tais medidas tinham enfoque de campanhas.

Assim, até 1930, o objetivo das ações de saúde estava orientado por uma perspectiva higienista e estas eram voltadas para o saneamento de portos e centros urbanos, limitadas a campanhas sanitárias que favorecessem a economia agroexportadora. As estratégias de saúde, portanto, não demonstravam preocupações com o bem-estar dos indivíduos, mas o interesse pela saúde era “[...] estritamente relacionado ao interesse político e econômico vigente de garantir a produção da riqueza através do controle da mão-de-obra e dos produtos, com ações coletivas para o controle das doenças.” (MATTA, 2007, p. 32).

Somados a isso, ganha força o discurso higienizador relacionado ao fenômeno da modernização brasileira que se manifesta na adoção de padrões novos de sanitização. O crescimento das cidades exigia um disciplinamento do espaço urbano referentes às questões, principalmente de saúde, higiene e segurança. A ordem era higienizar para modernizar. Nessa lógica, são criadas instituições com essas finalidades. Assim surge o hospital para os doentes, os sanatórios para os loucos, o cemitérios para os mortos, dentre outros. A esse respeito, Foucault (1978) afirma que o nascimento dos hospitais modernos decorre da necessidade de retirar da cidade, do convívio social, aquelas pessoas que representavam uma ameaça à ordem posta, ou seja, a preocupação maior não era “[...] medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava.” (FOUCAULT, 1978, p.177).

Em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs (embrião da atual Previdência Social). Essas Caixas eram organizadas no âmbito das empresas e direcionadas apenas aos trabalhadores assalariados com os quais se estabelecia uma relação do tipo contratual, destacando-se categorias mais organizadas politicamente e mais importantes para o desenvolvimento da economia (marítimos, estivadores, bancários e industriais). Eram operadas por regime de capitalização, organizadas, portanto, na lógica de seguro social, ou seja, para os indivíduos terem acesso seria necessário contribuir para o sistema. Evidencia-se, portanto, que o seguro social excluía grande parte dos trabalhadores, que não se encontravam inseridos no trabalho formal.

Nesse cenário, verifica-se aquilo que Raichelis (1998) denomina de cidadania invertida, uma vez que os indivíduos que se encontravam inseridos em

setores não formais de trabalho, com condições trabalhistas precarizadas, não exerciam, na íntegra, sua condição de cidadão, ficando à margem da sociedade.

Através das CAPs surge o sistema previdenciário e de assistência médica enquanto uma política de âmbito nacional vinculada ao atendimento individual médico e curativo.

Nesse modelo, as ações de saúde às demais pessoas que não estivessem amparadas pelas regras do seguro social seriam prestadas ou oferecidas por instituições filantrópicas ou religiosas, pautadas na ideia de ajuda mútua e caritativa.

Desde então, a saúde, segundo Bravo et al. (2006), passou a ser organizada em dois setores: o de saúde pública, com ações “[...] centralizadas na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.” (BRAVO, 2000, p.105), e o de medicina previdenciária, cujo marco é a criação das CAPs, posteriormente, substituídas pelos dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), dos quais passam a ser dirigidos pelos sindicatos e não mais por empresas, como era o modelo anterior.

Embora o Estado se coloque como responsável pela administração e controle das CAPs e também co-financiador dos IAPs, ao longo dos anos, se verifica que isto significa pouco para a área da saúde do país, pois como diz Bravo et al. (2006), os anos compreendidos entre 1930 e 1945, denotam que o sistema previdenciário teve mais preocupação com a acumulação de reservas financeiras do que com a prestação de serviços aos usuários, sobretudo as ações de saúde, visto que foram definidos limites orçamentários para as despesas direcionadas para esta área.

O que se observa nesse período, é que o Estado “[...] não desenvolveu qualquer política deliberada de implantação de programas de assistência médica, nem constituiu a saúde como setor prioritário nas definições de política de intervenção estatal.” (ROSA; LABATE, 2005, p.28).

Embora esse período tenha apresentado inovações nas políticas sociais, com relação ao período *laissez-faire*, e principalmente na área do trabalho, importa mencionar que tais políticas não possuíam uma preocupação com o mínimo social no que tange a prestação de bens e serviços sociais públicos, gratuitos e universais, com exceção da educação básica, que era gratuita e obrigatória, e da saúde, também, gratuita, porém direcionada ao atendimento de casos considerados urgentes. (DRAIBE, 1990).

Verifica-se, assim, que a Política Social começou a formatar-se através do controle, da fragmentação e da seletividades das políticas sociais.

Essas características acabam por situar a população no campo do não direito, conforme Santos (1989), no surgimento da chamada Cidadania Regulada onde os direitos sociais são garantidos para aqueles que se encontram localizados em uma das ocupações reconhecidas por lei, privilegiando os que possuem carteira de trabalho assinada.

A Política Social passa, então, a se configurar com um viés corporativista que, conforme Raichelis (1998, p. 87), combina “[...] cidadania regulada com a cidadania invertida em um padrão de proteção social em que a estratificação é a lógica organizadora do sistema escalonado de privilégios e concessões”.

O período entre 1945 e 1964 caracterizou-se pelo regime democrático, pela expansão do capital estrangeiro, pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos instrumentos de acumulação capitalista e pelo aumento dos gastos sociais orientado pelo modelo de bem-estar social dos chamados países centrais.

A partir de então, conforme Belfiore (1985), foram introduzidas pelo Estado, medidas de proteção social de natureza legal-institucional no provimento direto de ações voltadas para as áreas da educação (extensão da educação básica), da previdência social (ampliação da cobertura), da assistência social (surgimento de instituições, como o Serviço Social do Comércio – SESC) e da habitação (fundação da Casa Popular, visando melhorar a habitação).

É nesse contexto que há um crescimento das redes públicas de saúde direcionada àqueles excluídos da medicina previdenciária e voltadas, principalmente, para a oferta de atendimentos emergenciais e combate das doenças epidêmicas. Bravo (2000) também aponta que, com a alavancada do processo de industrialização no Brasil, houve um agravamento do quadro de doenças infecciosas e parasitárias, além do aumento das taxas de mortalidade infantil e, portanto, mesmo que nesse período, o Estado tenha alocado mais recursos na saúde, os serviços se tornaram insuficientes para atender a essa crescente demanda da política.

No entanto, essas medidas passam a esboçar o Sistema de Proteção Social brasileiro, consolidando o padrão das políticas de intervenção social do Estado já estabelecido anteriormente, e que perdura até hoje: seletivo para os beneficiários, heterogêneo nos benefícios e fragmentado institucional e financeiramente. (DRAIBE, 1990).

A partir de 1964, instaurou-se o regime político da Ditadura Militar e o país passou por uma profunda transformação. Para os interesses deste trabalho, destacamos aqui algumas delas: a expansão da produtividade, conduzindo a um novo ciclo de acumulação e modernização capitalista, associando o capital estrangeiro com o capital nacional. Esse período caracteriza-se por processos acelerados de industrialização e urbanização, pela transformação da estrutura social brasileira (mudanças no que dizem respeito à estrutura do emprego e elevada mobilidade social) e pela forte concentração de renda. É também introduzida uma política estatal marcada pela repressão e censura<sup>11</sup> às reivindicações e manifestações do movimento operário, alterando assim, as relações do Estado com a classe trabalhadora.

Essa nova configuração do regime militar impulsionou:

[...] por um lado, o crescimento quantitativo de instâncias estatais funcionais ao modelo econômico adotado e, por outro, provocou uma mudança de cariz qualitativo, dada pela implementação de políticas sociais abrangentes, sobretudo a partir de 1970. (PORTO, 2001, p.28).

Assim, no plano das medidas sociais, tem-se a criação de sistemas nacionais publicamente organizados nas áreas de educação, da saúde, da previdência social, da assistência social e da habitação<sup>12</sup>.

Uma das grandes inovações deste período diz respeito à política de financiamento habitacional, cujos objetivos eram favorecer a economia, estimulando o mercado imobiliário e financiar a compra da casa própria para as classes médias. Ainda nesta conjuntura, foram criados novos mecanismos de poupança compulsória: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS), o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e, por fim, foi ampliada a cobertura da previdência, incorporando os trabalhadores rurais no mundo dos direitos sociais, através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

No que diz respeito à saúde, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS/1960) determinou a unificação dos IAPs em um regime único dos trabalhadores regidos pela Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT), cujo objetivo era

---

<sup>11</sup>A repressão e censura foram características marcantes do regime militar que perdurou no Brasil entre os anos de 1964 e 1985.

<sup>12</sup>As iniciativas de proteção adotadas foram: a previdência aos empregados domésticos e aos jogadores de futebol; a renda Mensal Vitalícia de um salário mínimo para os idosos pobres acima de 70 anos; o Ministério da Previdência e Assistência Social; o Banco Nacional de Habitação (BNH); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); a Fundação para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM), etc. (FALEIROS,2000).

tornar o sistema mais abrangente. No entanto, essa mudança só ocorreu em 1968, através da substituição dos IAPs pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e este, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974, cujo objetivo era padronizar os benefícios e centralizar os recursos federais.

Importa ressaltar que, as medidas de proteção social deste período, embora tenham se expandido na cobertura da oferta de bens e serviços sociais e apresentado tendências universalizantes, eram mantidas para atenuar a forte repressão popular e tidas como estratégias para legitimação do crescimento econômico, no sentido de “[...] favorecer grupos privados ou particulares, conquistar clientelas, impulsionar certos setores economicamente influentes e, é claro, dinamizar a acumulação.” (FALEIROS, 2000, p.48).

Deste modo, as reformas e mudanças dessa conjuntura afetam diretamente a política de saúde. Molda-se, portanto, no país o modelo médico assistencial privado, que se institucionaliza em 1975 através da Lei 6.229/75, que além de outras finalidades define as competências das instituições públicas e privadas, caracterizadas, respectivamente, de ações de saúde rentáveis e ações de saúde não rentáveis, ambas financiadas com recursos do Governo Federal (COHN, 2010).

Nesse sentido, Bravo (2000) afirma que,

[...] a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu. (BRAVO, 2000, p. 38).

A política de saúde chega ao final da década de 1970 apresentando as seguintes características: ações e serviços voltados para a prática da cura de doenças em cada indivíduo através do modelo hospitalocêntrico; inadequação à realidade sanitária do país; insatisfação dos usuários; ineficiência na prestação dos serviços; desigualdade de acesso aos serviços de saúde; elevados índices nas taxas de mortalidade da população; e gastos desordenados de recursos. (TEIXEIRA, 2006; BRAVO, 2000; MATTA, 2007).

Diante desse quadro, o que se verifica, conforme Pereira (2000), é que durante a ditadura militar o cenário foi caracterizado por um modelo econômico concentrador e excludente, sob a direção de uma política autoritária que apresenta

menosprezo pelas classes pauperizadas, valoriza o capital estrangeiro e, enfim, concebe a Política Social Brasileira como via do desenvolvimento econômico.

Sobre essa base, o país chegou aos anos de 1980 marcado por um quadro social gritante: agravamento da crise econômica, altos índices de desemprego, elevada taxa de inflação, crise da previdência social, dívida externa e interna, descontrole governamental, profundas desigualdades de renda e o acirramento da pobreza.

O país, de um lado passa pelo processo de transição do regime militar para um regime liberal-democrático, instaurando, em 1985, a Nova República e, por outro lado, sofre os impactos de recessão econômica mundial, decorrentes da reestruturação produtiva e das mudanças no mundo do trabalho. Nesse contexto, a economia reafirma o pacto entre capital nacional privado, capital estrangeiro e capital estatal, o que afeta negativamente o padrão de vida dos trabalhadores, acarretando num baixo nível salarial, desemprego estrutural e redução dos gastos sociais.

Esse quadro de crise econômica gera, por um lado, a crise do padrão intervencionista do Estado e, por outro lado, uma rearticulação política da sociedade brasileira, numa luta contra a repressão política em busca por direitos sociais universais, na tentativa de romper com o privilégio (que ao longo dos anos marcou as políticas sociais brasileira) e instituir uma relação de cidadania plena<sup>13</sup>.

Diante dessa realidade, o Estado inicia uma abertura política atenuando o sistema repressivo e passa a redefinir estratégias por meio das políticas sociais, objetivando o enfrentamento da pobreza e o enfraquecimento do movimento social.

É importante enfatizar que, embora a força da pressão organizada dos trabalhadores tenha impulsionado o país rumo a novas mudanças no âmbito das políticas sociais, o que prevaleceu na definição social da Nova República foram os interesses econômicos. (PORTO, 2001).

Em 1988 tem-se a aprovação da Constituição Federal, caracterizada segundo Faleiros (2000), como liberal-democrática-universalista, consagrando novos direitos sociais e princípios de organização da política social. A carta constitucional ampliou o conceito de cidadania através da noção de um modelo compreensivo e solidário de seguridade social, incorporando as políticas de saúde, assistência social e da previdência social.

---

<sup>13</sup> A cidadania plena é aquela cujo estado se vê obrigado a prover um mínimo vital a todos os cidadãos (BELFIORE, 1985).

Deste modo, a Constituição de 1988 representou uma chance de se promover avanços no padrão brasileiro de proteção social. Dentre os avanços, Draibe (1995, p.93) aponta os princípios norteadores da seguridade social que constituíram as políticas sociais:

[...] universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços à toda população; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; e democratização da gestão, com a participação da comunidade.

Com a Constituição de 1988, a saúde ganhou uma nova definição política estreitamente vinculada à democracia. A carta incorpora o princípio da universalização do acesso e a concepção da saúde como direito social e dever do Estado, garantindo o acesso dos bens e serviços igualitários a toda população. Com essa finalidade, concebe-se o Sistema Único de Saúde (SUS) operado sob a definição de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

No campo da previdência social, a medida democrática mais importante se refere à igualdade dos benefícios entre os trabalhadores urbanos e rurais. Outras modificações foram introduzidas com a finalidade de proteger os segurados de baixa renda: salário-família, reforço da proteção à maternidade, licença paternidade e proteção ao desempregado involuntário.

A Constituição Federal também atribuiu um novo estatuto à Assistência Social, conceituando-a como política de seguridade social distributiva, não-contratual, não-contributiva e desmercadorizáveis<sup>14</sup>. deste modo, a Assistência Social que, ao longo dos anos foi caracterizada sob a forma de benesse, favor, tutela, cuja prática circunstancial apenas reproduz a pobreza e a desigualdade social, configurou-se a partir de 1988 com um caráter inovador: status de direito.

Nestes termos, a Constituição Federal de 1988 representou um dos instrumentos mais importantes para a conquista de direitos sociais, pois ampliou os direitos de cidadania, definiu os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, garantiu o direito de greve e introduziu novas formas de gestão para as áreas sociais associadas à descentralização participativa.

---

<sup>14</sup> São políticas destinadas a todos os cidadãos independentes de renda ou contribuição prévia (PEREIRA, 1998).

No entanto, embora tenha conferido ao Sistema de Proteção Social uma conquista rumo ao modelo de Estado fundamentado no direito social, a Constituição Federal:

[...] vai assumir racionalidade de difícil operacionalização, demandando complexo processo de elaboração das leis ordinárias em cada área e, paralelamente, não vai promover uma reforma fiscal e tributária que garanta aporte financeiro para o cumprimento desses direitos. (MESTRINER, 2001, p.190).

Além disso, essas conquistas rumo à consolidação dos serviços sociais universalizantes não chegaram a se concretizar, sendo fortemente limitadas pela incorporação das ideias neoliberais e pela crise fiscal<sup>15</sup> do Estado, agudizada com o processo recessivo econômico e o arrocho salarial, levando “[...] a esfera governamental a criar condições à implementação do ajuste estrutural enquanto exigência de inserção da economia brasileira na nova ordem internacional.” (PORTO, 2001, p.26).

Dessa forma, a política social brasileira, que na década de 1980 teve um avanço relevante no que tange ao direcionamento da universalização dos direitos sociais, assegurados pela Constituição de 1988, na conjuntura atual apresenta ajustada à orientação macroeconômica, eliminando as possibilidades de consolidação de um modelo de Sistema de Proteção Social provedor de bem-estar social.

Neste sentido, chega-se aos anos de 1990 com graves distorções no modelo de proteção social brasileiro, apresentando, segundo Silva (1993), as seguintes características: baixa participação dos recursos fiscais no financiamento das políticas sociais; desperdícios de recursos; centralização do processo decisório e dos recursos a nível federal; distanciamento entre os formuladores das políticas e os beneficiários; baixo grau de participação da sociedade civil organizada na definição das prioridades sociais, na elaboração e na implementação dos programas sociais; superposição de objetivos e clientela dos programas sociais; e instabilidade e descontinuidade dos programas sociais.

Porto (2001), analisando o processo constituinte da proteção social brasileira, caracteriza as políticas sociais atuais como focalizadas, desconcentradas e precarizadas, o que faz com que apresentem um baixo grau de efetividade, não dando conta de combater a pobreza e diminuir as desigualdades sociais.

---

<sup>15</sup> Conforme Carvalho (1995, p.70), a crise fiscal do Estado é “a crise de financiamento público em termos de um profundo desequilíbrio entre demandas de financiamento e os recursos disponíveis, gerando um modelo de paralisia decisória, de imobilismo do Estado”.

Analisaremos a seguir a trajetória da política de saúde, especificamente, sobre a construção do SUS.

## 2.2 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Desde sua criação, o SUS tem se apresentado enquanto tema central no debate nacional sobre a questão da saúde pública brasileira, uma vez que essa arquitetura político-institucional é o mecanismo propugnado no contexto da reforma dessa política pública e envolve mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema, na alocação de recursos, e melhor dizendo, provoca um total reordenamento na política pública de saúde, começando pela própria concepção que a embasa.

O SUS vem sendo construído através de um conjunto de embates políticos e ideológicos travados por diversos atores sociais ao longo dos anos. A partir da década de 1970 teve início um árduo processo de propostas de mudanças no setor saúde, o que se evidencia através do desencadeamento da efervescência de diversos movimentos sociais (associações de moradores de bairros, movimentos de mulheres, sindicatos, igrejas, correntes políticas em oposição ao sistema vigente) por todo o país. Tais movimentos não só lutavam pelo processo de redemocratização política do país, ou seja, contra o regime militar, mas também por um conjunto de melhorias e reformas nas políticas públicas.

É nesse contexto que também se insere o chamado Movimento Sanitário, composto por intelectuais, estudantes, professores, profissionais da saúde, usuários, movimentos populares e lideranças políticas do setor saúde, o qual vai encaminhar a luta pela Reforma Sanitária a partir de um processo de reformulação na política de saúde, com o intuito de tornar esse setor democrático, acessível, universal e igualitário.

Conforme aponta MATTA,

O cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, haja vista o fato de que apenas poucos tinham garantido, nesse momento, o direito à assistência médica prestada pelo INPS, e que os serviços de saúde, do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, não absorviam a demanda de atenção gerada pelo restante da população. (MATTA, 2007, p. 43).

Assim, o Movimento pela Reforma Sanitária criticava o setor saúde vigente e o modelo hospitalocêntrico, além de que propunha a ênfase nos cuidados primários

e a prioridade do setor público na saúde, substituindo o modelo médico-assistencial-privatista.

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada pelo Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES 2002 Apud MANSUR, 2001, p.43).

De acordo com Matta (2007, p. 43), a proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em “[...] uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro”.

Paralelamente ao Movimento Sanitário, surgiram no Brasil outros movimentos sociais importantes que passaram a reivindicar por melhorias no campo da saúde, a saber: O Movimento Popular de Saúde<sup>16</sup>, que apontava questionamentos quanto à qualidade, gestão e organização da política de saúde; e o Movimento Médico que propunha uma reformulação do sistema de saúde.

É também nesse contexto que surgem diversas organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública. Essas organizações lutavam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulavam-se aos movimentos sociais.

Todos esses movimentos sociais<sup>17</sup> apontavam para a criação de um sistema de saúde que tivesse como características: a democratização, a participação popular, a universalização dos serviços, a descentralização e dentre outros.

---

<sup>16</sup> O Movimento Popular de Saúde originou-se nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas dentro dos grandes centros urbanos, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Compunha-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes (SOARES, 2005).

<sup>17</sup> Os movimentos sociais desse período possuíam papel essencialmente universalizante, uma vez que lutavam pelo “direito a ter direitos”. Esses movimentos tinham como objetivo a satisfação das necessidades mínimas da população de baixa renda, que reivindicavam por melhores condições de vida: direito à saúde, à educação, ao transporte, à moradia, dentre outros. (GONH, 2010).

É importante mencionar que, as propostas de reformas em saúde foram influenciadas, a nível internacional, pela I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata/URSS em 1978, sob o tema “Saúde para Todos no ano 2000”, e, a nível nacional, em 1986, pela VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual propunha-se a discussão dos temas Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do setor”.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Com ampla participação popular, representou o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes das políticas setoriais. Assim, participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação

Concebida enquanto um dos marcos da construção do SUS, a VIII CNS representou também um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil e pela criação de um sistema único de serviços de saúde sob a direção e responsabilidade do Estado.

Foi nesse acontecimento histórico que se pensou a saúde numa perspectiva ampliada, relacionando-a com as condições gerais da vida como habitação, alimentação, saneamento, educação, lazer, transporte, trabalho, dentre outros. A política de saúde nessa perspectiva passou a ser discutida, defendida e definida enquanto direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2008). É nesse sentido que Paim (2008, p.158) descreve algumas concepções do que seria a proposta do Projeto de Reforma Sanitária, quando afirma que

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade.

Na conferência de 1986 foram definidos, ainda, os princípios e diretrizes defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, dos quais, destaca-se: conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionados com os seus

determinantes e condicionantes, dentre os quais alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um Sistema Único de Saúde gratuito que tem como princípios a universalidade, a integralidade das ações e a participação popular. Cabe mencionar também que a VIII CNS foi de suma importância no sentido de ter constituído as bases para a criação da seção, intitulada Saúde, na Constituição Federal de 1988. (PAIM, 2008; BRASIL, 2007).

Desse modo, de acordo com Paim (2008, p.155), a proposta da Reforma Sanitária ficou definida como:

[...] um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde (tendo como pressupostos): a) a visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a assistência médica, envolvendo todas as ações de promoção, proteção e recuperação; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam 'subordinados ao interesse público'; d) acesso universal e igualitário de toda a população e todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada.

Com o intuito de atender às propostas definidas na VIII CNS, em 1987 foi aprovado o decreto de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), do qual tinha como objetivo incorporar no seu modelo alguns elementos definidos pela Reforma Sanitária, dos quais: universalização, descentralização, unificação das três esferas do governo com comando único.

Através do SUDS também foi ampliada a autonomia gerencial e assistencial dos municípios. Tal estratégia já pretendia atender toda a população sem discriminação, através dos recursos federais oriundos ainda da Previdência Social<sup>18</sup>.

As principais mudanças apresentadas pelo SUDS foram as seguintes: houve uma desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com a sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia. (MENDES 1997 apud MANSUR, 2001, p.51).

---

<sup>18</sup> Aliás, já era possível perceber essa intenção através da Política de Ações Integradas de Saúde (AIS), criada em 1983, objetivava criar um sistema único da saúde, o que sucedeu-se com o aparecimento do SUDS e posteriormente o SUS.

No entanto, ainda com o SUDS não foi possível mudar o modelo de atenção à saúde vigente na época, pois não houve uma reorganização concreta dos serviços, no que diz respeito aos preceitos do projeto da Reforma Sanitária. Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, o SUDS foi substituído pelo SUS.

Posteriormente, em 1988, é promulgada a Constituição Federal da qual trouxe mudanças significativas no que tange ao papel do Estado frente às políticas públicas. A Carta Magna incorporou em seu texto um capítulo de que trata das políticas de saúde, previdência social e assistência social, definindo estas como o tripé da Seguridade Social no Brasil.

A Constituição de 1988 adotou o modelo de seguridade social, abandonando o modelo de seguro social, que já vinha sendo abolido nos anos 80. Foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde, que rompia com duas lógicas presentes nas políticas de saúde dos trinta anos anteriores, ou seja, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para a seguridade social – permitindo a universalização – e a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população. (MANSUR, 2001, p.52).

E ainda:

A Constituição de 1988 reproduziu um avanço de demandas políticas e sociais dos anos 80, propondo um sistema de proteção social que reformulava e transformava toda a organização do setor saúde. Este sistema especificado na Constituição foi denominado Sistema Único de Saúde – SUS. O modelo de atenção à saúde, de acordo com os preceitos constitucionais, passaria a ser universalista, prevendo uma maior equidade na distribuição dos serviços e na atenção a toda a população. (MANSUR, 2001, p.13).

Houve, portanto, um novo reordenamento para os serviços e ações de saúde e tal política foi concebida com uma nova formulação política e organizacional, tratando assim, em seus artigos 196 a 200, acerca da criação do Sistema Único de Saúde, cuja regulamentação ocorreu através das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90<sup>19</sup>.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

---

<sup>19</sup> A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. 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;

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

III- participação da comunidade.

Parágrafo Único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

O SUS ao preconizar um sistema de saúde com base nos princípios acima descritos, propõe de fato superar as formas tradicionais de assistência, caracterizadas, principalmente, pelo enfoque biologizante e curativo, portanto, centrado no modelo de assistência hospitalar de caráter exclusivamente focado na doença, por práticas de prevenção e valorização de ações educativas em saúde estruturadas a partir de uma política de atenção básica.

Constitui o SUS um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990). A prestação dessas ações, bens e serviços são realizadas de forma descentralizada, com direção única em cada esfera do governo. Tal sistema é organizado em redes hierarquizadas e regionalizadas de atenção que envolvem todo o território nacional.

Conforme Carvalho e Santos (1992, p.175), de acordo com a Constituição Federal de 1988:

O SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais e curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde.

O SUS obedece ainda, de acordo com as diretrizes acima, os seguintes princípios:

- a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- b) integralidade da assistência;

- c) preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral
- d) a igualdade de assistência;
- e) direito à informação;
- f) divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde;
- g) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- h) participação da Comunidade;
- i) descentralização político-administrativa;
- j) integração em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- k) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação dos serviços de assistência da população;
- l) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- m) organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (CARVALHO; SANTOS, 1992).

A LOS nº 8080/90, art. nº 3 (BRASIL, 2007), como preconiza o Movimento pela Reforma Sanitária, ampliou o conceito de saúde da qual a relacionou com fatores condicionantes e determinantes que envolvem o contexto do indivíduo como um todo:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais.

De acordo com o artigo 5º e 6º da LOS nº 8080, são ainda, objetivos e atribuições do SUS:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

A partir de então, o SUS passou a ser concebido com essa nova formulação política e organizacional, preconizada tanto na CF/1988 quanto nas leis complementares que regulamentam os artigos constitucionais acerca da saúde. Os avanços e resultados dessas mudanças na legislação foram percebidos de imediato, como por exemplo ao observar o cumprimento da expansão do princípio da universalização das ações e serviços no campo da saúde, posto que o atendimento passou a ser para todos, diferentemente do que era antes:

O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores

da 'carteirinha' do INAMPS; para os não incluídos restava a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes. (BRASIL, 2006a).

No entanto, após a regulamentação das leis complementares já citadas anteriormente, ainda havia a necessidade de se resolver algumas dificuldades surgidas na execução e operacionalização das normas constitucionais, dada as diferentes realidades em cada esfera estatal em que o SUS estava sendo implementado. Para tanto, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs): NOB/91, NOB/93 e NOB/96, de responsabilidade do Ministério da Saúde e instituídas através de portarias. O objetivo das NOBs é determinar as competências de cada esfera do governo, bem como definir as condições necessárias para que cada ente federal assumira as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema. As NOBs também foram instrumentos de fundamental importância no que tange aos processos de descentralização municipal e a universalização de acesso aos serviços e ações de saúde.

A década de 90, no setor saúde, foi marcada pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais, regulamentados principalmente através das Normas Operacionais Básicas do INAMPS, de 1991, e do SUS, de 1993 e 1996. Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. A cada novo passo do SUS, uma nova forma de participação dos entes subnacionais e uma nova forma de transferência de receita da União para eles. (MANSUR, 2001, p.).

Em 1991 foi editada a NOB/SUS n 01/91. Tal norma buscou definir a operacionalização do SUS enquanto a Lei 8080/1990 não havia sido regulamentada. As principais definições da NOB 01/91 foram: os prestadores públicos e privados da saúde passaram a receber o pagamento por produção dos serviços; centralizou a gestão do SUS em nível federal; criou convênios através do qual os recursos federais passaram a ser transferidos às demais esferas do governo; determinou a criação do conselho, fundo e plano municipal de saúde.<sup>20</sup> (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001; BRASIL, 1991).

No entanto, de acordo com Carvalho (2001), a NOB 01/91 apontou um retrocesso no processo, uma vez que descaracterizou os principais objetivos do SUS ao redefinir a lógica de transferência de recursos a Estados e municípios:

---

<sup>20</sup> Para ser municipalizado, o município deve criar conselho e fundos municipal de saúde; ter o plano municipal de saúde aprovado pelo conselho e com o detalhamento da programação e orçamentação da saúde.

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento de prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, agora aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais. (OLIVEIRA apud CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001, p.44).

Posteriormente, em 1993 é editada a NOB 01/93 cuja finalidade era formalizar os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, cujo o tema era a “municipalização é o caminho”; criou a transferência automática e regular do teto global para os municípios; determinou a habilitação dos municípios como gestores; e o estados passaram a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde. Mesmo tendo avançado com relação à NOB anterior, a NOB 01/93 ainda não conseguia dar respostas a alguns limites que a descentralização, a gestão e o financiamento da saúde apresentava. (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001, BRASIL, 1993).

Em 2006 foi editada a NOB 01/96, no qual se verificou a partir desse período um avanço significativo no processo de descentralização e municipalização. A NOB de 1996 definiu as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos; redefiniu a competência de municípios e Estados; e criou o Piso de Assistencial Básico (PAB), que consistiu num montante de recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços da atenção básica, dos quais redefiniu a forma de repasse dos recursos do governo federal para os municípios.

A expansão do PSF, a partir da implementação da NOB 01/96, representou um avanço da política de saúde no que diz respeito aos princípios da universalização e integralidade do SUS. Essa norma ainda propõe aos municípios se enquadrarem em dois modelos de gestão: Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal<sup>21</sup>. Quanto ao Estados, a NOB 01/96 também definiu duas modalidades de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001; BRASIL, 1996).

---

<sup>21</sup> Na Gestão Plena de Atenção Básica, o município passa a assumir a responsabilidade pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; gestão de todas as unidades básicas de saúde, tanto públicas como privadas, vinculadas ao SUS; autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais; e dentre outros. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município passa a ter a responsabilidade de gerir todas as ações e serviços de saúde do município; gerir todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS; operar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); e dentre outras (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

No entanto, de acordo com Bravo e Pereira (2001, p.209) a NOB-96:

Ao enfatizar os Programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários (PACS), tem clara orientação focal, priorizando a atenção básica desarticulada da atenção secundária e da terciária. Percebe-se, também, nessa proposição, a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico - através dos programas focais. Essa proposição, apesar de ser anterior, está articulada ao documento do MARE, de 1998 [...] que deixa subtendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores.

Assim, embora a implementação das NOBs 01/91, 01/93, 01/96 tenham apresentado avanços significativos na organização e funcionamento do SUS, demonstrando acertos na maioria de suas medidas, principalmente no que diz respeito à intensificação do processo de descentralização, de acordo com Serra (2003, p.21):

A análise do intenso movimento dos municípios pela habilitação por alguma forma de gestão descentralizada evidenciou uma série de problemas em relação a alguns aspectos críticos para a consolidação do SUS, tanto conjunturais como estruturais. Entre eles estão: 1) a característica do arranjo federativo brasileiro (autonomia dos três níveis de governo, sem nenhuma vinculação hierárquica), tornando muito complexa a construção de um sistema funcional de saúde; 2) a pouca funcionalidade dos pactos acordados entre os municípios e o estado quanto à divisão de responsabilidades e de gestão das unidades, dificultando a organização de sistemas de saúde de abrangência municipal e microrregional; e 3) as condições de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), que não contemplam a heterogeneidade das realidades de oferta de serviços nas distintas regiões do país, e mesmo entre os municípios de uma mesma região.

Por essa razão foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOA/SUS 01/01)<sup>22</sup>, cujo objetivo era promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Serra (2003, p.22) afirma que a NOAS SUS/2001 foi editada porque preconizava a necessidade de superar as “[...] restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a consequente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos”. Essa norma recuperou e redefiniu o conceito de descentralização, associando-o ao de regionalização da assistência.

---

<sup>22</sup> Tal Norma foi revista e publicada em 2002 e encontra-se atualmente em vigor, NOAS/SUS 01/02.

No ano de 2000 foi aprovada a emenda constitucional n 29, da qual além de outras determinações, estabeleceu os limites mínimos de investimentos na saúde por parte dos Estados e municípios<sup>23</sup>.

Posteriormente, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, na qual prioriza a consolidação e qualifica a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

Apesar de todos os avanços e conquistas alcançadas no campo da Política Pública de Saúde desde a implantação do SUS, sabe-se, que muito ainda precisa ser alcançado, sobretudo porque o atual contexto político e econômico nacional e internacional, marcado pela adesão dos países capitalista ao neoliberalismo, no qual o país se insere, coloca diversas determinações que dificultam e algumas vezes até mesmo inviabilizam a operacionalização das políticas públicas.

Daí porque Demo e Pires (2006) afirma que, a política de saúde brasileira, “[...] tem sérios problemas estruturais, uma vez que se insere num contexto de conformação do direito à saúde marcada pela tutela, pela estatização das políticas sociais e pela incipiente democracia do país [...]” e que o Estado “[...] tende fortemente ao neoliberalismo, focalizando seletivamente políticas públicas, de baixa qualidade para pobres”.

Esse cenário traz sérias implicações para a política de saúde, pondo em risco a implementação dos princípios e diretrizes do SUS e promovendo duras restrições ao sistema, dentre as quais a redução do gasto per capita em saúde no Brasil, bem como a restrição do financiamento da saúde apenas aos recursos fiscais.

Embora os avanços ao acesso universal no campo da atenção básica e a implementação do processo de descentralização, o sistema ainda enfrenta diversos problemas e obstáculos:

Se o SUS avançou no aspecto jurídico, e nossa legislação é hoje considerada como uma das melhores do mundo, se avançou no aspecto administrativo e o processo de municipalização já atinge quase a totalidade dos municípios, pode-se constatar que avançou pouco na mudança do que é essencial: a relação entre os serviços, os profissionais e os usuários desses serviços. (SERRA, 2001, p.23).

---

<sup>23</sup> Em 2012 foi publicada a lei n 141/2012, da qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

Além disso, o SUS busca superar outros desafios que são postos como empecilho para o funcionamento do sistema, dentre os quais: insuficiência de capacidade gerencial e desvio de recursos; excessiva burocracia nas formas de administrar; dificuldades no financiamento; disputa de grupos de interesses diferentes; melhoria na qualidade de atenção; aumento da resolutividade das redes de unidade básicas de saúde; pouca participação dos Estados no financiamento; dentre outros (SERRA, 2001).

Destarte, como descrito no decorrer desse texto, o SUS não teve início nem término com a Constituição Federal de 1988, mas é decorrente de um processo de luta e embates que perdura até hoje. Se houve mudanças no modelo de atenção à saúde, ainda há muito a ser superado, sobretudo no cenário de contrarreformas iniciados nos anos de 1990.

### 2.3 O CONTEXTO CONTRARREFORMISTA DOS ANOS 1990 E O SETOR SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 representou uma chance de se promover avanços no modelo de atenção à saúde no Brasil. Redefiniu o papel do Estado com relação a essa política e alterou o sistema público de saúde. Com a sua promulgação, a saúde ganhou uma nova dimensão política estritamente vinculada à democracia.

A Carta incorporou o princípio da universalização e a concepção da saúde como direito social e dever do Estado, garantindo o acesso dos bens e serviços igualitários a toda população. A partir desses reordenamentos o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser concebido através de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

No entanto, se por um lado, nos anos 1980, assistimos a uma democratização do Estado brasileiro, chega-se aos anos de 1990 num contexto marcado pela formulação de uma nova agenda de reformas neoliberais, submetidas à lógica do ajuste fiscal.

Tem-se, assim, a partir de 1990, o estabelecimento de uma trincheira contrarreformista impeditiva dos avanços no campo da Seguridade Social, com o aval do governo central. E essa trincheira tinha a respaldá-la a ofensiva neoliberal que encontrou no país fatores condicionantes, a saber: um governo simpático às teses neoliberais e articulador de orças conservadoras; a aceleração inflacionária, não obstante os intentos governamentais de dominá-la com fugazes planos de estabilização e ajustes recessivos; e a chamada crise do setor público. (PEREIRA, 2008, p. 14).

O cenário que se apresenta é o de contrarreforma, desestruturando as conquistas do período anterior, principalmente no que diz respeito àquelas referentes à ampliação dos direitos sociais, pois o que se percebe é um desmonte da Seguridade Social no que tange à restrição e redução dos direitos sociais, sob a alegação da crise fiscal do Estado, com um forte apelo à desresponsabilização deste em relação às políticas sociais.

Concorda-se com Borón (1999, p.11) quando afirma que as “[...] reformas econômicas postas em prática nos anos recentes na América Latina são, na realidade, ‘contra-reformas’ orientadas para aumentar a desigualdade econômica e social e para esvaziar de todo conteúdo as instituições democráticas”. Behring (2003) também chama esse processo de contrarreforma e assinala que o mesmo possui um caráter conservador e regressivo no que diz respeito aos direitos conquistados na Carta Magna de 1988.

Boschetti et al. (2008, p.182) analisando acerca da seguridade social na América Latina, destaca que essa contrarreforma se alimenta:

[...] de ajustes estruturais com características e determinações semelhantes: política econômica regressiva, que favorece o capital financeiro em detrimento do capital produtivo, elevadas taxas de juros, aumento da carga tributária com maior tributação sobre os rendimentos oriundos do trabalho e do consumo e menos do capital, a política fiscal conservadora que privilegia pagamento dos juros da dívida pública, determinados pelos acordos firmados com o Fundo Monetário Internacional. Essas medidas de ajuste fiscal tem implicações negativas para as políticas sociais de um modo geral e para a seguridade social de modo mais específico, que passam a sofrer “reformas” com orientação liberal e reestruturam os modelos construídos na América Latina e Caribe até então.

Nessa mesma direção, Behring (1998), analisando as políticas sociais na América Latina, afirma que dentre as consequências das reformas neoliberais, identifica-se a existência de um Estado seletivo para os gastos sociais e uma fragilização dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos.

Esses argumentos também são defendidos por Draibe (1995), quando aponta que há um redirecionamento dos gastos sociais para eliminação da pobreza e busca de igualdade, através da instituição de benefícios de renda mínima, da descentralização, das focalização e da privatização. De acordo com a autora, os programas de renda mínima asseguram o repasse direto dos recursos monetários aos seus beneficiários; a descentralização busca aumentar a eficiência e eficácia dos gastos sociais mediante a interação de recursos públicos e não públicos para o

financiamento das áreas sociais. Por meio de ações seletivas e emergenciais buscase com a focalização concentrar os recursos financeiros e sociais em uma população ou um grupo em situação de vulnerabilidade social definida. E por fim, a privatização que implica, dentre outras definições, remanejamento da produção de bens e serviços para o setor privado lucrativo ou não-lucrativo.

No Brasil, tal contexto se apresenta no governo do então presidente José Sarney (1985-1990), com forte impacto nas políticas sociais. Como destaca Rizzoto (2000):

[...] as reformas foram abandonadas, dirigentes importantes em estratégicos setores sociais foram afastados, e teve lugar uma série de medidas de 'desmonte' e de redução de gastos em diversas áreas sociais. Estava aberto o caminho para um enorme retrocesso, consubstanciado adiante no governo Collor, não apenas nas políticas sociais, mas nas políticas governamentais de um modo geral. (RIZZOTTO, 2000, p.191).

Com a gestão do presidente Fernando Collor (1990-1992), conforme Raichelis (1998), as medidas de proteção social ficaram quase todas comprometidas com as novas mudanças estruturais instauradas no país. Através do Plano de Reconstrução Nacional<sup>24</sup>, o governo redirecionou o papel do Estado, assumiu o ideário neoliberal, promoveu a redução dos gastos sociais, submeteu-se ao Fundo Monetário Internacional (FMI). É nesse período que se inicia o enxugamento da máquina estatal através de um processo de contrarreforma do Estado, caracterizada pela universalização excludente<sup>25</sup>, mercantilização e privatização das políticas públicas.

Assim, segundo a mesma autora, ao Estado não cabia mais a:

[...] responsabilidade pública na garantia de direitos sociais aos cidadãos. Ao contrário, as ações do governo Collor dão prioridade à transferência das verbas públicas para o setor privado, notadamente as entidades assistenciais e filantrópicas, confirmando a tendência atual de refilantropização da questão social. (RAICHELIS, 1998, p.95).

Não obstante, com o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), as propostas de cunho neoliberal vão se estabelecer de forma mais contundentes. O país, então, passa por um momento econômico caracterizado por privatizações das

---

<sup>24</sup> Dentre as medidas do Plano De Reconstrução Nacional, cita-se: o retorno do cruzeiro como moeda nacional, demissão de funcionários públicos, congelamento dos salários e preços, privatização de empresas, confisco de depósitos bancários, principalmente os da caderneta de poupança e dentre outros.

<sup>25</sup> A universalização excludente é um dos fenômenos indesejáveis das reformas, segundo Goulart (2007). Se refere a um sistema híbrido envolvendo o sistema público e a ampliação dos seguros de saúde privados.

empresas estatais, redução do papel regulador do Estado, enfrentamento da dívida externa pública e minimização das políticas sociais mediante cortes nos gastos sociais. (PORTO, 2001).

O governo, através do Plano Diretor do Estado, aprovou a reforma administrativa, a reforma previdenciária e a implementação de programas de privatização e de publicização. Com a Reforma Administrativa do Estado, o país adota a terceirização dos serviços e o enxugamento do setor público através das privatizações.

De acordo com o Plano Diretor do Estado, essa reforma envolve quatro problemas fundamentais:

(1) a delimitação do tamanho do Estado, (2) a redefinição do seu papel, (3) a recuperação da governança, ou seja, a capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo e (4) o aumento da governabilidade, que corresponde à capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar. Para dar corpo a estas questões e reconstruir o Estado, seriam “inadiáveis” o ajustamento fiscal duradouro; as reformas econômicas orientadas para o mercado; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social; e a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar a sua “governança”. (BRASIL, 1995, p.16).

Portanto, para os idealizadores do Plano Diretor, a reforma implicaria três finalidades consideradas centrais: superar a crise fiscal; rever as estratégias de intervenção do Estado nos planos econômico e social; realizar uma mudança da estrutura do aparelho estatal e do funcionalismo público. (BRASIL, 2005; RIZZOTTO, 2000).

No que tange a área social, a Reforma teria que distinguir com clareza a:

[...] formulação de políticas públicas de caráter regulatório, não apenas de dimensão normativa e fiscalizadora, mas também na dimensão estimuladora e fomentadora, por estímulos financeiros, tecnológicos e condicionantes competitivos. (BRASIL, 1995b, p.11).

Quanto ao setor saúde, as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde em consonância com os pressupostos da reforma apontam para: o processo de descentralização com delegação de atribuições e poder às diferentes esferas do governo; a criação de um atendimento de saúde que abrangeria os três níveis de governo, composto por dois subsistemas: Subsistema de Distritos Sanitários (responsável pela atenção básica) e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (responsável pela rede ambulatorial especializada e hospitalar) e a estruturação de um Sistema de Informações em Saúde, com vistas ao

acompanhamentos das ações e serviços dos Sistemas supracitados. (RIZZOTTO, 2000).

No governo FHC, com a reforma do Estado, baseada no discurso da ineficiência do Estado, surgiram novas figuras jurídicas e formas institucionais diferenciadas, como as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), das quais se caracterizam como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito a dotação orçamentária. Com autonomia gerencial, financeira e orçamentária, agem em diversas áreas, tais como: educação, saúde, assistência social, meio ambiente, cultura e dentre outras.

Deste modo, o que se verifica com a instituição dessas figuras jurídicas de direito é a tendência da chamada desresponsabilização do Estado no trato das políticas sociais, e no caso específico da saúde, concorda-se com Júnior (2011), que há um desrespeito aos dispositivos constitucionais, uma vez que:

Foi deflagrado em todo o país o processo de privatização da Gestão e da Gerência dos serviços do SUS, através das Organizações Sociais, OSCIPS, Fundações e outras, que exercem seu papel com a mais ampla liberdade à revelia dos limites estabelecidos pela legislação bem como dos princípios dos SUS. (JÚNIOR, 2011, p.38).

Ainda em conformidade com o autor, a parceria do Estado com essas instituições fere também os princípios constitucionais da legalidade, moralidade e impessoalidade, haja vista que, inexistente a realização de concurso público para contratação de pessoal, bem como a celebração de contrato via licitação.

Portanto, o que se constata é que:

Foi colocado em prática um projeto de transferência dos recursos financeiros e do patrimônio do SUS para grupos políticos e econômicos e corporações privadas [...] o SUS é paulatinamente desconstruído, sua legislação fartamente solapada e seus princípios violentamente desrespeitados. (JÚNIOR, 2011, p.38).

No entanto, em 2002, há um marco importante na história do Brasil, uma vez que chega à presidência Luís Inácio Lula da Silva, militante e representante da classe trabalhadora. A eleição de Lula gerou esperança de que sua nova gestão pudesse enfrentar os ajustes fiscais até então implementados, já que o futuro Presidente da República se mostrou oposicionista à política neoliberal adotada no mandato de FHC. Bravo (2011, p.16) assinala que, embora não se esperasse “[...]”

transformações profundas diante dos acordos [...]” realizados, “[...] havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.”

A política de saúde foi apresentada no plano de governo como universal, igualitária e equânime com uma certa aproximação com o referencial do Projeto de Reforma Sanitária surgido na década de 1970. Havia grande expectativa de que esses princípios pudessem ser retomados, principalmente porque o ano de 2006 teve como marca a maturidade da Atenção Básica, ao ser reafirmada, através do Pacto pela Vida, como prioridade, “[...] qualificando a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS”. (NICOLAU, 2008, p.19).

Tal pacto consiste no conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde inclui três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida representa o compromisso das três esferas de gestão do SUS em torno de prioridades que promovam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre as prioridades estabelecidas está o fortalecimento da Atenção Básica à saúde. Já o Pacto em Defesa do SUS, destaca a necessidade de um movimento político mais amplo, indicando algumas iniciativas e ações para a garantia dos princípios e diretrizes da reforma sanitária, que transcendam os limites setoriais e aumentem a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade. O Pacto de Gestão, estabeleceu as diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos, a saber: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde. (BRASIL, 2006b).

Contudo, na prática, a política de saúde continha elementos de continuidade da gestão anterior, dentre os quais a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e falta de vontade política em viabilizar a concepção de Seguridade Social, dentro da lógica do direito e da universalidade. (BRAVO, 2011).

Behring (2004) apud Bravo (2011, p.16), ao analisar a gestão do governo Lula (2003-2010), elucida que “no plano econômico, todos os parâmetros

macroeconômicos da era FHC foram mantidos”, dos quais tiveram impactos nas políticas sociais.

Fagnino (2011) assinala que a primeira gestão petista foi marcada pela ambiguidade entre mudança e continuidade, além de que coexistia duas forças antagônicas: as defensoras do Estado Mínimo, concentradas, sobretudo, na área econômica; e aqueles que defendiam os direitos sociais universais.

Em 2003 o Ministério da Fazenda divulgou um documento no qual se manifestava acerca da decisão do governo em priorizar políticas focalizadas em oposição às políticas universais. Como aduz o referido documento:

A possibilidade de ampliação dos recursos destinados aos brasileiros mais pobres e de fornecer uma verdadeira rede de proteção social, capaz de amparar a população mais vulnerável, depende de forma decisiva na realização de reformas estruturais que reduzam os privilégios concedidos pelo atual sistema – tanto por meio de gastos diretos quanto através de renúncias fiscais – a grupos de renda mais alta (BRASIL, 2003, apud FAGNINO, 2011, p.7).

Destarte, o desenvolvimento social na política de governo se reduziu a conter o avanço da miséria e da pobreza, limitando-se, portanto, à expansão de programas focalizados, direcionados aos pobres, cujos critérios eram definidos pelo Banco Mundial, como é o caso do Projeto Fome Zero, Bolsa-Família e Programa Saúde da Família.

Pereira (2012) ao realizar uma análise da tendência atual da política social no Brasil na era PT assinala que a focalização na extrema pobreza resulta em:

[...] instrumento de ativação dos indigentes para o trabalho, geralmente precário, por meio de condicionalidades ou contrapartidas que, na maioria das vezes, revelam-se autoritárias e punitivas. Em verdade, o predomínio contemporâneo da ética da autorresponsabilização no contexto mundial da política social mostra que está havendo um contínuo e crescente esvaziamento do padrão capitalista de Estado social de direito em favor do padrão capitalista de Estado neoliberal meritocrático, laborista, ou do que a literatura especializada vem chamando de transição do *Welfare State* para o *Workfare State*. É o que, com outras palavras, LóicWacquant (2007) vem falando da substituição do Estado Social pelo Estado Penal, principalmente quando se refere aos Estados Unidos, por sinal o país precursor da ideologia do *work fare* (bem-estar em troca de trabalho, não importa qual) em substituição ao *welfare* (bem-estar incondicional, como direito). (PEREIRA, 2012, p.10).

A mesma autora ainda destaca que, embora o governo Lula tenha priorizado políticas de combate à pobreza no país, melhorando as condições sociais de milhões de brasileiros através do Fome Zero e Bolsa Família,

[...] melhorou muito mais a remuneração do capital financeiro, industrial e do agronegócio que operam no país. Ou seja, foi no governo Lula que o enfrentamento da pobreza absoluta teve a maior visibilidade política de sua

endêmica existência, mas, paradoxalmente, isso foi acompanhado da garantia “de altos lucros, comparáveis com os mais altos da história recente do Brasil” (Antunes, 2011, p. 131) a diversas frações do capital. Portanto, se a pobreza absoluta ou extrema diminuiu a desigualdade, não sofreu decréscimos;<sup>26</sup> e se a pobreza absoluta ou extrema preocupou o governo, o combate à concentração de riqueza não foi alvo dessa preocupação. E o país continua injusto. (PEREIRA, 2010, p.18).

É importante mencionar ainda que, nos governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014) também tiveram continuidade o processo de desresponsabilização do Estado, baseado no discurso da publicização<sup>26</sup>, ao criarem, respectivamente, em 2007, as Fundações Estatais de Direito Privado, e em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)<sup>27</sup>. O discurso dos formuladores dessas entidades apontavam para a necessidade de reestruturar os Hospitais Universitários Federais em articulação com o Ministério da Educação.

Destarte, o surgimento das entidades de direito privado também tem sido concebido como um ataque liberal ao SUS. Essas entidades são criadas com o discurso de superarem os atuais problemas de gerenciamento do SUS. No entanto, o que se tem é uma atividade exclusiva do Estado (posto que a CF/1988 afirma que a saúde é dever estatal) sendo delegada para instituições sem fins lucrativos, que na verdade, é uma forma mascarada de privatização do serviço público, caracterizando tal política como pública não-estatal. A esse respeito, Bravo (2011, p.6) aponta como fatores preocupantes:

[...] as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na ‘contra-reforma’ do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações.

---

<sup>26</sup> Publicização é a transferência da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não-estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira. (PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO, BRASIL, 1995).

<sup>27</sup> A Lei n 12550/2011 autoriza o poder executivo a criar a EBSERH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos”. A empresa visa gerir as 45 unidades hospitalares vinculadas as Instituições Federais de Ensino no Brasil, o que vem a desvincular os HUS das universidades, afrontar a autonomia universitária e a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão e, supõe-se, comprometer a formação, produção de conhecimentos e prestação de serviços à população.

Sobre isso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem se posicionado contrário a essa proposta, desenvolvendo diversas reuniões e conferências para o debate acerca da temática.

Destarte, essa nova roupagem exercida pela proteção social brasileira, configura, de um lado, a remercantilização dos serviços sociais, e por outro lado, a refilantropização das respostas à questão social. Trata-se, portanto, da redução do precário aparato estatal, da desestatização de organismo públicos e do repasse da responsabilidade estatal para a sociedade civil. Essas mudanças determinam um descaso com o aprofundamento da pobreza e a exclusão social.

Nesse sentido, tem-se um forte apelo à solidariedade apresentada pelos governantes e assimilada pelas organizações públicas não-estatais (representada pelo chamado terceiro setor) e/ou pela própria sociedade civil. Trata-se, neste caso, de legitimar “[...] novas formas privadas de provisão de atenções sociais, por meio de velhas formas de solidariedade familiar comunitária e beneficente” (MESTRINER, 2001, p.28).

Portanto, “[...] todas essas reformas trouxeram/trarão implicações nefastas à classe trabalhadora brasileira, uma vez que estão sendo realizadas à luz de uma lógica privatizante do serviço público”. (PORTO, 2001, p. 27).

Diante desse cenário contrarreformista, no trato das políticas públicas, a política de saúde sofre impactos desses rebatimentos, o que dificulta ainda mais a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS.

Com a redução dos gastos públicos nas políticas sociais, como exemplo, o montante de recursos disponíveis para o desenvolvimento de serviços e ações na saúde se torna insuficiente, repercutindo de forma danosa no financiamento do SUS.

Bravo (2006) afirma que os ajustes neoliberais atinge a saúde através:

[...] das proposições de não financiamento; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade através da criação de dois sistemas. O subsistema de entrada e controle e controle construído pelo atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é do setor privado. O subsistema de referência ambulatorial e especializada formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais, como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS), além da utilização de cuidadores e agentes comunitários com a finalidade de baratear os custos das ações básicas. (BRAVO, 2006, p.17).

A política de saúde, apesar de conter alguns avanços, se observada a sua trajetória histórica, atualmente se caracteriza enquanto política precarizada,

setorizada e excludente, e essa proposta de saúde construída na década de 1980 é reconfigurada pela política de ajuste neoliberal.

No atual contexto, a política de saúde se encontra mediante um confronto existente que, de um lado, se coloca enquanto proposta universalizante e igualitária e, de outro lado, apresenta uma mercantilização dos serviços, dos quais são direcionados para os interesses do capital. Bravo (2013, p.16), portanto, bem assinala que nesse cenário complexo em que se configura tal política, fica evidente que a “[...] saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social.”

Para a autora supracitada, existem três projetos em disputa em relação à saúde no Brasil: o da reforma sanitária, idealizado e inscrito na Constituição federal de 1988; o de saúde articulado ao mercado, de cunho neoliberal; e o da reforma sanitária flexibilizada. (BRAVO, 2000).

#### O Projeto de Reforma Sanitária objetiva:

[...] assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. (BRAVO, 2006, p.3).

#### Já o Projeto de saúde articulado ao mercado:

[...] está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO, 2006, p.4).

O terceiro projeto entra em cena nos anos 2000, trazendo em seu discurso, conforme Bravo (2013), que a solução para o problema da política de saúde não está na expansão do gasto social, mas sim no poder da focalização, ou seja, o SUS dos pobres e não o SUS constitucional. Intitulado de Reforma Sanitária Flexibilizada também prega uma Política de Saúde “possível”, porém, somente de acordo com a capacidade orçamentária, como aponta a autora:

O Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada [...] consiste em defender a Política de Saúde possível, face a conjuntura. Constata-se que diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à Política Macroeconômica. (BRAVO, 2013, p.178).

Bravo (2013) também chama atenção para o fato de que essa reforma flexibilizada contribui para uma desmobilização da sociedade no que tange ao enfrentamento da questão central dessa política na atualidade: a privatização. A saúde, portanto, é vista mais como uma mercadoria do que como um direito que foi conquistado através da participação da sociedade via movimentos sociais (dos quais desencadearam um arcabouço jurídico-legal, delegando à mesma o status de política universais).

A esse respeito, Iamamoto (2009) destaca que:

[...] as conquistas sociais acumuladas são transformadas em problemas ou dificuldades, causa de gastos sociais excedentes, que se encontrariam na raiz da crise fiscal dos Estados. (IAMAMOTO, 2009, p.163).

Deste modo, o Projeto da Reforma Sanitária tem sido desconstruído no sentido de uma redução dos direitos sociais na política de saúde, posto que há um forte apelo à focalização seletiva das ações e serviços do Estado e à privatização do setor, sob o argumento da racionalização de recursos. A proposta é que o Estado garanta o mínimo àqueles que não podem pagar, através dos pacotes de serviços da atenção básica, e o setor privado se responsabilizaria em atender àqueles que tem acesso ao mercado dessas ações. (BRAVO; PEREIRA, 2001). A esse respeito voltaremos a tratar mais detalhadamente no capítulo IV.

As autoras apontam ainda que, além destas, outras propostas são postas, como: “[...] ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.” (BRAVO; PEREIRA, 2001, p.200).

Ademais, outra característica da política de saúde na atualidade é a baixa qualificação profissional e terceirização dos recursos humanos, fato que se verifica ao observar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais contratados de forma não regulamentada, dentre os quais auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária e agentes de saúde mental. De acordo com Bravo (2006), o problema está na ausência de regulamentação da profissão, indefinição de funções, precarização na contratação de tais profissionais e ausência de concurso público, o que acaba gerando a prática do clientelismo.

Assim, a política de saúde, a partir da década de 1990, é caracterizada pela atuação de um sistema público que assiste a uma população preponderantemente pobre; marcado pela dificuldade do acesso aos serviços, demonstrado através das

longas filas de espera; insuficiência de leitos nos hospitais; emergências lotadas; má administração dos recursos; falta de financiamento dos recursos; falta de atendimento humanizado e pouca cidadania; e exclusão social.

Dada a realidade, infere-se, portanto, que, a política de saúde caminha para um lugar diverso daquele que significaria a universalização, integralidade e igualdade preconizados pelo SUS, com a correspondente qualidade nos serviços ofertados.

Ademais, temos, no Brasil, um sistema dual, no qual de um lado está o SUS para os excluídos e de outro lado, o sistema privado para os que têm maior poder aquisitivo.

### 3 CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE: a atenção básica no âmbito do SUS

#### 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E CONCEITUAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Antes de iniciarmos a discussão pretendida, é importante mencionar que a Política Nacional de Atenção Básica (2011), no que se refere à concepção, considera os termos Atenção Básica à Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS) como equivalentes.

A literatura aponta que o termo Atenção Primária à saúde é mais comumente utilizado em nível internacional. Entretanto, o conceito de ABS foi forjado no contexto da reforma sanitária brasileira, que expressa princípios e diretrizes do SUS. O termo foi usado naquele momento do ponto de vista ideológico como uma resistência ao termo de APS vinculado pelos organismos internacionais. (MATTA, 2007).

Também na época das discussões acerca do financiamento da atenção básica foi gerada uma polêmica de natureza semântica e que ainda:

[...] ressurge em debates ou em documentos acadêmicos, e que diz respeito ao uso do termo “atenção básica” em lugar de “atenção primária”. Para alguns, a discussão não é semântica, mas de cunho ideológico, pois se explica a escolha do termo “atenção básica” como condição imposta pelas agências internacionais de fomento para cooperar na implantação do Programa no Brasil. Ora, naquele tempo, não havia nenhuma organização internacional que acreditasse no PSF a ponto de acatar acordos de cooperação! Há uma explicação quase inversa: quando a proposta do *per capita* foi elaborada, ela precisava de um nome. A equipe da SAS, com alguns colaboradores externos, ouviu muitas opiniões de gestores e formuladores do setor saúde. Havia uma advertência clara de que o termo “atenção primária” fazia relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de “piso de atenção primária” poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. (BRASIL, 2010, p.34).

O termo Atenção Básica à Saúde passou, desde então, a ser utilizado formalmente no Brasil. (GOULART, 2007).

A terminologia Atenção Primária à Saúde assume múltiplas representações de acordo com os autores (GOULART, 2007; MATTA, 2007), as épocas e os espaços, e sua concepção se relaciona aos fatores históricos, políticos e econômicos. Assim, existem uma diversidade de modelos de atenção à saúde, dos quais ora se divergem, ora se assemelham, seja quanto ao nível de atenção, de organização, de financiamento ou de regulação do Estado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou cuidados primários em saúde, como denomina alguns autores (GOULART, 2007; MATTA, 2007), ao longo dos anos vem se tornando pauta da agenda enquanto política de reforma setorial em diversos países, dado, principalmente, ao impacto significativo que tem demonstrado sobre as condições de saúde da população no que tange ao acesso dos serviços e à organização do sistema.

Em nível internacional, as primeiras experiências acerca de cuidados primários em saúde remontam ao século XIX, em Paris, onde se estabeleceu um sistema de promoção e assistência à saúde da população infantil, no qual eram realizadas alguns serviços que hoje se denominam ações básicas em saúde.

Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1915, já existiam ações de atenção primária realizadas dentro de centros comunitários de saúde, ligados à educação e à assistência social. Tais serviços eram relacionados a uma população de área específica. (ALEIXO, 2002).

De acordo com Starfield (2004), um dos grandes marcos históricos da APS data os anos de 1920, na Grã-Bretanha, onde as primeiras ideias de atenção básica foram sistematizadas e elaboradas num documento denominado Relatório de Dawson<sup>28</sup>, cujo objetivo era estruturar o sistema de saúde inglês numa perspectiva de organização regionalizada e hierarquizada dos serviços prestados. Surgem também as concepções de níveis de complexidade na saúde e a ideia de um espaço geográfico definido para o atendimento. O documento distinguia três tipos de organização do sistema, a saber: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Tal organização se dava por meio da hierarquização dos níveis de atenção, haja visto que:

Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde. (MATTA; MOROSINI, 2009).

Esse modelo de organização influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico, em 1948, passando a orientar a reformulação dos sistemas de saúde

---

<sup>28</sup> O Relatório Dawson é fruto de um estudo que se tornou o marco na história da organização dos sistemas de saúde. (STARFIELD, 2004).

em vários outros países e definindo dois princípios fundamentais da APS: a regionalização, onde se objetiva “[...] um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população.” (STARFIELD, 2004, p.28) e a integralidade, “[...] que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas”. (MATTA; MOROSINI, 2009 pag.127).

Na Europa, com a implementação do Welfare State, a assistência médica universalizada e a alocação de recursos nessa política fizeram com que a APS alcançasse um bom nível de organização e atendimento. (STARFIELD, 2004).

No entanto, na década de 1970, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, havia uma preocupação na operacionalização e gestão dos sistemas de saúde, uma vez que, se naqueles os custos de manutenção eram elevados, existindo baixa resolutividade das demandas e uso indiscriminado de tecnologia médica, nesses tais sistemas se caracterizavam com falta de acesso aos cuidados primários, altas taxas de mortalidades infantis e precárias condições de vida (sanitárias, sociais e econômicas). (MATTA; MOROSINI, 2009).

É, portanto, com essa inquietação mundial frente ao aumento das desigualdades em saúde e da necessidade de ampliação da assistência sanitária, que em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata no Cazaquistão, coordenada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nessa conferência foi proposto um acordo/declaração em que os 153 países participantes deveriam atingir o maior nível de saúde possível até o ano de 2000, que permitisse aos cidadãos do mundo inteiro ter uma vida social e economicamente ativa, uma vez que a APS teria como finalidade a prevenção e promoção da saúde, bem como o desenvolvimento socioeconômico dos países.

Hoje conhecida como “Saúde Para Todos no Ano 2000”, essa Declaração representa o principal marco da APS, desencadeando uma “[...] série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária” (STARFIELD, 2004, p.30), bem como tornando-se referência fundamental para as reformas nos sistemas de saúde em diversos países, uma vez que foi considerado que os cuidados primários em saúde se mostram como uma alternativa para as dificuldades do setor e o seu custo elevado.

Para a Declaração de Alma-Ata, a APS, denominada cuidados primários em saúde é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade, como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO apud GOULART, 2007).

Em conformidade com o relatório acima, a APS seria, portanto, a principal estratégia para garantir o acesso universal à saúde, caracterizando-se como o primeiro nível de contato dos usuários com o sistema

Quanto à organização, o referido documento propõe que sejam criados serviços locais direcionados às necessidades de saúde da população, baseados numa perspectiva interdisciplinar, dos quais enfermeiros, médicos, auxiliares, agentes comunitários devem estar envolvidos. Além disso, enfatiza a participação social na gestão e controle das ações dos serviços prestados.

De acordo com Starfield (2004), a Declaração de Alma-Mata ainda apontou de forma mais precisa os componentes fundamentais da atenção básica à saúde, quais sejam: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. Nesse sentido, a proposta da Conferência concebe a saúde como um direito humano, indicando a necessidade de sistemas de saúde universais.

Starfield (2001 apud GOULART, 2007), baseada nos fundamentos elencados, define que a APS é o centro da referência sanitária e representa a base do sistema de saúde e um enfoque do qual determina o modo de atuar dos níveis restantes do sistema. A autora afirma que a APS se caracteriza como um:

Nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capazes de oferecer atenção à maioria dos

agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. (STARFIELD, 2001 apud GOULART, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que a APS:

Deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade e sustentabilidade. (OMS, 1984 apud GOULART, 2007).

Na mesma direção, Vuori (1985 apud GOULART, 2007) aponta que a APS se caracteriza através da integração entre prevenção, assistência e cura e descreve que:

Como conteúdo, tem a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; como responsabilidade a colaboração inter-setorial, a participação da comunidade e a auto-responsabilização. (VIORI, 1985 apud GOULART, 2007, p. 26).

Starfield (2004) define seis atributos para a prática da atenção básica: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária. Tomando por base tais características, de acordo com Mendes (2008), o entendimento acerca do conceito da atenção básica à saúde se dá pelo conhecimento e operacionalização dos seus princípios norteadores e são assim interpretados:

1. O primeiro contato, que implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a atenção à saúde.
2. A longitudinalidade, que requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduo e famílias.
3. A integralidade exige 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 doenças.
4. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

5. A focalização na família torna indispensável considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde.
6. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

Conforme Starfield (2004), para que haja uma política de atenção básica de qualidade é necessário que os seis princípios elencados acima sejam seguidos em sua totalidade. A esse respeito, o Relatório Mundial de Saúde, publicado pela OMS em 2008, reafirma que os sistemas nacionais de saúde devem apresentar uma APS forte e de qualidade, uma vez que:

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial "dar prioridade às pessoas" realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde. (OMS, 2008 apud LAVRAS, 2011, p.2).

No entanto, Mendes (2008) e Starfield (2004) relatam que embora exista esse arcabouço teórico de conceitos, fundamentos e princípios norteadores, as diferenças políticas, econômicas e ideológicas geraram divergências nas interpretações e abordagens no que diz respeito ao significado e à inserção da APS nos sistemas de saúde de vários países.

De acordo com Conill (2008 e, Giovanella (2008), a concepção de APS se assentam em três vertentes, a saber: a concepção seletiva e focalizada da qual são constituídos programas com uma cesta mínima de serviços destinados às populações e regiões mais vulneráveis, nas quais se utilizam tecnologias simples e de baixos custos, definindo a AP como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade; a concepção mais abrangente de um modelo assistencial e de organização dos sistemas de saúde; e a aquela que representa um dos níveis de atenção à saúde que presta serviços ambulatoriais e de médicos não-especialistas como porta de entrada do sistema.

A APS passou a ser definida como referência primordial para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos de 1980 e 1990, enquanto estratégia para a organização dos sistemas de saúde.

No Brasil, a evolução da atenção Básica (AB) está diretamente relacionada ao caminho traçado pela política de saúde como um todo.

Embora de forma embrionária, desde os surgimentos dos centros de saúde em 1920, a literatura aponta várias tentativas em se organizar a AB. Tais centros de saúde, apesar de manterem uma separação entre saúde curativa e preventiva, já propunham ações integrais focando a educação sanitária e a promoção da saúde.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação muito forte nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, desenvolvendo serviços de natureza curativa e preventiva, entretanto, restrita às doenças infecciosas.

Na década de 1960 houve uma expansão dos centros de saúde que passaram a ter suas práticas voltadas para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública.

Os anos de 1970 são marcados pelo surgimento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do qual era direcionado para a àqueles que não tinham acesso à assistência médica da previdência social, caracterizando-se “[...] como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população”. (MATTA; MOROSINI, 2009, 121).

No início dos anos 1980, com a crise do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), surgiram ainda:

[...] as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos. (MATTA; MOROSINI, 2009).

A partir de então, a concepção da AB passou a ser incorporada ao ideário reformista da política de saúde, influenciada, principalmente, em nível internacional, em 1978, pela Conferência de Alma-Mata, e, em nível nacional, em 1986, pela VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se definiu o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira e indicou amplas mudanças na política de saúde. (MATTA, 2007).

Nesse sentido é que se pode dizer que esses acontecimentos foram determinantes para o delineamento da política de saúde posteriormente elaborada, onde houve uma tentativa em mudar o modelo assistencial curativo de caráter hospitalocêntrico do qual sempre privilegiou a cura de doenças e não a prevenção do

adoecimento, para um modelo que busca adotar práticas de promoção e prevenção de agravos baseado em um conceito ampliado de saúde como qualidade de vida.

Portanto, somadas às experiências anteriores, a atenção básica à saúde ganha maior notoriedade com a criação do SUS em 1988, possibilitando a sua construção com vistas “[...] à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde.” (MATTA; MOROSINI, 2009, pag. 121). A concepção de Atenção Básica (AB) desenvolveu-se baseada, principalmente, nos princípios da universalidade, descentralização e integralidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Através do princípio da universalidade, a saúde é direito de todo cidadão e a AB se apresenta como a porta de entrada desse sistema universal.

A descentralização do sistema de saúde foi realizada através de um processo de municipalização da política que ocorreu a partir da década de 1990, sendo identificada pela transferência da rede de AB estadual para os municípios, expandindo esse nível de atenção com a criação de novas unidades básicas locais. Há, portanto, um movimento de estruturação e organização da AB sob a responsabilidade municipal, sendo normatizada e financiada pelo Ministério da Saúde.

Em virtude do princípio da integralidade, a atenção básica preconiza um modelo em que as ações e serviços da saúde sejam realizados através de uma assistência curativa com a dimensão preventiva e promocional, com vistas ao atendimento integral ao usuário, em sua totalidade.

Ainda em se tratando acerca da concepção e propostas de AB, cabe mencionar a categorização feita por Vasconcelos (1999 apud Goulart, 2007). Segundo o autor, são diferentes concepções que convivem e divergem entre si, a saber: a assistência médica primária; a atenção primária seletiva; e a atenção primária integral. As duas primeiras representariam formas limitadas de atenção, visto que “[...] uma vinda por transposição direta dos consultórios médicos, e a outra, marcada pelo caráter racionalizados e poupador de custos de sua prática”. (GOULART, 2007, p.27). A terceira toma como pressupostos os enunciados de Alma-Mata e propõe que através da AB, os usuários do sistema devem receber apoio para que consigam ter o controle de suas vidas e de sua saúde. (GOULART, 2007).

Para o referido autor, essa última concepção seria a adotada pela proposta de atenção básica no Brasil, mas chama atenção para o fato de que essa concepção praticada no país é limitada tanto “[...] pelas tradições positivas e mecanicistas que

rodeiam a assistência à saúde, como também pelo boicote e as exigências do produtivismo numérico.” (GOULART, 2007, p.27).

Ademais, alguns autores concordam que a conceituação de atenção básica adotada no Brasil é bem parecida com aquela dos países europeus (dos quais seguiram os princípios da Declaração de Alma-Mata), que buscam desenvolver ações e serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, responsabilizando-se pela condição sanitária independentemente da existência ou não de doenças, com vistas a um atendimento integral. (MENDES, 2008; ALEIXO, 2002). No entanto, no que se refere ao processo de implementação, há entraves e empecilhos que dificultam a expansão do acesso aos serviços básicos, limitam o acesso à outras modalidades de atendimento, bem como a falta de sustentação dos recursos direcionados à AB.

Com base nessa categorização e concepção da AB, no Brasil surgiram diversas propostas com o intuito de se implementar tal modelo de atenção. Essas iniciativas se apropriaram do conceito de distritos sanitários, centrado na ideia de territorialização. Dentre elas cita-se: em 1970, em São Paulo, a Ação programática em Saúde; a Defesa da Vida, em 1980, em São Paulo; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), em 1991, inicialmente implantado nas regiões Nordeste e Norte; o Médico da Família, em 1992, em Niterói; a Medicina Geral e Comunitária, em Porto Alegre, nos anos de 1993.

Todas essas experiências foram importantes para o delineamento da política de atenção básica no país e apesar de ocorrerem de forma isoladas desde a década de 1970, é somente em 1994 que há uma discussão em âmbito nacional do fortalecimento da AB através da implementação do Programa Saúde da Família em todo território. (MENDES, 2008).

No entanto, é mister elucidar que em 1996 com a instituição da NOB SUS 01/96 a AB ganhou maior destaque na política nacional de saúde ao criar o Piso de Atenção Básica (PAB), do qual se refere ao montante de recursos federais transferidos à atenção básica. O PAB garante um repasse específico aos municípios através do Fundo Municipal de Saúde, sendo calculado em uma base per capita, compondo um valor fixo e acrescido de um valor variável para incentivo a programas estratégicos. Deve ser destinado exclusivamente para custear as ações e serviços de saúde executados na atenção básica, estando em conformidade com as normas e diretrizes nacionais e em consonância com o Plano Municipal de Saúde (NOB SUS 01/96). Voltaremos a tratar especificamente desse assunto no capítulo seguinte.

Em 2006 é lançada a Portaria nº 648/GM de 28 de março na qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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).

A PNAB concebe a atenção básica à saúde, portanto, como:

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde [...] A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (Brasil, 2006, p.4).

O texto da política aponta para redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia da Saúde da Família. (BRASIL, 2006).

A PNAB/2006 traz um avanço e inovação no que diz respeito aos princípios em relação àqueles definidos na Declaração de Alma-Mata, uma vez que se orienta pelos princípios “[...] da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.” (Brasil, 2006).

A política também aponta que a Atenção Básica elegeu a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização em conformidade com os preceitos estabelecidos no SUS (BRASIL, 2006). Esse modelo, atualmente, é a principal estratégia da AB no Brasil, visto que, segundo Matta e Morosoni (2009), recebe importantes incentivos financeiros com vistas à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

Quanto à condução da política de atenção básica, a PNAB/2006 define que o município é responsável pela execução e financiamento, os Estados são co-responsáveis também pela execução e financiamento, sendo que a elaboração de normas que regulamentam os serviços e o co-financiamento fica a cargo do governo

federal, respectivamente sob a direção das Secretarias Municipais, Secretarias Estaduais e Ministério da Saúde.

No que tange à infraestrutura, o texto da PNAB afirma que a atenção básica deve ser constituída por uma rede formada por postos de saúde, centros de saúde, unidades básicas com ou sem Saúde da Família, onde serão desenvolvidas ações nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia), além de equipes multiprofissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos, auxiliares, agentes de saúde).

Ademais, a PNAB/2006 define as normas e diretrizes para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

Em 2008, através da Portaria GM/ MS nº154/2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, tem como objetivo aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população. Desde então, tem sido implantado em diversos municípios brasileiros.

Posteriormente, é aprovada, em 2011, a nova PNAB na qual, de um modo geral, mantém muitos aspectos da política anterior e consolida a articulação da AB com algumas ações intersetoriais e de promoção da saúde do SUS, como Programa Saúde na Escola, Academia da Saúde, Melhor em Casa, Telessaúde e dentre outros. Assim, conceitualmente a maior inovação com relação à anterior foi reconhecer que a AB se articula com outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde.

Essa nova versão incorporou, ainda, os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais, e a presença de profissionais de saúde bucal das equipes de Saúde da Família nas equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), além da inclusão de equipes da AB para a população de rua, através da regulamentação do Consultórios de Rua.

Assim, há que se reconhecer que a atenção básica à saúde no Brasil avançou em termos de regulamentação e organização da AB, sendo que a sua maior estratégia tem sido identificada como modelo bem sucedido para adoção dessa política em outros países, como aponta o Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2008. O documento intitulado Atenção Primária à Saúde recomenda a adoção dos cuidados primários em saúde com vistas a combater a desigualdade e

ineficiência dos problemas gerados nos sistemas de saúde e destaca o PSF implementado no Brasil como exemplo bem sucedido nesse nível de atenção.

É dentro dessa perspectiva que o Ministério da Saúde atua, ampliando e elaborando propostas com vistas à melhoria e inovações na organização da atenção básica.

No entanto, há muitos entraves existentes que impedem que a política de atenção básica possa realizar sua função de organizadora e coordenadora dos cuidados primários em saúde, como bem aponta (MATTA; MOROSINI, 2009, p.23):

[...] os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

Destarte, há que se reconhecer que muitos desses obstáculos se constituem em desmembramentos provenientes do próprio Sistema Único de Saúde que carecem de ser superados.

Ademais, não se pode deixar de mencionar que um dos grandes avanços ao longo da história da política de saúde foi a introdução da família como centralidade de cuidados da atenção básica, através da ESF, como veremos no item a seguir.

### 3.2 A INCLUSÃO DA FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Existem muitas análises acerca da diversidade de formas e arranjos familiares, porém, na pesquisa em questão, dado seu objetivo, é relevante a realização de uma breve incursão do que seria concretamente a família, sem contudo, esgotar a temática.

De início, importa considerar que a família tem sido definida, historicamente, a partir de suas funções e o modo como se estruturam, variando no tempo e no espaço, bem como relacionando-se a fatores políticos, econômicos, culturais, sociais, biológicos e dentre outros. Ao longo do tempo, se mantém enquanto uma instituição social permanente, permeada por relações de poder e dominação, mas com uma capacidade de mudança, adaptação e resistência. Com essas características, vem sendo concebida enquanto espaço privilegiado para a promoção de políticas públicas.

É sabido que a família sempre representou papel importante nos arranjos de proteção social. Concorde-se com Carneiro (2010, p.56) quando afirma que:

[...] o lugar ocupado pela família no contexto da sociedade e na proteção social está diretamente vinculado ao processo histórico, que define ao sabor da dinâmica socioeconômica o papel da família, ora tida como instituição principal de proteção social dos indivíduos, ora enquanto instituição subsidiária ao sistema de proteção social de responsabilidade do Estado.

Grosso modo, a família historicamente se apresentou enquanto unidade produtora e provedora de serviços (cuidado, educação, proteção) desenvolvendo, assim, uma multiplicidade de funções incluindo as de procriadora, econômica e política. No entanto, com o surgimento da sociedade moderna, o Estado e mercado acabam por exercer parte das funções da família.

O Estado ao se responsabilizar pela condução da proteção social passa a penetrar cada vez mais na unidade doméstica, assumindo antigas funções familiares, econômicas e políticas. A família, portanto, deixa de ser considerada a principal fonte de proteção social dos indivíduos, uma vez que o “[...] foco das lentes se ajustou em torno do eixo Estado e mercado, com ênfase na solidariedade pública.” (MIOTO apud CARNEIRO, 2010, p.57).

Ribeiro (2004) analisando a intervenção do Estado sob a família afirma que até a Idade Média havia uma relação de ajuda mútua entre as famílias (as relações dos indivíduos eram baseadas nas solidariedades coletivas, feudais e comunitárias), isso porque não existia uma separação entre a vida pública e privada.

Tal separação entre família e sociedade, entre privado e público, vai ocorrer tão somente na sociedade moderna. Ariés (1978) expõe que como consequência dessa dicotomia, há uma restrição da família em um núcleo menor, o que resulta em sentimentos de individualidade, intimidade e privacidade. Tais características se evidenciam, inclusive, na organização arquitetônica da casa, na qual passa a ter cômodos individualizados com o intuito de assegurar a privacidade dos membros familiares.

Portanto, como resultado da extensão da esfera privada ao espaço público da vida política, a vida familiar tornou-se predominantemente privada, favorecendo uma certa prática da proteção estatal e uma regulação da vida familiar por parte desse Estado. (ARENDR, 1997; RIBEIRO, 2004).

Ribeiro (2004) considera dois momentos históricos distintos e importantes pelos quais a família se tornou alvo importante de intervenção das políticas sociais.

O primeiro deles remonta ao final do século XVIII, nos países europeus e, em especial na França, quando ainda perdurava uma sociedade mesclada pelas esferas privadas e públicas, principalmente nas classes populares. Segundo Ribeiro (2004):

As ruas de Paris eram repletas e movimentadas, diuturnamente, dado que muitas pessoas permaneciam em convivência nesses espaços. Aí conviviam-se, jogava-se, alimentava-se, dormia-se, desfrutava-se da iluminação pública; os adultos ocupavam-se ainda com as feiras e com os prazeres das tabernas e prostíbulos; quando as pessoas necessitavam de algum espaço privado alojavam-se em construções precárias, minúsculas, decadentes, ou nas vielas estreitas e escuras. (RIBEIRO, 2004, p.2).

E destaca ainda que na aristocracia:

[...] as mulheres ocupavam-se da vida política, das intrigas e com a moda. Os homens ocupavam-se com treinamento militar e com questões ligadas à expansão e manutenção das conquistas territoriais. (RIBEIRO, 2004, p.2).

Dada essa realidade, há uma série de condições que faz com que a família organize a sua forma de viver “[...] num contínuo crescente, em direção à esfera privada, tornando-se modelo hegemônico de família, nas sociedades industriais modernas, o da família conjugal burguesa.” (RIBEIRO, 2004, p.2).

A estrutura familiar burguesa apresenta-se tendo o homem como provedor e chefe de família, a mulher responsável pela casa e pelos cuidados com o marido e os filhos, passando a ter um espaço definido de moradia. A família, portanto, valoriza questões como acolhimento, segurança, cuidados, educação, transmissão de valores. Entretanto, conforme Áries (1978), essa mudança do modelo medieval familiar para o modelo burguês, ocorreu, primeiramente, somente entre nobres e burgueses, persistindo entre as camadas pobres antigas experiências familiares, nas quais não existia intimidade entre pais e filhos e sentimento de casa.

No campo político, a intervenção estatal ocorre para dar respostas aos altos índices de mortalidade infantil presente naquela realidade, bem como criar medidas para conter o desenfreado crescimento populacional existente. Além disso, havia uma preocupação com as condições sanitárias das classes populares e com a melhoria da saúde dos corpos dos trabalhadores industriais.

As mudanças desse contexto social traz consequências, principalmente, para as camadas mais pobres, uma vez que gera:

[...] o empobrecimento e isolamento da família, pelo dismantelamento das formas de organização tradicionais e protetoras. Esse legado, do século XVIII, revela, no século seguinte, a emergência de uma problemática radicalmente nova: a despeito do progresso e da riqueza alcançados com a

dinâmica da produção capitalista industrial surge a vulnerabilidade da massa ou desafiando o otimismo liberal, uma grande parcela da população é continuamente lançada à indignação. (RIBEIRO, 2004, p.4).

Na mesma direção, Carneiro (2010) também observa:

Todo esse quadro socioeconômico, que faz surgir a questão social, tem severas repercussões na vida dos trabalhadores e de sua família, refletindo negativamente no seu cotidiano, através da pobreza que se manifesta sob a forma de condições inadequadas de alimentação, moradia, transporte, saúde, educação, trabalho, dentre outras necessidades. (CARNEIRO, 2010, p.44).

Assim, a intervenção estatal que se resumia à função residual e a um papel acessório para a materialização da solidariedade presente, posto que, o enfrentamento liberal dos problemas sociais existentes eram resolvidos mediante a filantropia, se modifica, tendo em vista a necessidade de conter a eminente desagregação social, decorrentes da crise estrutural do capitalismo.

Posto isto, importa destacar que, a família:

[...] não só é partícipe do processo de produção, como também se constitui alvo das ações de natureza assistencial do Estado e empresariado. É a ela – a família operária – que as ações são direcionadas direta ou indiretamente. Portanto a família – tomada através de seus membros (o operário, sua mulher e seus filhos) constitui-se o centro, o foco das políticas que começam a surgir para atender às demandas provenientes da situação de exploração e como forma de controle social. (CARNEIRO, 2010, p.43).

É, então, quando há uma modificação da assistência tradicional, que se configura o chamado Estado de Bem-Estar Social, ou Welfare State, enquanto um padrão de financiamento público da economia capitalista e interventor da área social. É nesse modelo que, segundo Raichelis (2000), o fundo público financia, ao mesmo tempo, a acumulação do capital e a reprodução da força de trabalho mediante os gastos sociais.

O segundo momento, considerado importante para Ribeiro (2004), em que as políticas sociais centralizam a família como foco de intervenção, mas não como políticas universais como preconizava o modelo de Estado interventor da área social, se dará a partir de 1970, quando o Welfare State apresenta sinais de esgotamento, devido, entre outros fatores, às transformações na esfera de produção e à internacionalização da economia, a chamada globalização. (LIMA, 2002; RAICHELIS, 2000; RIBEIRO, 2004). Importa frisar que, no auge do Estado de Bem-Estar Social, o foco da proteção social não era a família, uma vez que o “[...] Estado elegeu o indivíduo como portador de direito, e não mais coletivos do tipo família ou comunidade”. (BRANT, 1993, p. 68)

Diante do quadro no qual havia baixo crescimento econômico e, em contrapartida, aumento dos custos de serviços públicos e privados, constatado no período de crise do Estado de Bem-Estar Social, verificou-se uma tendência em defender a família como autônoma e independente da ação estatal.

Deste modo, as políticas sociais são direcionadas apenas para compensar os efeitos negativos decorrentes dos ajustes macroeconômicos realizados. A ação assistencial pública passa a ser restrita a determinados segmentos sociais considerados extremamente pobres. O Estado só será responsável por aqueles serviços em que o privado não pode produzir, garantindo apenas o mínimo para compensar/aliviar a pobreza. (LAURELL, 1997). A família nessa lógica é vista como uma unidade econômica e política capaz de reduzir a dependência dos serviços coletivos e resolver os problemas gerados pelo modelo neoliberal. Deste modo:

[...] a ação do Estado na política social diminui e o mercado volta-se, cada vez mais, para a satisfação de necessidades lucrativas - portanto não sociais -, o que exclui muitos grupos da possibilidade de ter acesso a bens e serviços. Resulta dessa relação uma valoração extremada da sociedade (e nela está a família) na garantia da proteção social". (MIOTO, 2006 apud CARNEIRO, 2010, p.58).

Há, portanto, conforme Carvalho (1998), uma revalorização da família e um recuo das responsabilidades do Estado na alocação de recursos de bem-estar. Os cuidados e medidas de bem-estar suportados pelas famílias são substitutivos das responsabilidades estatais. A proteção social nesses moldes segue aquilo que Esping-Andersen descreveu enquanto um "[...] modo combinado e interdependente como o bem-estar é produzido e distribuído entre o Estado, o mercado e a família" (apud Draibe, 2007, p.35), acrescidos a estes, também, o terceiro setor, como bem assinala Mioto et al. (2009, p.141):

O incremento da ideia da família como centro de proteção e com ela o amplo desenvolvimento do voluntariado, das entidades não-governamentais e o delineamento de "novas profissões" no interior das políticas sociais, inclusive nas públicas, vai favorecer não só a reativação exponencial da ideia liberal da responsabilidade da família em relação ao bem estar, como também a reativação das práticas disciplinadoras tão comuns nos séculos anteriores, principalmente em relação as famílias pobres.

A respeito disso, Pereira (2004) afirma que emerge um discurso acerca de uma parceria entre Estado, mercado e sociedade mediante o apelo da solidariedade. A esse fenômeno a autora denomina de pluralismo de bem-estar social e a família é "chamada" a exercer, em primeira instância, o papel voluntarista enquanto protetora e gestora da proteção social. A consequência desse processo é:

[...] uma estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania, já que, com o 'desvanecimento das fronteiras entre as esferas pública e privada', se alarga a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, com a conseqüente quebra da garantia de direitos". (PEREIRA, 2004, p.33).

Mioto (2004) ao analisar a centralidade da família nas políticas públicas aponta duas diferentes tendências ideológicas inseridas nesse processo, a saber: a protetiva e a familista.

A tendência protetiva, na qual a responsabilidade pública é enfatizada, aponta que a capacidade de cuidados e bem-estar da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida através das políticas públicas. (MIOTO, 2004).

Nessa proposta Mioto (2006 apud TEIXEIRA, 2011, p.8) afirma que:

[...] o trabalho social com famílias orienta-se numa dimensão de totalidade social que pressupõe que indivíduos e situações não podem ser interpretados de forma estanque no contexto familiar e social. Conseqüentemente, também os problemas e as soluções não podem ser pensados de forma isolada, relativos apenas a membros da família, contidos somente no espaço familiar, assim como os problemas de proteção social não estão restritos às famílias e, portanto, a solução deles extrapola as suas possibilidades individuais.

Já a perspectiva familista, se refere a uma tendência ideológica neoliberal em que há uma transferência da responsabilidade estatal, mediante políticas públicas, para a família. Parte do pressuposto de que a família é a responsável "nata" pelo cuidado e proteção de seus membros, tendo como co-participantes o mercado, o terceiro setor e o Estado, que intervém apenas em caso de riscos e vulnerabilidades sociais. (MIOTO, 2004; PEREIRA, 2008; SER SOCIAL 12;).

Draibe (2007) também aponta que a inserção da família na proteção social, referida como familista se expressa como:

[...] o papel desempenhado pela família no bem-estar de seus membros, por meio de transparência intrafamiliar de natureza material e imaterial, especialmente das atividades de cuidados prestados pelas mulheres. O alto valor conferido à família e o baixo grau de individuação de seus membros expressariam tal características. (DRAIBE, 2007, p.41)

No Brasil, analisando a centralidade da família na proteção social, é possível perceber a tendência familista nos tratos das políticas públicas. E conforme, Carneiro (2010), essa tendência está diretamente relacionada à redefinição do papel do Estado, do qual passa a desenvolver políticas de inserção, focalizadas nos segmentos mais vulneráveis, que se encontram em situação de desemprego, sofrendo os rebatimentos das desigualdades acentuadas pelo modelo de acumulação.

A família nesse cenário aparece como provedora da proteção social, sem no entanto, ter as condições necessárias para que isso ocorra de maneira satisfatória, ou seja, não possuem capacidade nem instrumentalização para atender às diversas expectativas e demandas geradas em torno das mesmas. (MIOTO, 2006 apud CARNEIRO, 2010). Os limites e riscos dessa institucionalização da solidariedade familiar se tornam mais evidentes quando se leva em consideração o processo de mudanças pelo qual as famílias tem enfrentado na contemporaneidade, como os novos arranjos familiares com redes sócio-familiares frágeis que dificultam a execução desse papel de corresponsáveis pela proteção social, uma vez que:

[...] para a família proteger, necessita primeiro de condições de sustentabilidade, garantidas pelo Estado, para a proteção de seus membros [...] a centralidade na família dá-se como garantia dos direitos sociais que devem ser efetivados pelo Estado, enquanto um dever, através da implementação de políticas públicas, em especial de políticas sociais, direcionadas para as unidades familiares. (CARNEIRO, 2010, p.63).

É mister destacar que, no sistema capitalista, e em especial no Brasil, essa intervenção do Estado sob a família é mediada pelo avanço dos direitos individuais e sociais:

[...] que, se de um lado, reforçam e interferem na construção de uma família anti-patriarcal, conjugal e moderna, adaptada e funcional ao modelo de desenvolvimento econômico do país, por outro, promove a progressiva emancipação dos indivíduos dos centros tradicionais de poderes; a defesa dos sujeitos mais frágeis na hierarquia familiar, como mulheres, crianças e idosos; a autonomia das famílias em relação à parentela ou comunidade e em relação às leis de mercado. (TEIXEIRA, 2010, p. 6).

Assim, as políticas públicas seguem uma tendência na qual os direitos sociais, embora frutos das pressões desencadeadas pelos movimentos organizados da sociedade, são percebidos, muitas vezes, enquanto individuais, fragmentados e setorizados deixando de considerar a realidade familiar na qual estão inseridos, o que resulta na reprodução “[...] do fetiche da mercadoria nas relações sociais, em que os problemas e os sujeitos sociais são tratados de forma segmentada.” (TEIXEIRA, 2010, p. 6).

Na mesma direção Carvalho (2002) também considera que, em se tratando do cenário brasileiro, a política social:

Absorveu os ventos do Welfare State e dos direitos sociais cunhados no mundo ocidental capitalista. Destes ventos resultou um desenho da política social extremamente setorizada, centralista e institucionalizada, elegendo o indivíduo como portador de direitos e elemento central. [...] Passou-se a fragmentar o indivíduo na forma de atenção pública. Daí o direito à habitação, ao transporte, à saúde, direito da mulher, do trabalhador, do negro, do idoso. (CARVALHO, 2002, p.95).

Feitas essas considerações, cabe mencionar que, a família sempre foi pontuada historicamente nas leis brasileiras, como é o caso da Constituição Federal de 1988 que introduz importantes avanços na área social, através de direitos e deveres sociais, reivindicados durante muito tempo pelos movimentos sociais. Dentre eles aponta a família como base de toda a sociedade e indica que a proteção social deve ser partilhada entre Estado, família e sociedade civil. Essa proteção se refere aos diversos membros da família, dentre os quais, criança, adolescente, idoso, portador de necessidades especiais:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º. O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º. O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º. Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º. Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º. Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

§ 6º. O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio, após prévia separação judicial por mais de um ano, nos casos expressos em lei, ou comprovada separação de fato por mais de dois anos.

§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º. O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BRASIL, 1988).

Outros arcabouços legais também enfatizam a família como instituição merecedora de cuidados de proteção social, a saber, dentre outros:

#### 1. Estatuto da Criança e Adolescente

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 22. Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e

fazer cumprir as determinações judiciais. (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - Lei nº 8069/1990).

## 2. Lei Orgânica da Assistência Social

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LEI Nº8142/1993).

## 3. Estatuto do Idoso

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis (ESTATUTO DO IDOSO – Lei nº10741/2003).

## 4. Sistema Único de Saúde

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (Brasil,1990).

Embora provido desse aparato jurídico, no Brasil, mesmo com esse avanço dos direitos sociais, ainda permanece a contradição entre proteger a família ou tratá-la como fonte de proteção social. Isso porque, se de um lado, ao defini-la como a base da sociedade, deve ser protegida pelo Estado, via políticas públicas, enquanto portadora de direitos sociais; de outro lado, aparece como instituição co-responsável, juntamente com Estado e sociedade, pela proteção no que diz respeito à infância, à adolescência e à velhice, deixando claro a primazia da família na proteção social. Portanto, fica evidente o princípio da subsidiariedade do Estado, no qual só intervém quando esgotadas as fontes protetivas familiares, reforçando a tendência familista no Brasil. (TEIXEIRA, 2010).

Com essa perspectiva, ocorre uma expansão de programas que inserem a instituição familiar no cenário das políticas sociais. Conforme, aponta Pereira (2004), esse enfoque da família como agente de proteção social se configura como pauta de quase todas as agendas governamentais.

Assim, de acordo com Kaloustian e Ferrari (1994, p.11), o entendimento de família nesse contexto se refere ao:

Espaço indispensável para garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes [...] A família, enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais. Por essa razão, ela demanda políticas e programas próprios, que dêem conta de suas especificidades, quais sejam, a divisão sexual do trabalho, o trabalho produtivo, improdutivo e reprodutivo, a família enquanto unidade de renda e consumo.

Para Miotto (1997, p.120), sem desconsiderar a multiplicidade de formas e arranjos familiares, a experiência e o significado que comporta, a família na contemporaneidade é definida “[...] como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas, ou não, por laços consanguíneos”.

A autora ainda afirma que:

[...] estamos diante de uma família quando encontramos um espaço constituído de pessoas que se empenham uma com as outras, de modo contínuo, estável e não-casual [...] quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações”. (MIOTTO, 2004, p. 14-15).

Carvalho (2002) ao discutir essa temática afirma que a priorização da família na agenda das políticas públicas envolve três modalidades, a saber:

5. **Programas de Geração de Emprego e Renda** – destinados às famílias pobres sem acesso ao trabalho, possibilita uma atividade laboral da qual possa retirar o sustento familiar. São na maioria implementados a nível local e possuem um alcance pequeno na geração de emprego e renda. A reforma agrária seria uma medida de maior repercussão.
6. **Programas de Complementação de Renda Familiar** – há uma diversidade de programas e mecanismos institucionais de garantia de transferência de renda direcionados a diferentes categorias da sociedade (crianças, adolescentes, idosos, órfãos, indigentes, etc.) com valor e duração dos benefícios diferenciados, objetivos e critérios de seleção também variados. A exemplos, cita-se o Bolsa Família, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>29</sup>.
7. **Rede de Serviços Comunitários de Apoio Psicossocial e Cultural** – modalidade de ação cujos objetivos são: realizar uma abordagem aos problemas individuais, dos quais rotineiramente atendidos, através da intervenção no nível de suas origens e repercussões familiares; e prestar apoio intensivo àquelas famílias das quais seus membros se encontram em situações de risco e vulnerabilidade social. A exemplos cita-se o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)<sup>30</sup>; a Estratégia Saúde da Família; o atendimento realizados nos Centros de Referências Especializados da Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPs).

---

<sup>29</sup> O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 77 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) articula um conjunto de ações para retirar crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos da prática do trabalho precoce, exceto quando na condição de aprendiz, a partir de 14 anos. O programa compreende transferência de renda – prioritariamente por meio do Programa Bolsa Família –, acompanhamento familiar e oferta de serviços socioassistenciais, atuando de forma articulada com estados e municípios e com a participação da sociedade civil. O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC), assegurado pela Constituição Federal de 1988, garante a transferência mensal de 1 salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Disponível em: <[www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br)>. Acesso em: 17 jul. 2014).

<sup>30</sup> O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é um trabalho de caráter continuado que visa a fortalecer a função de proteção das famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. (Disponível em: [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br). Acesso em 23 de agosto de 2014).

Deste modo, apesar da multiplicidade de concepção e critérios operacionais que definem família<sup>31</sup>, esses aportes conceituais supracitados e as modalidades de intervenção apresentadas acima, tem orientado as políticas públicas, em especial, a Assistência Social e a Saúde, das quais colocam a instituição familiar como espaço privilegiado da ação estatal para o desenvolvimento de programas e projetos sociais.

No que tange à assistência social, baseada na condição de sujeitos de direitos fundamentada nos aportes constitucionais e infraconstitucionais (CF/1988, ECA/1993, SUS/1990, LOAS/1993), a família é definida na Política Nacional da Assistência Social (PNAS) como:

[...] um conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e ou dependência econômica [...] como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida” (BRASIL, 2004, p.34).

A PNAS (2004) traz como um dos eixos estruturantes do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) a matricialidade familiar, cujo objetivo é a centralidade na família, garantindo a proteção social por meio do acolhimento das necessidades de seus membros, incentivando o convívio familiar e comunitário. Tal instituição se constitui o principal alvo da política de assistência social. Como bem pontua Teixeira (2010, p.13):

Uma das inovações da política é a matricialidade sociofamiliar, em que se dá primazia à atenção às famílias e seus membros a partir do território de vivência, com prioridade àquelas mais vulnerabilizadas, uma estratégia efetiva contra a setorialização, segmentação e fragmentação dos atendimentos, levando em consideração a família em sua totalidade, como unidade de intervenção; além do caráter preventivo da proteção social, de modo a fortalecer os laços e vínculos sociais de pertencimento entre seus membros, e romper com o caráter de atenção emergencial e pós-esgotamento das capacidades protetivas da família.

No que se refere à saúde, cabe mencionar que, a valorização da família no sistema de proteção social brasileiro foi instituída ao longo da história dessa política.

Em 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), já inseria a família na política ao instituir a visita domiciliar em suas atividades rotineiras, embora a ênfase fosse a atenção individualizada.

---

<sup>31</sup> Como já mencionamos não é objetivo da presente pesquisa esgotar as concepções de família em todos os seus aspectos e complexidade.

Na década de 1970, havia uma preocupação no que diz respeito ao controle da natalidade e, portanto, as famílias (apesar da evidente a segmentação social) passaram a ser alvo de políticas que tinham como objetivo o planejamento familiar.

No entanto, é só a partir de 1980 que os programas voltados para atendimentos das famílias ganham maior notoriedade nas políticas públicas, em especial a da saúde. As igrejas se anteciparam ao Estado e desenvolveram ações direcionadas aos grupos familiares, como exemplo, a Pastoral da Criança<sup>32</sup> e a Sociedade de São Vicente de Paulo<sup>33</sup>. Quanto à intervenção estatal destaca-se, nesse período, as associações de pais e mestres e os cursos de gestantes desenvolvidos nos clubes de mães. (RIBEIRO, 2004).

Com a promulgação da CF/1988 e a criação do SUS, juntamente com seu arcabouço legal, a saúde ganhou status de direito compondo o tripé da Seguridade Social em conjunto com a Previdência e a Assistência Social, tornando-se política universal de direitos de todos e dever do Estado, sendo que a família passou a ser co-responsável pela proteção dos seus membros, como já abordado anteriormente.

Em 1994 é criado o Programa Saúde da Família (PSF), sob influência do que acontecia mundialmente, visto que a Organização das Nações Unidas (ONU) elege esse período como o Ano Internacional da Família, ocorrendo o fortalecimento da temática nas políticas de saúde e sociais em todo o mundo.

Conforme Goulart (2007), foi nesse ano que houve uma valorização acentuada dos conceitos de família e comunidade no que diz respeito à política de saúde, sendo influenciada por alguns fatores dentre os quais, o aumento da criminalidade praticada por adolescentes; as epidemias de cólera e dengue e a forma do tratamento dado a estas que romperam com o modelo tradicional de assistência vigente. O autor afirma, ainda, que estes fatores concorreram para o “[...] advento de um ‘clima cultural’ propício para determinadas inovações das políticas sociais.” (GOULART, 2007, p.73), como exemplos o Programa de Agentes Comunitários e o Programa Saúde da Família

---

<sup>32</sup> A Pastoral da Criança desenvolve, desde a década de 1980, ações de cunho filantrópico cujo objetivo é a promoção do desenvolvimento integral de crianças entre 0 a 6 anos de idade em seu ambiente familiar e em sua comunidade.

<sup>33</sup> A Sociedade de São Vicente de Paulo na década de 1980 desenvolvia ações filantrópicas voltadas para a promoção e desenvolvimento da saúde das famílias consideradas vulneráveis socialmente.

O PSF, como já comentado no decorrer desse estudo, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa destinado à promoção da saúde e à prevenção de doenças, tendo como alvo de ação e meta de resultados para a inclusão social, a família. O programa foi inspirado em experiências estaduais e regionais que tiveram um bom êxito na sua implementação como é o caso do Programa de Agentes comunitários (PACS), desenvolvido em 1987, no Estado do Ceará, e o Programa Médico da Família, no Rio de Janeiro, em 1992<sup>34</sup>.

O referido programa, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tem a finalidade de reestruturar a atenção em saúde, mediante a prestação de ações e serviços no primeiro nível de assistência, ampliando a atenção básica e reorganizando o cuidado com os usuários dos serviços.

A Saúde da Família passou a ser adotada no Brasil enquanto política de atenção básica nacional prioritária e representa a estratégia de maior abrangência em todos os municípios brasileiros. Cabe lembrar que o objetivo desse modelo é prestar de forma contínua e integral as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. (BRASIL, 2001).

A ESF propõe ainda:

[...] estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. (BRASIL, 2006, p.20).

Ao ser inserida como protagonista dessa política, a família, então, passa a ser o foco central da atenção básica à saúde, visto que se apresenta com papel importante e determinante nos processos de saúde-doença, uma vez que influencia diretamente nos hábitos alimentares, no estilo de vida, nos comportamentos sociais, representando o nicho sócio - sanitário e cultural do indivíduo.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1997, p.8).

---

<sup>34</sup> Um maior detalhamento será dado acerca de tais programas no capítulo seguinte dessa pesquisa.

Importa mencionar, ainda, que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, coloca a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social em que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se efetiva a luta pela sobrevivência e pelas condições de vida (BRASIL, 2006b). Assim, há que se considerar um avanço da política de saúde com a inclusão da família como espaço estratégico de atenção básica, uma vez que o foco não é mais o indivíduo.

No entanto, infere-se que ao colocar a família como protagonista das políticas públicas, que ora é vista como unidade primordial na proteção dos seus membros, ora como unidade parceira do Estado para desenvolver suas funções, em ambos os casos, há uma tendência em culpabilizar/responsabilizar a família pelo processo saúde/doença. A consequência dessa relação é que, muitas vezes, “[...] a noção de que a família é o principal responsável pela saúde de seus membros vem antes de qualquer política efetiva de fortalecimento familiar.” (FONSECA, 2005, p.58).

Soares (2000, p.2) é bem elucidativa com relação a essa questão ao asseverar que, as políticas sociais e, em especial de saúde, na atualidade perderam, sua dimensão integradora:

[...] caindo numa visão focalista onde o *local* é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais ‘eficientes’ e acordes às necessidades da população (não por acaso reduzida hoje a ‘comunidade’. Retrocedemos a uma visão ‘comunitária’ onde as *pessoas e as famílias* passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem estar. Por trás de um falso e importado conceito de ‘*empowerment*’ está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza. Este é o contexto onde se desenrola a atual Política de Saúde hoje no Brasil, o qual não pode ser ignorado sob pena de cairmos no reducionismo de soluções tecnocráticas para o setor saúde e na aceitação acrítica de programas federais verticais e autoritários travestidos de ‘inovadores’ e ‘modernos’.

Pereira (2004) afirma que as políticas e programas voltadas para o cuidado das famílias devem ter como primazia o fortalecimento dessa instituição, já que:

[...] o objetivo da política social em relação à família, ou ao chamado setor informal, não deve ser o de pressionar para que elas assumam responsabilidades além de suas forças e alçadas, mas o de oferecer-lhes alternativas realistas para participação cidadã. (PEREIRA, 2004, p.40).

Elucida-se, portanto, que embora a família ocupe essa centralidade na atualidade, ganhando destaque na política de saúde, não implica afirmar que se chegou a um estado de superação de preconceitos, de eficiência nos serviços

prestados e de garantia de direitos a essa instituição. Ainda há muitos obstáculos a superar e limites a alcançar (FONTENELE, 2007).

Essa temática será retomada mais adiante, quando será abordado acerca da engenharia da política.

Será tratado no próximo capítulo especificamente da Estratégia Saúde da família.

#### **4 AVALIAÇÃO POLÍTICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: a particularidade da estratégia saúde da família**

No presente capítulo será tratado especificamente a avaliação política da política de atenção básica, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tanto, o primeiro item remete à avaliação propriamente dita, destacando os elementos de cunho político, ideológico e econômico que deram embasamento a construção da ESF pelos seus formuladores, assim como as suas diversas concepções. Já a segunda parte, trata da análise do desenho da política, tomando como base as diretrizes operacionais e o financiamento da ESF.

##### **4.1 ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

###### **4.1.1 A ESF: do movimento ideológico à ação política**

Apesar de possuir características próprias, a formação das ideias que deram origem à Saúde da Família no Brasil sofreu influências de valores, princípios e atributos tanto da Medicina Comunitária quanto da Medicina Familiar de diversos contextos externos ao país. Embora tais paradigmas apresentem alguns princípios considerados universais, cada sistema de saúde possui a sua singularidade devido às peculiaridades locais onde é implantado.

A efervescência de ideias em torno da Medicina Comunitária e da Familiar é identificada a partir dos anos de 1960, nos Estados Unidos.

A Medicina Comunitária, seguindo orientação dos princípios preconizados no Relatório de Dawson, nos quais os serviços de saúde deveriam ser de natureza preventiva e terapêutica, direcionados aos indivíduos e às comunidades, se estruturou

a partir das áreas do conhecimento de epidemiologia e vigilância à saúde, propondo ações coletivas de promoção e proteção à saúde. (GOULART, 2007).

Entretanto, Franco e Merhy (1999) chamam a atenção para o fato de que tal proposta, na verdade, buscava alternativa para os altos custos dos serviços médicos americanos, dos quais limitavam o acesso dos mesmos de grande parte da população.

É nesse sentido, que a Medicina Comunitária é implantada por agências governamentais e universidades americanas, sendo considerada como parte da “[...] chamada guerra à pobreza [...]. Esses programas baseavam-se na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época.” (FRANCO; MERHY, 1999, p.17).

Cumprir enfatizar que, mesmo incorporando ações de cuidados preventivos direcionados à comunidade e criando equipes multiprofissionais, Franco e Merhy (1999), apontam que não houve, na prática, grandes mudanças significativas, posto que, até hoje o processo de trabalho continua centrado no médico e nas tecnologias específicas (raios-x, ressonâncias, exames computadorizados, cirurgias, e dentre outros).

Mais tarde os fundamentos teóricos, políticos e ideológicos da Medicina Comunitária foram consagrados e difundidos na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978.

A Medicina Comunitária passou, nesse evento, a ter uma outra roupagem, com novas bases (promoção e prevenção da saúde), tendo suas ideias incorporadas ao paradigma proposto: a atenção Primária à Saúde. Conforme Goulart (2007, p.68), o relatório final da Conferência tornou-se elemento fundamental “do proselitismo dos organismos internacionais, não só sanitários como de fomentos econômico, junto aos países periféricos”. As propostas, portanto, se disseminaram em diversos países que buscavam uma reforma na política de saúde.

No que diz respeito à Medicina Familiar, importa destacar que nos Estados Unidos, ainda na década de 1960, houve um resgate de programas focados na assistência à saúde do grupo familiar, caracterizado como um movimento político que objetivava mudança no modelo assistencial. Cabe salientar, entretanto, que o Estado era responsável apenas por ações referentes à vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, controle de doenças de impacto coletivo (hanseníase, tuberculose,

etc.), sendo que outras ações de maior complexidade era de responsabilidade do mercado. (COELHO, 2008; GOULART, 2007).

É ainda nesse mesmo ano que a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica um documento intitulado *Traininig of the Physician for Family Practice*, no qual apresenta as diretrizes da medicina familiar, a saber: “acesso direto da clientela; continuidade de atenção; cuidado ao grupo familiar; ênfase da prevenção e promoção; responsabilização profissional; provimento de capacitação e atividades de pesquisas” (GOULART, 2007, p.69).

Posteriormente, em 1966, também nos Estados Unidos<sup>35</sup>, tem-se uma vasta produção de documentos que descrevem as práticas da medicina familiar, ocorrendo uma incorporação desse modelo como política federal na formação profissional dessa especialidade.

A Organização Mundial de Saúde passou a incentivar a prática da atenção primária e da Medicina Familiar, propondo às Universidades de diferentes países mudanças curriculares no curso de medicina. Havia uma preocupação com a formação profissional vigente que, baseada no modelo flexneriano<sup>36</sup>, acarretou na superespecialização e fragmentação da formação médica.

---

<sup>35</sup> Importa dizer que nos Estados Unidos a Medicina Familiar não é atualmente o modelo predominante, mas há um movimento que busca a revisão do modelo vigente, baseado nas especialidades, cujos custos se mostram caros e apresentam pouca efetividade. (GOULART, 2007; SOUZA, 2007).

<sup>36</sup> O paradigma flexneriano consolida-se pelas recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie. “Expressa-se por meio de um conjunto de elementos que coexistem, se completam e se potenciam e que são: o mecanismo, o biológico, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo [...] é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença” [...] (MENDES, 1999, p.238-239). Esse modelo fragmenta o ser humano, ao focalizar a atenção na ‘parte afetada do corpo’, e influencia não apenas a medicina, mas o conjunto das profissões de saúde, em maior ou menor grau, bem como a organização do trabalho coletivo institucional (PIRES, 2009). Filho (2010) caracteriza tal modelo da seguinte forma: “do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinabilidade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde.

As propostas deram ênfase no cuidado primário em saúde nas populações locais, incentivando o abandono aos ambientes fechados em detrimento de programas de estudos e práticas voltados para a educação médica comunitária e familiar.

A partir de então, muitas experiências foram realizadas em outros países dos quais estabeleceram em suas universidades de medicina programas de pós-graduação para médicos de família, como é o caso do Canadá, Dinamarca, Espanha, México, Venezuela, Argentina e dentre outros.

Esse movimento internacional, do qual levou a implementar propostas de saúde da família em muitos lugares, é de cunho ideológico, dado sua constituição “a partir de um conjunto de práticas que busca substituir a formação especializada e técnica dos médicos por uma outra alternativa, que propõe a atenção integrada e completa.” (GOULART, 2007, p.70).

Tal fundamento ideológico, denominado por Paim (1985) de movimento de medicina da família, se acentua na América Latina, e em especial no Brasil, a partir da década de 1970 por meio da intensificação do debate no meio acadêmico.

As propostas de medicina familiar no Brasil foram marcadas pela existência de conflitos ideológicos por meio de “[...] embates travados nos processos de credenciamento perante o Ministério da Educação, na Comissão Nacional de Residência Médica”, das modalidades de residência de Medicina Preventiva e Social (MPS) e de Medicina Geral e Comunitária (MGC.). (GOULART, 2007, p.72). Se por um lado a MPS preconizava uma ação racionalizadora na organização dos cuidados de saúde, por outro lado, a MGC valorizava os conteúdos clínicos na formação médica, inspirava-se, portanto, no modelo americano de medicina de família.

No cerne dessas propostas houve claramente um conflito de posições entre o saudosismo e o racionalismo:

Registram-se, no caso, vertentes de interpretação mais ‘saudosistas’, de resgate histórico de antigas práticas sepultadas pela tecnificação e pela mercantilização da medicina, de um lado, em contraposição a outras concepções mais ‘racionalizadoras’ e preocupadas, por exemplo, com a redução de custos, com o impacto das tecnologias, bem como com a pressão da população pela reorganização dos serviços de saúde. (PAIM, 1986 apud GOULART, 2007, p.71).

Instituições como Organização Mundial da Saúde (OMS), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), FIOCRUZ e o próprio INAMPS centravam seus esforços na defesa de uma formação de médico de família, enfatizando a

humanização da medicina e o combate ao especialismo, sem contudo, discutir questões relacionadas a determinantes sociais na relação saúde/doença ou acessibilidade aos serviços prestados.

Além disso, o contato com os programas de treinamento da medicina familiar adotados nos Estados Unidos e México indicou que:

[...] a proposta e a prática dessa medicina familiar nesses países, eram inconsistentes com a orientação teórico-metodológica alcançada pela medicina Preventiva e Social e com as tendências recentes de política de Saúde no Brasil; não obstante, as residências em Medicina Preventiva e Social sofreram, no início da década de 80, uma intensa pressão para optarem pela 'medicina geral comunitária' ou 'medicina familiar'. (Paim, 1985, p.19).

A Medicina Comunitária teve maior repercussão em países pobres da América Latina devido à política externa norte-americana, haja visto que, segundo Bravo (1998, p.37)

[...] para o redimensionamento da dominação nas relações externas, um programa de assistência técnica aos países pobres latino-americanos foi financiado pelos Estados Unidos. Para promover o controle social e evitar o comunismo, o programa Aliança para o Progresso teve como proposta atacar o subdesenvolvimento como uma pluralidade de projetos econômicos e sociais que contam com a participação de assistentes sociais, médicos e outros profissionais. O objetivo implícito era atenuar as contradições das sociedades capitalistas periféricas e eliminar as ameaças à instabilidade dos Estados Unidos como centro hegemônico”.

A autora ainda destaca que a proposta desse paradigma é considerada como um desdobramento de Programas de Desenvolvimento de Comunidade<sup>37</sup>, possuindo um caráter dual, uma vez que, de um lado, representou um avanço significativo quanto à intervenção social sobre grupos considerados marginalizados (embora com ações pontuais e curativas), por outro lado, se caracterizou como um instrumento da reprodução da força de trabalho, favorecendo o acúmulo capitalista do modelo predominante de saúde: a medicalização. Ademais, tem-se um deslocamento das questões da política de saúde da esfera estrutural para a individual,

---

<sup>37</sup> No discurso do governo da época, o Desenvolvimento de Comunidade foi definido como um processo através do qual os esforços do próprio povo se uniam aos esforços das autoridades governamentais, com fim de melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente para o processo do país. Souza (2010, p.43), assinala que “o reconhecimento oficial do desenvolvimento comunitário é um importante elemento para a sua institucionalização. Nas justificativas e discursos que são formulados, a perspectiva é a do reconhecimento e valorização da ação comunitária; a nível da prática, no entanto, a tendência dominante é, tão somente, pôr em destaque a sua instrumentalidade desligada da demanda comunitária. A demanda privilegiada é aquela que responde às exigências de modernização e desenvolvimentismo que algumas nações tentam implementar. Apesar da tendência dominante assumida pelo DC, algumas práticas retomam a dinâmica da ação comunitária como característica básica desse processo metodológico”.

responsabilizando o sujeito pelos problemas de saúde decorrentes de falta de recurso, de higiene pessoal e dentre outros.

É certo que, no Brasil, as propostas de Medicina Familiar e a de Medicina Comunitária não chegaram a se constituir enquanto alternativa crítica ao modelo de educação médica no país e nem tão pouco trouxeram mudanças significativas para o sistema de saúde. Havia, então, um forte apelo ideológico e fraca operacionalização concreta, inexistindo, como aponta Paim (1986 apud GOULART, 2007, p.73), “[...] posições mais realistas e criativas[...]” das quais pudessem priorizar a atenção primária e reconhecer a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Na verdade, esse movimento internacional do qual gerou propostas de Medicina Familiar e Comunitária foi interpretado como mais um movimento ideológico visando “[...] responder aos impasses e questionamentos sobre o modelo dominante de assistência médica, sobretudo no que se refere aos altos custos, sofisticação tecnológica e superespecialização do cuidado.” (PAIM, 1985, p. 36).

Como afirma Goulart (2007, p.73), na origem desse movimento:

[...] a lógica capitalista orienta o complexo médico-industrial, escamoteando as estruturas de poder na saúde, dissimulando, além do mais, a ideologia dominante no saber médico e obscurecendo os determinantes da produção das doenças.

É, portanto, no cerne desses embates que desponta o Movimento de Reforma Sanitária e o anseio pela reforma do sistema de saúde no qual todo cidadão teria direito à saúde.

A agenda de reformas ganha impulso e concretização com a redemocratização do país, a partir dos anos de 1980, gerando possibilidades para uma ação concreta, passando a envolver interesses e propostas de outros atores na arena política. Nesse momento os sujeitos envolvidos na formulação da política não se limitavam apenas às academias, organismos internacionais e órgãos governamentais, mas contavam com os usuários da política de saúde e os próprios municípios.

Portanto, as transformações geradas no país a partir desse processo de redemocratização, conseguiram:

[...] retirar as propostas de mudança na saúde de um limbo de forte polarização ideológica e fraca operacionalização concreta, para um estatuto diferenciado, de programas oficiais, respaldados não só normativamente, mas também tecnicamente, pelos próprios serviços de saúde, pelas universidades e centros de pesquisa e ainda, socialmente, por parte de segmentos organizados de usuários do SUS. A implantação das reformas do sistema de saúde no Brasil, na década de 80, [...] com a consequente

municipalização das responsabilidades, por certo representou um estímulo fundamental para que os fenômenos de oficialização e ampliação de tais programas acontecesse. (GOULART, 2007, p.74).

Além disso, outros fatores foram determinantes para o delineamento da política de atenção básica com foco, em especial, em programas cuja centralidade é a família: a realização de intercâmbios de modelos com outros países; o desenvolvimento da capacidade formuladora dos organismos gestores; a participação social; a valorização da família em nível internacional nas políticas sociais; a intensa movimentação política e social pela reforma da saúde no país; a ampliação da atuação municipal na saúde; e a consolidação de um arcabouço jurídico-legal para o sistema de saúde, por meio de leis, portarias, normas operacionais básicas, dentre outras. (BRAVO, 2006; GOULART, 2007; PAIM, 1985).

Embora a Saúde da Família, enquanto proposta maior da atenção básica, só adquira status de política pública federal a partir dos anos 1990, os programas de atenção à família surgem ainda na década de 1980.

Dentre as inúmeras experiências pioneiras consideradas importantes que repercutiram nos programas atuais e inspiraram as práticas comunitárias no Brasil e a ênfase do cuidado na família, destaca-se a Residência em Medicina Geral e Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e a Unidade de São José de Murialdo, ambos em Porto Alegre, no qual era desenvolvido um trabalho de saúde comunitária enfocando práticas de educação em saúde para profissionais acerca de diferentes temáticas; e a do Médico de Família da Fundação Municipal de Saúde, de Niterói, baseado no modelo cubano, mas que não havia agentes comunitários de saúde.

O próprio Ministério da Saúde reafirma o acima mencionado:

Para todo o Brasil as experiências que serviram de inspiração foram a do grupo de pioneiros do Hospital Conceição, em Porto Alegre, e a da cidade de Niterói, que implantou seu modelo com assessoria do Ministério de Saúde de Cuba. (BRASIL, 1996, p.6).

Além dessas iniciativas, também é importante mencionar que o Programa Saúde da Família (PSF) teve forte influência de movimentos dentro das universidades brasileiras, de modelos internacionais, bem como de iniciativas de entidades não-governamentais, como é o caso da Pastoral da Saúde e da Criança da Igreja Católica.

Entretanto, os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pode ser considerado o precursor e incentivador da Saúde da Família no Brasil. Como aponta Goulart (2007, p.78), esses programas são “herdeiros das propostas de

atenção primária à saúde, adscrição de clientela e extensão da cobertura, dentro do figurino definido na reunião de Alma Ata”.

Os PACs, criado inicialmente no Ceará, em 1987, como um programa estadual emergencial, buscava oferecer respostas suficientes para a situação da “seca”<sup>38</sup> e diminuir as mortalidades infantil e materna. Mais tarde, Mato Grosso e Paraná aderiram a esse modelo, e, posteriormente, passou a ser implantado nos Estados do Norte e Nordeste. Tal programa, segundo Ronzani e Stralen (2003), já objetivava o abandono do enfoque reducionista da prática médica profissional, não centrando apenas na intervenção médica, e buscava uma aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade.

Em 1991 essa experiência foi institucionalizada como política de âmbito nacional, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde, fazendo parte da Rede de Atenção Básica da Saúde. O seu objetivo geral consistia em melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde.

O PACS também introduziu uma visão mais ativa de intervenção na saúde, uma vez que a finalidade é o profissional não esperar a demanda surgir para agir, mas atuar preventivamente, constituindo-se em instrumento real de organização de demanda. Esse modelo trouxe importantes contribuições na organização dos sistemas de saúde local, uma vez que incentiva a criação dos conselhos de saúde, bem como a participação popular nessa política, assim como os fundos municipais de saúde, já que são pré-requisitos para a implantação da política. (BRASIL, 1994; DAL POZ, 1998).

Embora apresentasse em alguns aspectos resultados satisfatórios, o PACS ainda se limitava às orientações e cuidados realizados por pessoas da própria comunidade que haviam sido treinados para esse fim. Ademais, esse modelo de intervenção encontrava limites na execução dos serviços locais, pois se de um lado, perdurava o modelo anterior das unidades de saúde com enfoque predominantemente

---

<sup>38</sup> As ações dos agentes comunitários eram desenvolvidas através das visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde, dos quais objetivavam promover educação em saúde, controle de infecção respiratória, acompanhamento do crescimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, fornecimento de medicamentos, controle de vacinação, dentre outros (BRASIL, 1994).

curativo, de outro, esbarrava-se na questão de redução dos gastos impostas pela política neoliberal.

Como destaca MENDES (2012, p.76):

O PACS, tomado isoladamente, constituiu uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS. Sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade. Percebendo isso, o município cearense de Quixadá, no governo Hilário Marques, desenvolveu uma experiência pioneira de APS que agregava aos agentes comunitários de saúde médicos e enfermeiros generalistas, formando uma equipe que trabalhava com populações adscritas territorialmente e organizadas em famílias. Esse modelo cearense serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no início de 1994, como política oficial da APS no País, o PSF.

A atenção básica, de acordo com o discurso oficial do governo, necessitava avançar, organizando e estruturando os serviços nesse nível de saúde. É nesse sentido que surge uma discussão em torno de uma ampliação e qualificação do PACS. Somados a isso, a década de 1990 trouxe um enfoque maior acerca do cuidado familiar e comunitário nos serviços de saúde. A ONU elegeu em 1994 como sendo o Ano Internacional da Família, o que influenciou as políticas sociais de diversos países a valorizar as questões referentes à família e à comunidade. Esses determinantes culminaram na criação do Programa Saúde da Família (PSF).

Cumprir destacar que, tanto o PACS quanto o PSF foram inspirados pelos modelos de atenção básica cubano, canadense e inglês<sup>39</sup>, mas levando em consideração as características da realidade brasileira, o que faz com que tenham aspectos peculiares que os diferenciam das demais experiências internacionais.

Importa mencionar ainda que, no início da implantação, tais programas já demonstravam uma tendência em aproximar a assistência institucional da não institucional, com vistas à criação de uma rede de solidariedade primária. (RONZANI; STRALEN, 2003).

A visibilidade e discussão necessária para incluir o PSF na pauta da agenda governamental teve início em uma reunião ocasional, em setembro de 1993, na qual estavam Halim Antônio Girade, médico, técnico do UNICEF e assessor do Ministro da Saúde; Oscar Castillo, representante oficial do UNICEF no Brasil; e Henrique Santillo, Ministro da Saúde. Na ocasião, foi elaborado o documento com a proposta para a implantação do Saúde da Família, e ficou acordado que o Ministro da Saúde teria a responsabilidade de apresentá-lo ao então Presidente da República

---

<sup>39</sup> Tais países alcançaram níveis satisfatórios de qualidade nos serviços prestados em saúde.

Itamar Franco com vistas ao apoio político para a incorporação dessa ideia na agenda governamental. (BRASIL, 2010).

Viana e Del Poz (1998) destacam que o PSF introduziu um novo tipo de aliança na política de saúde ao unir diferentes atores formuladores dessa política que foram de fundamental importância na fase de formulação do programa, a saber: técnicos do MS, gestores locais, organismos internacionais, técnicos externos à área da saúde e associações de comunidades. Estas exerciam pressões no sentido de dar continuidades às ações já iniciadas pelo PACS.

Os autores afirmam ainda que:

Tal aliança se constituiu “em cima” do desenho da política, isto é, da proposta do programa de superação dos modelos tradicionais de operar ações de saúde (inovações nos tipos de contratos de profissionais, nos perfis profissionais, nos tipos de remuneração, nas práticas, etc), apoiando-se mais nas comunidades (objetos das ações), ao envolvê-las na política de maneira distinta. Assim, foi possível desenvolver novos tipos de parcerias – nacionais e internacionais – baseadas no espaço local, no município e no aprofundamento da descentralização. Esta é vital para o estabelecimento dessa aliança. (VIANA; DEL POZ, 1998, p.16).

Na arena política da formulação do PSF, essa aliança foi necessariamente importante para dirimir outros atores políticos que a princípio se mostravam contrários à proposta, como é o caso do Conselho Federal de Medicina e de Enfermagem, a Associação Brasileira de Enfermagem, dos quais temiam que o mercado de trabalho de médicos e enfermeiros fossem atingidos; e a Pastoral da Saúde, que desenvolvia atividades de saúde comunitária e a princípio, negou-se a contribuir com o cadastramento da comunidade no programa.

Destarte, o Programa Saúde da Família foi formulado, no Governo Itamar Franco (1992-1994), a partir de reuniões ocorridas em 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, sobre a temática Saúde da Família. Estiveram presentes nestes encontros 18 profissionais, dentro os quais, o Ministro da Saúde Henrique Santillo, técnicos do Ministério da Saúde, alguns Secretários Estaduais e Municipais, consultores internacionais, e membros do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>40</sup>, bem como representantes das experiências pioneiras, a fim de discutirem uma proposta nacional

---

<sup>40</sup> O UNICEF era a instituição mais interessada em apoiar programas de atenção básica. A OPAS se restringia, conforme Viana e Dal Poz (1998, p.10), “às propostas de desenvolvimento de sistemas locais de saúde (distrito sanitário) e de referências bastante vagas sobre atenção primária”.

para atenção básica no Brasil. Nesse momento, foram definidas as bases do que seria o PSF, reunindo as principais ideias daquelas já existentes em algumas regiões.

Inicialmente seria chamado de Medicina ou Médico de Família, mas por influência de um documento apresentado ao Ministério da Saúde com vistas ao financiamento de uma Residência Universitária em Saúde da Família, no Ceará, passou a ser denominado como PSF.

Apesar da formulação técnica ter sido elaborada e aprovada no ano anterior, é só em 1994 que oficialmente o Ministério da Saúde lança o PSF com a formação das primeiras equipes de saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. É desenhado com base nos princípios do SUS, com o intuito de reorganizar o modelo assistencial brasileiro em substituição ao modelo anterior, do qual é descrito pelo Ministério da Saúde como:

Baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrado no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades, e de relação custo benefício desvantajosa. (BRASIL, 1996, p 17).

O quadro abaixo sintetiza as características tanto do modelo clássico quanto o modelo de centralidade da família:

Quadro 1 - Modelo Clássico e Modelo de atenção Integral à Saúde da Família

<b>MODELO CLÁSSICO</b>	<b>MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DA FAMÍLIA</b>
Centra atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente na demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrados no médico	Saber e poder centrados na equipe
Geralmente limitado à ação setorial	Promove ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajosa	Relação custo-benefício otimizada

Fonte: Elaborado pela autora, segundo Brasil (1996, p.6).

Cumpra apontar que o contexto político, econômico e social em que emerge o PSF não se caracteriza como um dos mais favoráveis.

Os anos de 1990 são marcados por poucos investimentos na área da saúde, inclusive com queda no seu financiamento, agravados pelos marcos dos ajustes neoliberais introduzidos nesse período, além da ineficiência e ineficácia da política, gerando insatisfação dos usuários com o sistema.

Ademais, assistia-se aos primeiros passos do SUS e a aprovação das Leis Orgânicas (Lei 8080/1990 e Lei 8142/90) e das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB/91 e NOB/93), das quais implicaram em mudanças significativas na condução da política, já mencionadas anteriormente nesse trabalho.

Em 1993 tem-se a mudança do condutor institucional da política de saúde. O INAMPS, por conta dos escândalos de fraudes, é extinto e o Ministério da Saúde passa a ser a instituição responsável por essa política.

Somados a isso, vivia-se um momento de incapacidade das políticas públicas no Brasil no que tange ao trato das demandas sociais. Além de que, os impactos da reestruturação produtiva e da contratualização moderna do trabalho, aprofundava o chamado processo de exclusão social.

Do ponto de vista político, o país atravessava uma crise que culminou no impeachment do Presidente Fernando Collor de Mello, e Itamar Franco assume a presidência em 1993.

No que diz respeito à política econômica, encontrava-se em sérias dificuldades para inserir-se na nova lógica do capitalismo mundial, dada a sua incapacidade do crescimento econômico e na concorrência no mercado internacional, pois conforme Carvalho (1995, p.67), se resumia numa “[...] luta inglória contra a inflação, impondo sacrifícios adicionais à população pobre, que já sofre com as menores rendas.”

A pobreza estava em bastante evidência no Brasil, com forte dimensão frente à incapacidade do Estado em combatê-la e ao aumento da desigualdade e do desemprego gerado pelas mudanças no mundo do trabalho.

Eram notórios os impactos da política neoliberal ao se constatar o agravamento da miséria e da exclusão social, que em conformidade com o Mapa da Fome, elaborado pelo IPEA em 1993, o Brasil chegou aos anos de 1990 com 10 milhões de desempregados, 31,7 milhões de indigentes e 60 milhões excluídos do consumo, da produção e da cidadania.

É no bojo dessas transformações que surge o PSF. Inicialmente a implantação ocorreu em áreas consideradas de risco, sendo utilizado o MAPA da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), enquanto critério para a definição das mesmas e, posteriormente, passou a abranger os municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil. (VIANA; DAL POZ, 1998).

É fato que o PSF já nasceu como um programa focalizado em uma população mais pobre. A argumentação do governo na época apontava que era essa a “[...] possibilidade que a conjuntura de 1994 permitia.” (BRASIL, 2010), visto que, o montante de recursos financeiros era pequeno para a sua implantação. Conforme Souza (2008, p.32), também “[...] inexistia uma estratégia para preparação dos profissionais requeridos.”

Faz-se necessário aqui realizar uma contextualização. O PSF surge nos anos de 1990, cujo cenário é o de contrarreformas das políticas sociais, tendo o Banco Mundial (BM) como protagonista das orientações nessas políticas.

As agências internacionais como o BM, em contrapartida à disponibilidade de empréstimos, através de uma lógica neoliberal, ofertam um conjunto de orientações de como seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento, sugerindo as reformas dos sistemas de saúde e das atribuições do governo nesse setor. Embora não haja um alinhamento e aceitação incondicional das propostas do BM pelo Ministério da Saúde, para conseguir respaldo político e aprovação dos empréstimos, o governo tem que demonstrar que as políticas adotadas se aproximam das “[...] diretrizes gerais preconizadas pelos organismos internacionais, as quais configuram o quadro de desenvolvimento dos capitalismo internacional”. (RIZZOTTO, 2000, p.90).

Para o Banco Mundial, os governos de países periféricos devem reduzir os gastos públicos, através do controle dos custos, em especial nas políticas sociais.

As sugestões e determinações contidas em documentos dessa agência internacional influenciaram diretamente a área da saúde, sendo incorporadas aos discursos dos representantes políticos, tornando-se estratégias prioritárias do governo, no caso da política de saúde, em especial o PSF.

O BM elaborou três documentos<sup>41</sup> com orientações para o setor saúde no país. Um destes, intitulado *Brasil: novo desafio à saúde do adulto* de 1991, traz uma série de determinações para a saúde, (que se opõem tanto às conquistas da CF/1988, quanto às diretrizes do próprio SUS) dentre as quais aponta-se a sugestão de discriminação do acesso por meio de uma política focalizada, ferindo o princípio da universalidade; e a centralidade da atenção básica com a restrição do acesso à medicina curativa, contradizendo a integralidade e equidade, como demonstra o texto a seguir:

[...] os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação [...]. Muitas, se não a maioria das ações prioritárias de saúde pública devem ocorrer fora do “sistema de tratamento de doenças” (...). Como os custos deste tratamento são muito altos, o racionamento dos serviços médicos é inevitável. (BANCO MUNDIAL apud RIZZOTTO, 2000, p.167).

Deste modo, não há como negar que o PSF é uma iniciativa do governo que se aproxima das determinações do BM, seguindo a lógica da proposta de Reforma do Estado brasileiro através de uma delimitação do papel do Estado, com políticas focalizadas, assistenciais e seletivas, direcionadas àqueles grupos de maior vulnerabilidade social que não podem dispor de recursos para buscar um atendimento na rede privada. Esse tipo de iniciativa esvazia o caráter universal da política de saúde, já que ao mercado cabe o “[...] fornecimento de serviços coletivos acessíveis de acordo com o poder de compra de cada indivíduo.” (CORREIA, 2007, p.18).

O Estado passa a investir numa política de saúde que seja menos onerosa aos cofres públicos, como é o caso da atenção básica, assim como na racionalização da média e alta complexidade, flexibilizadas ante o interesse do capital, a exemplos das indústrias farmacêuticas e tecnologias do setor (equipamentos, disponíveis à iniciativa privada).

A esse respeito RIZZOTTO (2000, p. 175) assinala que:

[...] cria-se um sistema privado de serviços sociais de alto nível, financiado pelos estratos de maior renda e à eles destinados e, de outro lado, implementa-se um sistema estatal, com parco orçamento e fornecimento de alguns serviços básicos destinados aos mais pobres.

---

<sup>41</sup> Esses documentos foram: *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*, de 1991; *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*, de 1995; e *Governança do Sistema de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos*, de 2007. (RIZZOTTO, 2000).

Tem-se, portanto, um alastramento da política neoliberal, ocorrendo por meio de um processo de desmontagem do Estado, com redução dos gastos públicos na saúde em detrimento de uma política de ajuste fiscal.

Concorda-se com Correia (2007, p.18) que, há uma:

[...] crescente tendência da utilização do fundo público para o financiamento da acumulação de capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho. O que está em curso é o repasse dos custos de reprodução do capital para o conjunto da sociedade e para o próprio trabalhador, transformando-o em cidadão-consumidor.

Por outro lado, no interior do Ministério da Saúde, não havia muita crença de que a proposta que nascia no berço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pudesse um dia vingar. Entretanto, os formuladores do PSF acreditavam que a atenção básica pudesse ser organizada por meio desse modelo que emergia: reestruturando as formas de funcionamento de centros, postos e Unidades Básicas de Saúde, no contexto da descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

O primeiro documento do PSF, intitulado de *Programa Saúde da Família: dentro de casa*, foi publicado em setembro de 1994, e trazia essa concepção de que o PSF seria um instrumento de reorganização dos serviços do SUS e da municipalização. (BRASIL, 1994).

O discurso oficial descrito no documento do Ministério da Saúde aponta que a pretensão do PSF é de “[...] melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que incluía desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças.” (BRASIL, 1994, p.8). O texto apresenta ainda como prioridades a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O PSF apesar de ser criado na gestão de Itamar Franco (1992-1994), é somente no governo FHC (1995-2002) que este ganha condições de ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento dos municípios. A tabela abaixo demonstra que a partir de 1998 houve um crescimento significativo do número de equipes de saúde da família implantadas no Brasil:

Tabela 1 - Evolução Quantitativa do PSF e PACS (1994 – 2001)<sup>42</sup>

<b>ANO</b>	<b>NºMUNICÍPIOS COM ESF</b>	<b>Nº ESF</b>	<b>POPULAÇÃO COBERTA (X1.000)</b>
1994	55	328	1.132
1995	150	724	2.498
1996	228	847	2922
1997	567	1.623	5.599
1998	1.134	3.083	10.636
1999	1.647	7.254	14.676
2000	2.766	8.604	29.684
2001	3.233	11.285	38.933

Fonte: Elaborado pela autora, segundo Brasil (2004)

Na gestão de FHC esse programa é considerado um dos importantes instrumentos de reformas da política de saúde. A política social proposta no seu governo, descrita em um documento datado de 1996 e intitulado de Estratégia de Desenvolvimento Social, buscava proteger os grupos considerados mais vulneráveis. (DRAIBE, 2003). De acordo com este documento:

Procura-se examinar, apenas, as políticas, programas e ações que promovam, consolidem ou garantam direitos sociais básicos e a igualdade de oportunidades, ofereçam defesa contra situações recorrentes de risco e deem proteção social a grupos vulneráveis” (Brasil, 1996 apud DRAIBE, 2003, p.10).

Destarte, dentro da Estratégia de Desenvolvimento Social, a política social esbarrava na de cunho macroeconômica, uma vez que a priorização do governo era a retomada do crescimento, o aumento do emprego e a melhoria da distribuição de renda. (DRAIBE, 2003).

O ajuste fiscal determinou uma agenda de inovação nas políticas de cunho social através de um processo de implementação de programas, só que focados nas populações mais vulneráveis, como é o caso do PSF.

Fica evidente a priorização com a Saúde da Família ao ser estabelecida no segundo mandato de FHC, momento em que se estabeleceu como política nacional,

<sup>42</sup> Os dados se referem ao número total de equipes de saúde da Família no período, incluindo tanto as que pertenciam ao PACS quanto às do PSF.

sendo incorporada tanto no seu plano de governo, denominado Avança Brasil, quanto no Programa de Metas para o quadriênio, o Plano de Pronta Ação, iniciado em 1999. (BRASIL, 2010; GOULART, 2007).

É certo que o seu surgimento se dá nesse cenário de crise e racionalização dos gastos públicos em saúde, bem como de diminuição da intervenção do Estado nas políticas públicas. O próprio documento publicado em 1997 pelo Ministério da Saúde, com o título *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação dos serviços de saúde* denuncia esse quadro ao afirmar que:

[...] nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é entrevista pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas. (BRASIL, 1997, p.8).

Diferente do documento de 1994, o texto de 1997 apresenta um caráter mais técnico, destacando os objetivos e diretrizes operacionais, a reorganização das práticas de trabalho, as competências das três esferas do governo e as suas etapas de implantação. Além disso, há uma mudança na finalidade desse modelo, pois enquanto no primeiro conteúdo se registrava “[...] estratégia para organização dos serviços de saúde, no segundo, há uma alteração para “estratégia de reorientação do modelo assistencial [...]”, com vistas a transformar esse modelo na porta de entrada do sistema local de saúde e reorganizando as ações e serviços em novas bases e critérios, numa lógica de substituições das práticas tradicionais assentadas no modelo assistencial hospitalocêntrico. (BRASIL, 1994, 1997; GOULART, 2007).

As inovações dessa proposta de atenção à saúde em contraposição ao modelo centrado na cura e na doença, de acordo com a PNAB/2006, se alicerçam nos princípios gerais da atenção básica, da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, dos quais estão completamente comprometidos dentro da nova lógica de política social, a saber: enxugamento do Estado, redução dos gastos públicos, ações seletivas e focalizadas, o que resulta na desconstrução dos direitos sociais arduamente conquistados.

Ademais, o PSF se aproxima dos pressupostos da atenção primária dimensionados por Starfield (2004), dos quais: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades.

O citado documento ainda trazia duas preocupações que estigmatizaram o programa desde sua criação:

- 1) romper com a ideia de que o PSF se identifica com um sistema de saúde pobre para os pobres e passar a ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, mas assumindo o princípio da equidade. (BRASIL, 1997). Conforme aponta Teixeira (2002, p.239):

[...] o governo reafirma que este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviços, não é uma assistência precária para os pobres, mas sim a intenção de investir na Atenção Primária, na prevenção e promoção da saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade.

- 2) Deixar de ser concebido como mais um programa do Ministério da Saúde de intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços e saúde para se tornar numa estratégia “que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p.9).

A apresentação contida no documento de 1997 deixa claro a intenção de romper com o caráter de programa que tem início, meio e fim, para transformar a Saúde da Família numa estratégia permanente e contínua de estruturação da atenção básica em todo o território nacional, adquirindo, portanto, centralidade nessa política. Curiosamente, apesar dos documentos não tratarem mais a Saúde da Família como programa, na prática, em alguns municípios, ficou conhecida e sendo chamada de PSF.

A Saúde da Família transitou de um programa verticalizado à uma estratégia de mudança de modelo de atenção, como destaca Teixeira (2003, p. 269):

O PSF 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.

Se por um lado a proposta apresenta características de programa quando elenca objetivos, metas e organização, por outro lado, assume caráter de estratégia, reorientando o modelo assistencial e requerendo uma mudança na reestruturação da atenção básica.

Além disso, o termo do programa trouxe maior visibilidade política, possibilidade de espaço para o diálogo institucional e popularidade nos meios de comunicação. (SOUSA, 2001).

Cumpre destacar que essa mudança de Programa para Estratégia, de acordo com os formuladores da política, remete a uma ideia de fortalecimento do

programa e um compromisso maior com a saúde. No entanto, autores como Bravo (2006), afirmam que na prática isso não ocorre, já que a preocupação maior tem sido a extensão da cobertura para a população pobre, sem contudo, haver alterações significativas nessa proposta enquanto estratégia de reorganização do sistema. Para tanto, seria necessário, dentre outros elementos, “[...] ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade.” (BRAVO, 2006, p.104).

Desse modo, a Estratégia Saúde da Família é firmada oficialmente e através do discurso oficial, pretende “[...] imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.” (BRASIL, 1997, p.11).

A ESF apresenta os seguintes objetivos específicos (BRASIL, 1997, p.10):

- a) Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- b) promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- c) prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatórios e hospitais;
- d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- e) eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- f) humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- g) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- h) fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

A fim de cumprir estes objetivos, deu-se início ao processo de implantação dessa estratégia no país. Na tentativa de fortalecer a atenção básica, expandir e qualificar a ESF em todo o território nacional, em 2003, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF).

O PROESF foi financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e visava à expansão da ESF em municípios com mais de 100 mil habitantes.

Diferentemente do que ocorria nos municípios de pequeno porte, os estudos de avaliação de implementação do programa feitos pelo próprio MS

demonstraram que havia uma dificuldade em implantar a estratégia nos grandes centros urbanos, uma vez que a diversidade e heterogeneidade das condições econômicas e sociais se apresentavam enquanto aspectos dificultadores do processo de implantação da política, como a desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010).

É certo que em cidades de grande porte o modelo hegemônico assistencial da saúde é baseado em serviços de medicina especializados, o que faz com que a população usuária e até os próprios profissionais de saúde, munidos de preconceitos, encontrem resistência nesse modelo de atenção. A esse respeito, Teixeira (2006) destaca que normatização da SF não necessita ser tão dura e rigorosa, mas é imprescindível uma flexibilização da proposta.

O PROESF indicava ainda como finalidade reestruturar as ações e serviços voltados para o desenvolvimento de recursos humanos da ESF.

É mister mencionar que, o PROESF trouxe mudanças na dinâmica da ESF, visto que disponibilizou recursos para a estruturação de novas equipes e unidades de saúde, apresentando propostas de cooperação técnica na execução desses montantes e aperfeiçoando os mecanismos de gestão e de monitoramento.

Ao longo dos anos de construção, a Saúde da Família apresentou mudanças significativas no que diz respeito à sua dimensão institucional, ao financiamento, à regulamentação e à sua forma de organização.

No que diz respeito ao plano institucional, a ESF transitou em diversos setores. Foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), em 1994, dentro da Fundação Nacional de Saúde. Tal coordenação passou a ser a gerência executiva do PSF e agrupava: o PACS, o PSF e o de PISUS (Programa de Interiorização do SUS). Cumpre destacar que o PISUS<sup>43</sup> foi extinto ainda na transição de governo de Itamar Franco para o de FHC.

Em seguida, em 1995, a Saúde da Família foi transferida da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) para o Ministério da Saúde, dentro da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Viana e Dal Poz (1998), apontam que essa mudança representou um significado importante para a ESF, uma vez que trouxe um novo tipo

---

<sup>43</sup> O PISUS foi um programa criado pelo Ministério da Saúde que tinha como finalidade selecionar médicos e enfermeiros para trabalharem em municípios que não ofereciam atenção à saúde e que apresentavam altos índices de mortalidade infantil e de doenças como malária, hanseníase e tuberculose.

de institucionalização, além de permitir a junção de fato das duas propostas (PSF e PACS), pois na antiga coordenação, possuíam titulares, equipes e áreas físicas diferentes. É nesse momento que há uma real aproximação da área incumbida das “questões relativas à assistência à saúde na esfera do Ministério da Saúde, sabidamente poderosa, obtendo, assim, um notável incremento em seu status institucional. (GOULART, 2007, p.91).

Em 1999 ocorreu mais uma mudança institucional. Foi criado o Departamento de Atenção Básica (DAB), dentro da Secretaria de Atenção à Saúde, sendo a ESF transferida para este setor. O DAB foi criado para assumir a política de atenção básica do MS. Essa mudança representou uma maneira de esvaziar o papel da SAS, da qual detinha a concentração de poder nas diversas áreas de assistência e de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2010; GOULART, 2007; VIANA; DAL POZ, 1998).

Ainda com relação à transformações de cunho institucional, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Família (NASF). O NASF surgiu com a finalidade de fortalecer a atenção básica e o SUS, atuando de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho das equipes de SF, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde. Para efeitos de repasse de recursos, NASF possui duas modalidades, organizadas conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 2 - Modalidade 1 e 2 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família segundo profissionais envolvidos e constituição dos núcleos

<b>NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – CONSTITUIÇÃO</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
<p><b>NASF 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Deve ter no mínimo cinco profissionais com formação universitária.</li> <li>✓ Deve estar vinculado a, no mínimo de oito e máximo de vinte equipes de SF, exceto nos Estados da</li> </ul>	<p>Psicólogo; Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico ginecologista; Profissional da educação física; Médico homeopata; Nutricionista; Médico acupunturista; Médico pediatra; Médico psiquiatra; Terapeuta ocupacional.</p>

Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.	
<p><b>NASF 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Deve ter no mínimo três profissionais, com formação universitária.</li> <li>✓ Deve estar vinculado a, no mínimo, três equipes de SF.</li> </ul>	<p>Psicólogo; Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da educação física; Nutricionista; Terapeuta ocupacional.</p>

Fonte: Elaborado pela autora, segundo Brasil (2009).

Quanto à forma de financiamento no início do seu processo de implantação, ocorria através de convênios celebrados entre a FUNASA, os Estados e Municípios, em contrapartida com algumas exigências, dentre as quais, o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a criação do Fundo Municipal de Saúde. Além disso, os sistemas locais dessa política deveriam cumprir os critérios de seleção baseados no Mapa da Fome, obedecendo, conforme Viana e Dal Poz (1998), os seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades específicas de cada localidade, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. Os municípios recebiam recursos para despesas de custeio e investimento e os Estados para apoio das atividades realizadas pela coordenação estadual na implementação e implantação do programa.

No entanto, essa forma de financiamento por meio de convênios era limitada, bastante burocratizada e se mostrava pouco flexível, gerando empecilhos e limites no processo de implantação do programa. (VIANA; DAL POZ, 1998).

Posteriormente, o financiamento do PSF passou a ser realizado pela modalidade de produção, sendo o recurso calculado de acordo com a quantidade de atendimentos ambulatoriais realizados pelas equipes de saúde, sendo gerados por códigos diferenciados contidos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação ambulatorial do SUS (SAI/SUS). É mister mencionar, que a remuneração do PSF é diferenciada, haja vista que representa o dobro daquela paga pelo SUS. Esse tipo de financiamento também trazia algumas limitações ao programa, uma vez que não era estendida a todos os tipos de ações e serviços, passando a ser pagas por outros tipos de critérios, a saber, o pagamento *per capita*. Por essa razão surgiu a necessidade de combinar diferentes remunerações.

Havia, então, uma urgência em romper com essa forma de financiamento, o que ocorre em 1996 com a aprovação da NOB/96 que cria o Piso de Atenção Básica (PAB), como será apresentado mais adiante em item específico sobre esse assunto.

Por fim, em 2006 a Portaria nº 648 de março aprova a Política Nacional de Atenção Básica, na qual prioriza a consolidação da Estratégia Saúde da Família em território nacional, e qualifica-a como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Posteriormente, em 2012, é publicada uma nova Política Nacional de Atenção Básica, da qual mantém a essência do documento anterior, contudo, incorpora algumas inovações, principalmente no que se refere aos recursos humanos.

Destarte, este subitem descrito procurou demonstrar os caminhos percorridos, a arena política e os autores envolvidos no processo de formulação da política de atenção básica, tendo como carro-chefe a ESF, que atualmente é um instrumento prioritário na agenda governamental.

O subitem a seguir tem a pretensão de demonstrar que toda política pública é permeada por tensões em suas concepções no decorrer do processo de formulação.

#### **4.1.2 Concepções e Polêmicas em torno da ESF**

A Saúde da Família encontra-se no meio de “[...] princípios e estratégias operacionais, nas quais são frequentes as contradições de natureza política e ideológica.” (GOULART, 2002, p.25). Isso implica dizer que, se por um lado, propõe uma assistência à saúde baseada nos princípios do SUS, por outro lado, há uma polêmica em torno de sua concepção que aponta tal modelo como uma estratégia para a AB através da oferta de pacotes de serviços básicos para a população pobre.

A ESF tem sido concebida por muitos autores como um processo de planejamento estratégico de consolidação do Sistema Único de Saúde, apresentando diferentes leituras, compreensões e inovações.

Para os formuladores e gestores da política de atenção básica a Saúde da Família se mostra enquanto instrumento capaz de promover mudanças significativas no sistema assistencial, das quais, mesmo com as inovações advindas com a instituição do SUS não foram possíveis de realizar, já que são poucos os resultados perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde a partir da implantação desse sistema. Tais atores identificaram que após a implementação do SUS ainda havia um contingente populacional que não tinha acessos aos serviços de saúde,

principalmente aqueles grupos mais vulneráveis socialmente. É sob esse argumento que o PSF foi gestado e concebido.

Na visão de Cordeiro (1996), é uma proposta potencialmente hegemônica na organização e na prática sanitária. Para este autor, a organização das ações e serviços voltados às famílias devem ser norteadas pelos seguintes pressupostos:

[...] reconhecimento da saúde como direito de cidadania; eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem; prestação de atenção integral; humanização das práticas de saúde; participação comunitária etc., são parte de uma estratégia primordial que induziria a mudanças tanto pela interferência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho, buscando introduzir a lógica da efetividade com relação às formas de remuneração, bem como o manejo racional de tecnologia. (CORDEIRO, 1996, p.11).

Na mesma direção, Levcovitz e Garrido (1996), ao desenvolverem uma análise acerca da Saúde da Família, afirmam que esse modelo se constitui numa estratégia capaz de efetivar uma mudança no modelo assistencial brasileiro, utilizando outros critérios profissionais que se mostram tanto econômicos quanto eficazes. Além disso, entendem que a ESF é o “[...] SUS que está dando certo.” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p. 5).

Para Viana (2000 apud GOULART, 2007, p,84), além de possuir um caráter inovador com práticas voltadas à prevenção e promoção da saúde, é um modelo em que não entra em conflito em “[...] nenhum de seus princípios básicos ou formas de operacionalização com as diretrizes do sistema nacional de saúde”.

Draibe (2003) e Mendes (2002), consideram a ESF como a mais forte inovação programática e de concepção do governo FHC no campo da saúde. Para Draibe (2003) os efeitos institucionais importante se referem à mudança no modelo assistencial que introduz dois novos princípios ordenadores da atenção básica no Brasil, a saber: adscrição de clientela e a família como unidade de referência no sistema. Mendes (1998) destaca que a ESF inovou ao envolver as universidades brasileiras no processo de capacitação das equipes profissionais.

Em contraposição às concepções acima citadas, Misoczky (1994) concebe a Saúde da Família como mais um modelo de atenção direcionado aos pobres, no qual está “[...] muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma Sanitária brasileira e configuraram o SUS”. Surgiu para cumprir as recomendações de contenção de gastos públicos feitas pelos organismos internacionais, a saber: FMI e Banco Mundial (MICOCZKY, 1994, p.43). Argumenta ainda que essa proposta, nestes moldes, tem caminhado em contramão ao SUS. É

baseado nestes argumentos que a ESF é vista pelo referido autor como uma medida de caráter racionalizador, reservando ao Estado a tarefa de provedor restrito das ações e serviços de saúde.

Sabe-se que essa característica que adquiriu a Saúde da Família enquanto estratégia focalizadora, criada com o objetivo de oferecer uma “cesta básica” para os grupos mais vulneráveis afim de atender às recomendações de agências multilaterais de financiamento, tem sua origem na década de 1990 quando estes organismos internacionais ofereceram incentivos financeiros para sua implantação. É um momento em que a saúde sofre reformas de cunho neoliberal, “com uma tendência para a criação de mercados na assistência e uma ação supletiva e focalizada. (TEIXEIRA, 2003).

A década de 1990 é marcada pela introdução de programas sociais voltados aos mais pobres (PSF, programas de transferência de renda) num contexto de ajustes estruturais e econômicos e pela Reforma do Aparelho do Estado. Para Senna (2002, p.3), é este o momento em que ganha força a “perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais.

Cumprir destacar que, as propostas dos organismos internacionais para a área da saúde na América Latina, baseiam-se, conforme Bravo (2006, p.103):

No diagnóstico da inadequação dos gastos sociais, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. Ao mesmo tempo, o Banco Mundial critica o modelo de assistência em saúde, que se basearia em cuidado hospitalar ineficaz, na especialização do cuidado ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e pequeno gasto nas ações preventivas e de promoção à saúde. Neste quadro, as recomendações apresentadas pela agenda do Banco Mundial voltam-se para a adoção de medidas de racionalização e contenção de gastos para o setor, num contexto de aumento da demanda social em saúde.

No entanto, deve-se levar em consideração as diversidades de contextos e peculiaridades de sistemas nacionais de saúde de cada país, o que faz com que os processos de implementação dessa política se apresentem bastante diferenciados. Bravo (2006) chama a atenção para o fato de que, no Brasil, as reformas da área da saúde não podem ser explicadas somente pelo redirecionamento que o Estado deu, nos anos 1990, às políticas públicas, mas por outros fatores de natureza interna do setor, “[...] potencializados por sua dinâmica própria e decorrentes da implementação do SUS.” (BRAVO, 2006, p.103).

Portanto, apesar das críticas existentes acerca desse modelo de atenção básica oferecido pelo SUS, pode-se perceber que o discurso oficial da ESF se fundamenta nos princípios definidos pelas normativas mais gerais da Política Pública de Saúde, as quais procuram democratizar e universalizar o acesso aos serviços oferecidos à população.

Assim é que as ações da política pública de saúde devem ser parametradas pela noção de equidade da qual está atrelada à questão da justiça social.

No contexto atual, a equidade está associada aos direitos das minorias, haja vista que a ideia é distribuir as ações e serviços de acordo com as diversas necessidades identificadas, além de observar as diferenças sociais. O termo equidade também se refere a desigualdades consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.

Para Organização Mundial de Saúde (apud Sisson 2007, p.3):

[...] equidade em saúde implica idealmente que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial.

Sposati (1998 apud ESCOREL, 2001, p.6) afirma que o princípio da igualdade só torna-se completo se for fundido ao de equidade, pois destaca que “[...] não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime.”

De acordo com Whitehead 1991 (apud Senna, 2002, p.13), as políticas de saúde formuladas para a população de uma nação “não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos se o impacto mais importante sobre a saúde/doença se faz sentir nos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Neste sentido, a equidade é considerada um princípio-chave no sistema de saúde:

[...] por incorporar as diferenças entre os sujeitos, as distintas condições de vida e, conseqüentemente, a diversidade de necessidades da população relacionadas à saúde. Ou seja, trata-se de alcançar o universal e o igualitário, como estabelecido na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no que se refere a acesso e utilização de serviços de saúde a partir do princípio de justiça social e do combate às iniquidades (ALVES, 2013, p.68).

É isto que fundamenta e dá sentido lógico ao discurso da atenção básica, na qual por meio da incorporação dos segmentos sociais vulneráveis pretende promover a equidade e a justiça social no interior dessa política de saúde.

Baseado nessa argumentação é que o Ministério da Saúde adotou a focalização como uma das estratégias que utiliza para alcançar esse objetivo. Como preconiza o Ministério da Saúde:

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (Ministério da Saúde, 2000, p.17).

Constata-se, portanto, uma contradição entre concepção e discurso dos formuladores da política, uma vez que publicam um documento para desmistificar e romper a visão da proposta que se tratava de uma “medicina pobre para pobres”, mas se utilizam da argumentação baseada na noção de equidade mas, - no sentido de distribuir de acordo com a necessidade - para justificar as ações focalizadas.

Entende-se que a ESF segue a tendência das políticas sociais no Brasil de implementarem programas de natureza focalista, seletiva e racionalizadora de recursos, das quais acabam comprometendo os princípios da universalidade e equidade preconizados pelo SUS. A esse respeito Alves (2013) afirma que:

Em grande medida, tal tendência resultou da ineficácia das políticas de ajuste para os países periféricos após o Consenso de Washington. Os dramáticos resultados sociais produzidos neste cenário inscreveram a equidade, até então defendida a partir da ótica da justiça social, no debate da política econômica. No Relatório sobre Desenvolvimento Mundial de 2006 do Banco Mundial, o termo “equidade” é explicitado como diretriz para as políticas sociais com vistas à necessidade de uma distribuição de recursos estatais de forma mais eficiente na produção políticas públicas (Paim, 2006; Mota, 2010). Dessa forma, verificou-se uma tendência a se reduzir, genericamente, justiça social e equidade a parâmetros meramente quantitativos (custo/efetividade, cobertura, avaliação, perfil do gasto, entre outros) na formulação de políticas públicas. (ALVES, 2013, p.68).

Para Ramos (2000), uma das características mais evidentes dessas políticas, e em especial a de saúde, é o privilegiamento que os grupos sociais de maior poder aquisitivo tem em detrimento daqueles considerados mais pobres. A esse movimento e/ou tendência, Ramos (2000) denominou de focalização espúria.

É nesse sentido, portanto, que vem se expandindo, ou seja, ofertando ações e serviços na atenção básica de forma focalizada, selecionando áreas e situações de risco e vulnerabilidade social, evidenciando a necessidade de ações especiais com oferta diversificada aos segmentos de maior exclusão social e se instalando em áreas nas quais não havia nenhuma modalidade de atendimento.

Sabe-se, porém, que a discussão sobre o processo de focalização nas políticas públicas é polêmica e permeada de críticas. Assim vamos encontrar

argumentos que apontam a necessidade de discriminação positiva dos mais vulneráveis sob a alegação de que é possível direcionar ações e recursos para os mais necessitados. Deste modo, a universalização estaria sendo alcançada. Por outro lado, existem argumentos que analisam esse tipo de focalização como sendo um viés reducionista que as políticas públicas vem adotando com o sentido de racionalizar os recursos e as ações e que, portanto, afeta o alcance da universalização.

Cabe mencionar novamente que esse debate em torno da focalização x discriminação positiva dentro do PSF, com a intenção de promover a equidade social na política de saúde desponta num contexto marcado pelas reformas das políticas públicas nos anos de 1990.

É no bojo desse debate que situamos a discussão de Oliveira (apud GOULART, 2002), o qual aponta que há uma crise das políticas sociais universalizantes e utiliza a expressão “universalização excludente” na saúde para qualificar “a associação entre uma “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de indigentes e uma “exclusão por cima”, mediante a qual segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral “renunciam à assistência pública pelo SUS, em busca de atendimento mais qualificado nos planos de saúde.” (Goulart, 2002, p.104).

Para o referido autor, a universalização excludente poderia ser representada como:

[...] uma vantagem para o sistema e como um reforço do princípio da equidade, considerando que retiram-se do mesmo pessoas contribuintes, deixando ao mesmo tempo de receber benefícios. Isto não leva em conta, todavia, o fato de que muitos desses excluídos na verdade voltam a se incluir no sistema quando demandam procedimentos de mais alta complexidade – também os mais dispendiosos. (GOULART, 2002, p.104).

E chama a atenção para o fato de que:

[...] a proteção social e à saúde no Brasil vem acumulando evidências de uma verdadeira “americanização”, especializando-se em poucos benefícios para os mais pobres, enquanto ao mercado fica reservada a atenção aos mais aquinhoados e capazes de remunerar serviços diretamente ou mediante seguro. (GOULART, 2002, p.104).

Nesse caso em particular, pode-se dizer que existem muitas críticas sobre as políticas de saúde de cunho focalizadas e seletivas. Dentre estas se destaca a que acusa que a focalização dos serviços nas populações vulneráveis se faz com o intuito de racionalizar os gastos, através da oferta de uma espécie de “cesta básica” para os

pobres por meio da prestação de serviços de baixa qualidade, mas sem a incorporação de atendimentos emergenciais<sup>44</sup>.

Para Bravo (2002, p.212) nesse tipo de política:

[...] o cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde, previsto pelo Banco Mundial e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado.

De acordo com Druck e Filgueiras (2007, p.26), a política social focalizada de combate à pobreza dos países de modelo liberal periférico

[...] nasce e se articula umbilicalmente às reformas liberais e tem por função compensar parcial, e muito limitadamente, os estragos socioeconômicos promovidos pelo modelo liberal periférico e suas políticas econômicas.

Essas políticas visam compensar paliativamente os efeitos do sistema, a saber: pobreza, elevadas taxas de desemprego, baixos rendimentos, desigualdades sociais, dentre outras.

Conforme Rizzotto (2009), as políticas focalizadas em saúde apresentam um “efeito perverso na medida em que consolidam as desigualdades já existentes, uma vez que se dão no marco de agudas desigualdades sociais”.

Para essa autora, políticas desse formato:

Além de introduzirem uma precariedade e descontinuidade, as políticas focalizadas são assistencialistas, abrem espaço à arbitrariedade dos que têm o poder de decidir sobre quem irá ser beneficiado pela política e qual o rol de necessidades a serem satisfeitas. (RIZZOTTO, 2009, p.5).

Política de focalização na saúde cria também uma espécie de segmentação no que diz respeito ao acesso à assistência, dado o seu caráter dual, já que, de um lado a regulamentação do sistema privado de saúde é fortalecida, desenvolvendo tecnologias de alta complexidade e subsidiada pelo próprio Estado, por outro lado, são direcionados poucos recursos a um atendimento estatal de baixa qualidade e direcionados àqueles mais vulneráveis. (RIZZOTTO, 2009).

Além disso, ao se deparar com esse modelo de intervenção, fica claro uma “política” de desconstrução de direitos sociais, através do descumprimento do dispositivos constitucionais e, em especial nesse caso, é evidente o desrespeito ao princípio da universalidade, do qual preconiza que a saúde é direito de todos e de dever do Estado. É certo que essa desconstrução se dá no sentido de oferecer um mínimo de benefícios sociais aos sujeitos de direito.

---

<sup>44</sup> Se um paciente que necessita de cuidados emergenciais procurar uma Unidade de Saúde da Família não será atendida a sua necessidade, pois o mesmo deve procurar outro local público que preste serviço de média ou baixa complexidade.

Como já afirmado anteriormente, reconhece-se que a política de atenção básica e, em especial, a ESF se situa num campo de polêmicas e tensões, sobretudo, porque tem incorporado na sua concepção e formato, noções como, por exemplo, descentralização, integralidade, equidade, etc., que foram pensadas enquanto mecanismos que poderiam vir a servir para aprimorar a política, aproximando-a dos cidadãos e democratizando o seu acesso. Porém, no contexto mais recente, tais conceitos ou noções foram revistos à luz de parâmetros liberalizantes e mercadológicos.

Pois, como apontam Guilhon e Pereira (2002):

Nesse contexto, as normas públicas, que anteriormente eram direcionadas por políticas públicas amplas voltadas para a busca de maior homogeneização social, passam a se orientar pelo ideário neoliberal. Com isso, a ação do Estado vê-se limitada aos critérios fixados por políticas econômicas monetaristas restritivas e políticas orçamentárias contencionistas as quais visam apenas elevação dos patamares de competitividade de economias abertas, presas aos imperativos da flexibilidade do capital e do trabalho. Como resultado desse processo, as políticas públicas perdem espaço devido ao privilegiamento do mercado enquanto mecanismo articulador e regulador da vida social. (GUILHOM, PEREIRA, 2002, p. 03).

É nesse campo de embate de forças e de ideias que se situa a ESF, entendendo que essa política pública está em processo e como tal, sofre as interferências e determinações sociais da sociedade e também dos diferentes sujeitos que se colocam nesse processo.

Por outro lado, autores como Bôas (2011) acreditam que nem sempre é possível afirmar que as políticas focalizadas representam um aspecto negativo para a proteção social de um país. Para este autor, “[...] com a existência de grupos excluídos socialmente e de recursos escassos, a focalização pode ser uma boa forma de garantir o aproveitamento mais eficiente destes recursos.” (BÔAS, 2011, p.4).

Viana e Del Poz (1998) entendem que focalização e universalização são dois conceitos que necessariamente não devem ser excludentes, visto que é possível haver políticas de natureza focais dentro daquelas de caráter universais, até porque, afirmam:

A formulação do PSF foi fruto, inclusive, do sucesso de práticas (anteriores) focalizadas dentro da política universal, e que se constituíram em instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde. O programa evidencia, assim, a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes. (VIANA; DAL POZ, 1998, p.17).

Entretanto, ao criar e fortalecer o SUS, os governos brasileiros historicamente optaram pelas políticas universais. A tentativa em investir em políticas focalizadas cria o risco de drenar os recursos das políticas de cunho universal, assim como focar suas ações nas mesmas, comprometendo a concepção de direito social inscrita na CF/1988. Somados a isso, a má gestão e inadequação dos recursos, a precária qualificação nos serviços prestados, insuficiente capacitação dos recursos humanos, ausência da integralidade entre os diferentes níveis de assistência e dentre outros, também se apresentam como obstáculos para a implementação eficaz da política de saúde.

Monnerat (2006) ao discutir sobre as vantagens desse novo modelo de atenção básica aponta que a ESF tem um papel importante no sentido de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, uma vez que representou um mecanismo de pressão no processo de municipalização por meio da exigência de pré-requisitos para a assinatura de convênios, instaurou novas modalidades de gestão, reorganizou os serviços e redefiniu práticas assistenciais.

Sisson (2007) destaca que a focalização pode ser instrumento de inclusão social, visto que:

[...] a discussão em torno ao PSF e a promoção de maior equidade da política de saúde, em que pese o contexto e a forma de implantação do Programa, em face das grandes heterogeneidades regionais, sociais, econômicas políticas e administrativas que caracterizam a história brasileira, também tem recebido apoio, pois nesse sentido a focalização assume caráter de inclusão de grandes grupos populacionais que se encontram fora do acesso a um mínimo de garantias sociais. (SISSON, 2007, p.7).

Evidentemente, não se pode negar a importância desse novo modelo de atenção à saúde, haja vista que vários estudos realizados (VIANA; DEL POZ, 1998; MEHRY; QUEIRÓZ, 1993; CHAGAS; VASCONCELOS, 2013; GOULART, 2008) demonstram os impactos positivos provocados na saúde das famílias assistidas, o que permite uma percepção dos efeitos sobre alguns indicadores de saúde da população, sobretudo nas áreas com maior índice de pobreza.

Os estudos avaliativos realizados pelo Ministério da saúde apontam como resultados favoráveis à implantação, dentre outros: diminuição dos índices de mortalidade infantil por causas evitáveis; aumento do número de gestantes que fazem acompanhamento de pré-natal; alcance de metas de imunização das pessoas idosas e crianças; realização de diagnósticos de pessoas com tuberculose e hanseníase, hipertensas e diabéticas.

A esse respeito, Viana e Dal Poz (1998) acreditam que a ESF tem se apresentado enquanto instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, uma vez que as alterações se dão tanto no que diz respeito às modalidades de alocação de recursos e remuneração das ações prestadas, quanto na organização dos serviços, o que a caracteriza como uma estratégia de reforma incremental<sup>45</sup>.

Destarte, ainda que existam lacunas e desafios a serem superados por esse modelo, pode-se elencar uma série de avanços alcançados pelo processo de implantação e consolidação da ESF, a saber:

- a) Representa um espaço político e institucional de estratégia que busca estruturar a atenção básica dos sistemas locais de saúde;
- b) é mecanismo de grande potencial ao processo de municipalização;
- c) trouxe adesão significativa dos gestores municipais e estaduais, além de realizar parcerias com instituições superiores no sentido de qualificar os profissionais para a nova proposta;
- d) introduziu inovações quanto à instauração de novas modalidades de gestão e à redefinição práticas assistenciais;
- e) oportunizou a implantação de Normas Operacionais de Assistência À Saúde (NOAS), das quais buscam incorporar maior resolutividades à AB e possibilitar a integralidade da assistência através da organização de redes e serviços de saúde regionalizados e hierarquizados. (VIANA; DAL POZ, 1998; SOUZA, 2008).

De fato essas mudanças e impactos que se expressam ao longo dos anos demonstram a importância que essa estratégia adquire na agenda governamental, no entanto, ainda não é possível afirmar se a ESF realmente causou mudanças de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho idealizada pelos seus formuladores.

Por fim, infere-se que, mesmo quase três décadas da formulação e implementação da ESF no Brasil, ainda existem divergências quanto à concepção dessa política que ora se apresenta quanto um programa focalizado e seletivo e ora

---

<sup>45</sup> Reforma incremental, ou reforma da reforma, é definido por Viana e Dal Poz (1998) como um conjunto de modificações no desenho e operação da política, podendo ocorrer, separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços (mudanças no sistema e nas unidades prestadoras), nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações ou, ainda, no modelo de prestação de serviços.

enquanto instrumento capaz de estruturar o sistema de saúde. Entretanto, mesmo com as discordâncias teórica-conceituais desse modelo, não foi impeditiva do crescimento paulatino da proposta em todo o país.

O foco da análise a seguir será orientada para o desenho da Estratégia Saúde da família.

#### 4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: a engenharia da proposta

De acordo com Silva (2001, p.81), a avaliação da engenharia da política implica averiguar “[...] a adequação entre a realidade a ser modificada, as alternativas de intervenção propostas e a coerência interna entre seus componentes estruturais do programa”.

Nesse momento da presente pesquisa, portanto, buscou-se desenvolver uma análise com vistas a cotejar os elementos que constituem a estrutura da política e os objetivos propostos no processo de configuração da mesma.

Contudo, ao expor o desenho da política formulada pelos seus idealizadores, é possível identificar alguns nós críticos, amarras e/ou limites que podem intrinsecamente tanto o cumprimento dos objetivos da ESF e o seu processo de implementação, quanto a materialização dos princípios que a regem e os próprios do SUS, impedindo, até, a sua consolidação.

Esses obstáculos se apresentam sob diferentes óticas e são identificados em sua natureza política, institucional, de gestão, de concepção e de implantação, alguns dos quais serão descritos a seguir.

Cumprido mencionar que os elementos destacados no desenho da ESF não correspondem à totalidade dos diversos problemas que podem existir no interior dessa política, mas representam aqueles que, nesse estudo, foram elencados como os que mais se evidenciaram na análise em questão. Certamente que pesquisas com recortes diferentes podem apontar outras dimensões.

Deste modo, no primeiro momento a análise tomou como base as diretrizes operacionais da política. No segundo momento, buscou-se identificar a adequabilidade do financiamento da ESF tendo em vista os objetivos propostos.

##### 4.2.1 Diretrizes Operacionais da ESF

A Política Nacional de Atenção Básica/PNAB aponta as diretrizes operacionais pelas quais a Saúde da Família se estrutura e se organiza, e são

consideradas, segundo os formuladores da política, elementos imprescindíveis para a implementação das ações e serviços propostos.

Para que se tenha uma visualização da arquitetura da ESF, elegeu-se nesse estudo três diretrizes operacionais da política a serem analisadas, a saber: caráter substitutivo; territorialização e cadastramento da clientela; e a abordagem multiprofissional.

### **A) Caráter substitutivo**

A ESF foi desenhada com a finalidade de reorganizar os serviços e ações de saúde, cuja pretensão é tornar o “contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”, com vistas à promoção e prevenção. (PNAB, 2012, p.19).

De acordo com a PNAB/2012, a intenção não é criar novas estruturas de serviços, mas alterar as práticas tradicionais de assistência, orientadas na cura de doenças com ênfase na medicina hospitalar, por um novo processo de trabalho comprometido com a promoção da qualidade de vida da população e a prevenção de doenças.

Souza (2011) assevera que:

A centralidade da atenção básica se justifica pelo fato de, como “porta de entrada do sistema de saúde”, ter que resolver grande parte da demanda apresentada pelos usuários diminuindo, assim, os problemas a serem solucionados pela média e alta complexidade que dependem de ações custosas e pouco viáveis técnica e financeiramente. Para o SUS, em termos de financiamento, são mais viáveis os gastos com a atenção básica, como forma de organizar a procura pelos demais níveis de assistência, do que disponibilizar mais recursos para média e alta complexidade. (SOUZA, 2011, p.4).

Os normativos da política determinam que a SF seja implementada em um espaço físico, correspondentes aos Centros de Saúde. Estes passam a ser considerados a porta de entrada do SUS, nos quais são desenvolvidas as atividades de primeiro nível de assistência, através de uma equipe de profissionais que esteja apta a realizar ações e serviços com vistas à promoção e prevenção da saúde, bem como desenvolver mecanismos de referência e contra-referência aos serviços especializados de maior complexidade do sistema.

A ESF tem como objetivo substituir o modelo de assistência tradicional à saúde privilegiando aquele em atenção básica. Entretanto, o próprio desenho dessa política dificulta esse processo, pois inexiste uma garantia de que haverá realmente

transformações nas práticas assistenciais, pois não há dispositivos potentes para isso, já que a ESF:

[...] aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o no desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência. (VIANA, DAL POZ, 1998, p.11).

Viana e Dal Poz (1998) ao realizarem um estudo acerca da ESF concluíram que, embora essa estratégia almeje a mudança na reorganização do sistema de saúde, ainda apresenta dificuldades em transformar a lógica da assistência à saúde, uma vez que compete dentro do território com práticas tradicionais preponderantes, baseadas na cura de doenças e na centralização médica, uma vez que perduram os antigos modelos de Centros de Saúde, dos quais não tem equipes da ESF implantadas.

Conforme Puccini (2008, p.25):

Dentre os modelos de atenção básica que convivem com a saúde da família persistem as unidades básicas tradicionais que trabalham na lógica da demanda espontânea, além dos serviços de Assistência Médica Ambulatorial, que se propõem a trabalhar na ótica da queixa-conduta, realizando o atendimento imediato.

Como dito anteriormente, a ESF inicialmente foi implantada em áreas consideradas de grande risco, mas teve uma rápida expansão, sendo que em 2001 já atingia 90% dos municípios brasileiros. Atualmente, de um total de 5.564 municípios, 5.460 possuem equipes de saúde implantadas (DADOS DO SIAB).

Contudo, essa cobertura é distribuída de forma heterogênea. Existem Estados brasileiros que proporcionalmente apresentam uma cobertura populacional maior em relação a outros, quando comparados, por exemplo, São Paulo e Bahia, como verificado na tabela a seguir:

Tabela 2 - Credenciamento e implantação da ESF no Brasil (Referência: dezembro de 2014)

Região	UF	Estado	População	Equipe de Saúde da Família			
				nº de Municípios com eSF	Implantados	Estimativa da População Coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	2.648.532	1	151	520.950	19,67%
	GO	GOIÁS	6.154.996	245	1254	4.014.384	65,22%
	MT	MATO GROSSO	3.115.336	141	606	1.980.355	63,57%
	MS	MATO GROSSO DO SUL	2.505.088	78	501	1.620.547	64,69%
<b>Qtde de Estados</b>		<b>4</b>	<b>14.423.952</b>	<b>465</b>	<b>2.512</b>	<b>8.136.236</b>	<b>56,41%</b>
NORDESTE	AL	ALAGOAS	3.165.472	102	797	2.353.601	74,35%
	BA	BAHIA	14.175.341	417	3005	9.385.272	66,21%
	CE	CEARÁ	8.606.005	184	2083	6.485.061	75,36%
	MA	MARANHÃO	6.714.314	217	1884	5.439.072	81,01%
	PB	PARAÍBA	3.815.171	223	1299	3.593.343	94,19%
	PE	PERNAMBUCO	8.931.028	185	2042	6.492.689	72,70%
	PI	PIAUÍ	3.160.748	223	1174	3.037.835	96,11%

	RN	RIO GRANDE DO NORTE	3.228.198	167	960	2.643.317	81,88%
	SE	SERGIPE	2.110.867	75	599	1.855.851	87,92%
<b>Qtde de Estados</b>		<b>9</b>	<b>53.907.144</b>	<b>1.793</b>	<b>13.843</b>	<b>41.286.041</b>	<b>76,59%</b>
NORTE	AC	ACRE	758.786	22	178	546.620	72,04%
	AP	AMAPÁ	698.602	16	145	477.246	68,31%
	AM	AMAZONAS	3.590.985	62	539	1.777.942	49,51%
	PA	PARÁ	7.822.205	136	1055	3.520.883	45,01%
	RO	RONDÔNIA	1.590.011	51	302	996.613	62,68%
	RR	RORÁIMA	469.524	14	96	308.115	65,62%
	TO	TOCANTINS	1.417.694	134	428	1.269.498	89,55%
<b>Qtde de Estados</b>		<b>7</b>	<b>16.347.807</b>	<b>435</b>	<b>2.743</b>	<b>8.896.917</b>	<b>54,42%</b>
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	3.578.067	77	623	1.991.230	55,65%
	MG	MINAS GERAIS	19.855.332	844	4591	14.424.562	72,65%
	RJ	RIO DE JANEIRO	16.231.365	90	2155	7.274.594	44,82%
	SP	SÃO PAULO	41.901.219	534	3916	13.190.679	31,48%

<b>Qtde de Estados</b>		<b>4</b>	<b>81.565.983</b>	<b>1.545</b>	<b>11.285</b>	<b>36.881.065</b>	<b>45,22%</b>
SUL	PR	PARANÁ	10.577.755	391	1982	6.348.504	60,02%
	RS	RIO GRANDE DO SUL	10.770.603	433	1421	4.549.318	42,24%
	SC	SANTA CATARINA	6.383.286	290	1519	4.778.110	74,85%
<b>Qtde de Estados</b>		<b>3</b>	<b>27.731.644</b>	<b>1.114</b>	<b>4.922</b>	<b>15.675.932</b>	<b>56,53%</b>
<b>Total Geral</b>		<b>27</b>	<b>193.976.530</b>	<b>5.352</b>	<b>35.305</b>	<b>110.876.191</b>	<b>57,16%</b>

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e descrição detalhada dos campos utilizados.

Uma possível explicação para essa diferença proporcional de cobertura, já que a ESF, pelo seu caráter universal, deveria estar presente em todo território nacional, é o fato de que há uma dificuldade de sua implantação nas maiores cidades, onde se concentram um grande contingente populacional. Um estudo realizado por Henrique (2009) demonstrou que nas cidades de grande e médio porte, nos quais contam com sistemas de saúde complexos, a ESF persiste com características de uma estratégia de expansão da atenção básica, direcionadas para grupos sociais de maior risco social, dos quais são expostos a precárias condições sanitárias. Segundo o mesmo autor, “problemas como a alta concentração demográfica, o elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde e a oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada”, se constituem em obstáculos, nas grandes cidades, para a implantação da ESF como uma estratégia da atenção básica para organização do sistema de saúde. (HENRIQUE, 2009, p.38).

Outro aspecto a ser considerado e que se refere à dimensão política, é o fato de que, a ESF ainda é uma política opcional suscetível à ação do gestor local, o que faz com que a sua implantação se apresente de forma heterogênea em diversas localidades, podendo servir, em muitos casos, apenas como mais uma fonte de renda para os municípios, sem trazer mudanças significativas como propõe o modelo, principalmente para aqueles considerados mais pobres em que os recursos do fundo de participação<sup>46</sup> são limitados.

Pesquisas realizadas por Machado (2008) apud Borges e Baptista (2010, p.14) indicam que os “gestores locais adotam estratégia de saúde da família por conta da possibilidade de maior aporte e regularidade de recursos com o financiamento federal, não por escolha”.

Já Pereira (2006) apud Borges e Baptista (2010, p.14) assinala que:

---

<sup>46</sup> O Fundo de Participação dos Municípios é uma transferência constitucional (CF, Art. 159, I, b), da União para os Estados e o Distrito Federal, composto de 22,5% da arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). A distribuição dos recursos aos Municípios é feita de acordo com o número de habitantes, onde são fixadas faixas populacionais, cabendo a cada uma delas um coeficiente individual.

[...] há estudos que revelam que poucas cidades com sistemas de saúde complexos optaram pela adoção do PSF como estratégia substitutiva do modelo assistencial, permanecendo a opção por uma estratégia voltada a grupos populacionais mais vulneráveis.

O resultado disso, segundo Ronzani e Stranlen (2003, p.12), é que a Saúde da Família passa a adquirir “características que dependerão da perspectiva política dos administradores municipais, correndo o risco de uma atomização de sua estratégia”.

Somados a isso, ao verificar os dados demonstrados no quadro a seguir sobre a pesquisa do perfil dos prefeitos eleitos em 2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da qual aponta que 38% deles possuem ensino superior completo e 27% somente o ensino médio, é possível supor que a baixa escolaridade de muitos desses gestores (o que pode gerar parcos conhecimentos sobre a política de saúde) e a própria cultura presente no interior dessas classes, podem influenciar negativamente na forma de investir na melhoria da saúde do município, resultando numa reprodução dos atuais problemas da política de saúde, já muito conhecidos, como ineficiência, pouca resolutividade, insatisfação profissional, má gestão tanto na operacionalização, quanto nos recursos, e dentre outras.

Quadro 3 - Grau de instrução dos prefeitos brasileiros

Grau de instrução dos prefeitos brasileiros	
Fundamental incompleto: 258 (4,5%)	Fundamental completo: 291 (5,5%)
Médio incompleto: 190 (3%)	Médio completo: 1.490 (27%)
Superior incompleto: 419 (8%)	Superior completo: 2.158 (38%)
Pós-graduação: 762 (14%)	Total: 5.570 prefeitos (100%)

Fonte: Elaborado pela autora, segundo IBGE (2013).

Com relação ainda ao caráter substitutivo proposto pela política um questionamento merece ser levantado. Como esse modelo pode propor uma assistência baseada em ações de prevenção e promoção enquanto ordenamento do sistema de saúde, convivendo paralelamente com um complexo médico-industrial que induz a medicalização e a realização de exames excessivos? Cumpre destacar que esses serviços prestados pela atenção básica, por si só, não conseguem alterar a

realidade dos usuários no que tange ao processo saúde-doença. Investir numa política de atenção básica requer investir também em outras políticas intersetoriais, como saneamento básico, emprego e renda, educação, dentre outras, visto que, a saúde dos indivíduos não implica somente a ausência de doenças, mas envolvem outras dimensões cujos fins se referem à qualidade de vida dos mesmos.

Daí porque a política apresenta um caráter contraditório existente entre os princípios que regem suas ações e o seu desenho. De fato, a materialização e a operacionalização da ESF não se apresentam enquanto uma política universal, mas como focalizada e seletiva, direcionada àqueles que não conseguem utilizar os serviços prestados pelo mercado. Neste sentido, concorda-se com Pereira (2007, p.87) que propostas como estas, ao focalizar “[...] as ações sobre os pobres, as políticas sociais se direcionam para a equalização da igualdade de oportunidade perdendo de vista o princípios da igualdade de condições”.

Outro possível entrave que pode ser impeditivo para que a política cumpra com o seu objetivo, diz respeito às divergências que possivelmente ocorrem entre a formulação nacional e a implementação local. De acordo com Goulart (2007, p.347):

Ao gestor federal, que é o Ministério da Saúde, não cabe apenas a ação de formular e ao município executar o programa, trata-se de um processo de co-gestão, que se encaixa no modelo organizacional do SUS, em que tanto município, como Estado e União dividem a responsabilidade sanitária pela Atenção Básica no país. Portanto, o que é executado no município, com o suporte técnico e financeiro do estado, deverá ser usado para formular e reformular as políticas nacionais e o aporte de recursos financeiros destinados a execução.

O autor destaca, portanto, que o resultado desse processo é um complexo de interações que inclui formulação-implementação-avaliação-reformulação, que podem ocorrer não necessariamente nesta ordem. (GOULART, 2007). E acrescenta que, o gestor federal ao mesmo tempo que está imerso em processos de implementação, recebe permanentemente retro-alimentação dos sistemas de informação em níveis locais, e os gestores municipais, além de serem responsáveis pela implementação da política, devem estar atentos à nuances da dinâmica permanente da realidade local. Nesse aspecto, o conflito deriva do fato de que existe uma normatização dura do governo federal para que a política seja implementada, mas sem levar em consideração as “[...] características específicas das populações

dos distintos territórios e as condições concretas de vida, que condicionam o modo de expressão dos problemas de saúde e doença”. (TEIXEIRA, 2006, p.34).

Soares(2000) observa que essa proposta tem sido:

[...] imposta de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizadas no nível central, e bancada por "incentivos" financeiros no repasse de recursos, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos Municípios. [...] desconsideram totalmente a enorme heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde - a maioria dos quais sequer possui uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção - o que limita o atendimento dado a uma simples 'porta de entrada', sem resolutividade e sem "porta de saída". (SOARES, 2000, p11).

Esse fato leva a supor, ainda, um possível descumprimento de critérios estabelecidos pela política em algumas localidades e /ou a flexibilidade e inovações da mesma<sup>47</sup>.

## **B) Territorialização e cadastramento da clientela**

Conforme as normativas da ESF, as equipes de saúde devem trabalhar com o território definido, sendo responsáveis tanto pelo cadastramento quanto pelo acompanhamento da população vinculada à área adscrita.

Cada Unidade de Saúde deve trabalhar com a adscrição de clientela e definir um território de abrangência. A quantidade de equipes de saúde por UBS varia de acordo com o número de famílias a ela vinculadas. De acordo com a PNAB/2012, uma equipe é responsável por, no mínimo 600 e, no máximo 1000 famílias, não podendo ultrapassar o total de 4000 pessoas atendidas, sendo a média recomendada 3000. (BRASIL, 2012).

Os formuladores da política entendem que a ideia de territorialidade adotada não se limita apenas ao espaço geográfico a que se circunda, mas é também o espaço onde se observam as diferentes vivências e nos quais se manifestam as diversas relações familiares. Apesar do foco do atendimento ser as famílias, fica implícito a atuação sobre o ambiente de reprodução social delas. Deste modo, as ações desenvolvidas pela ESF devem levar em consideração as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas de cada território.

O novo formato da assistência proposto no âmbito do Saúde da Família, tem na sua cartografia a localização central do espaço territorial, que delimita a

---

<sup>47</sup> Como destacado é apenas uma suposição que poderá ser objeto de investigação em outra pesquisa.

área de responsabilização de uma determinada equipe, e é por excelência o locus operacional do programa. Aqui comparece todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia / vigilância à saúde, cujo instrumental ocupa um papel central nas práticas da Equipe de Saúde da Família. (FRANCO; MERHY, 1999, p.2).

Ao se definir o território de abrangência, as equipes de saúde ficam responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. O cadastramento é realizado através das vistas domiciliares feitas pelas equipes de saúde.

A partir desse processo, espera-se que no cadastramento sejam:

[...] identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/ equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência. A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. (BRASIL, 1997, p.12).

Nicolau (2009) assinala que a organização dos serviços tomando como referência a territorialidade se apresenta como um elemento indutor que faz com de um lado a população reconheça os serviços de saúde existentes e, por outro lado, o sistema de saúde local possa identificar a demanda populacional. A autora afirma que, partindo desse ponto de vista, a política se estrutura através de uma concepção de porta de entrada dos serviços de saúde, do território e do cadastramentos, sendo que o conjunto dessas três “[...] concepções configuram o princípio do acesso universal em consonância com o da equidade.” (NICOLAU, 2009, p.44).

Cabe pontuar que, como verificado no desenho da política, o território de abrangência deve facilitar as ações de vigilância à saúde, permitindo a realização de um diagnóstico situacional, contudo, corre-se o risco que essas atividades e ações desenvolvidas acabem sendo limitadas somente àquelas famílias cadastradas.

O desenho inicial da política preconiza que as equipes de saúde possam trabalhar buscando o fortalecimento de vínculos com a comunidade assistida. Espera-se ainda a prestação de um atendimento humanizado e de qualidade. Além disso, faz parte das obrigações desses profissionais realizar atividades educativas e de promoção de saúde. (BRASIL, 2006, BRASIL, 2011).

Ao responsabilizar a equipe com uma determinada população, no âmbito de uma área delimitada, subjaz automaticamente na Política a noção de vínculo demonstrando que essa noção encontra-se bastante presente no desenho da ESF. Essa ideia tem como princípio “[...] a constituição de referências do usuário para com os profissionais que deverão se responsabilizar para o cuidado à sua clientela.” (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 3).

Nessa perspectiva é que o vínculo passa a ser a diretriz do modelo de atenção básica e deve ocorrer através da aproximação dos usuários com os profissionais da política, pois através do mesmo, a proposta pretende criar laços de compromisso e de corresponsabilidade entre usuários e profissionais. (BRASIL, 2006).

A visita domiciliar, o acolhimento, a escuta, as reuniões com os usuários e comunidades e o compromisso em resolver o problema de saúde do usuário se constituem elementos essenciais para o estabelecimento desse vínculo.

O desenho da política aponta que a noção de vínculo está ligada a uma face humanitária, onde há uma construção de novos valores e comportamentos dos profissionais de saúde pautados pela ideia de solidariedade, cidadania e humanização na assistência.

Salienta-se que o que o exercício da busca ativa da população e a formação de vínculo se torna possível devido à imensa capilaridade social observada em estratégias como a Saúde da Família.

Contudo, como em muitos municípios ainda perdura na relação trabalhista a contratação temporária das equipes de saúde, é possível que ocorra uma elevada rotatividade destes profissionais, o que dificulta e, na verdade, inviabiliza a construção desse vínculo.

### **C) Abordagem multiprofissional**

A terceira diretriz da ESF aqui mencionada se refere à abordagem multiprofissional. A PNAB destaca que as equipes de Saúde da Família devem ser composta por profissionais de diferentes categorias.

De acordo com a política, a ESF deve ser constituída por equipes multiprofissionais, compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar

de enfermagem, seis agentes de saúde, que atuam em unidades básicas de saúde e se responsabilizam por uma população delimitada territorialmente.

Através da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 foi criado incentivo financeiro para a composição das equipes de saúde bucal, em duas modalidades. (BRASIL, 2010). A primeira é composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário com trabalho integrado a uma ou duas equipes de Saúde da Família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que à equipe de saúde da família vinculada, cuja jornada de trabalho é de 40 horas semanais para todos os componentes. Já a segunda modalidade, é composta pelos mesmos requisitos, mas é acrescentado mais um profissional, o Técnico de Higiene Bucal.

Acerca do processo de trabalho, a Política destaca as atribuições da equipes de saúde, a saber:

[...] manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definir de forma precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; realizar diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; utilizar a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando à proposição de intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalhar de modo interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promover e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; acompanhar e avaliar de forma sistemática as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. (BRASIL, 2006, p.12).

Verifica-se, portanto, que essa política requer uma mudança no processo de atuação dos profissionais, pois conforme as normativas, devem focar o atendimento não apenas na atenção às condições agudas, mas prestar assistência também àqueles portadores de doenças crônicas, com especial cuidado às fases específicas dos ciclos da vida como idosos e crianças.

O desenho da ESF também aponta que a assistência deve ser realizada seguindo uma linha de cuidados em áreas específicas, a saber: saúde da criança, do

idoso, do adolescente, da mulher; do homem; controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal; e saúde mental. (BRASIL, 2006).

A proposta destaca as equipes profissionais como elemento fundamental no processo de implementação dessa política. No entanto, verifica-se alguns nós que podem ser considerados impeditivos de uma efetiva execução das ações propostas e de uma possível mudança no que tange à reorganização do sistema de saúde, dos quais dizem respeito tanto ao processo de organização do trabalho, quanto à questão da formação e do desenvolvimento de recursos humanos para a ESF.

Para o cumprimento dos objetivos elencados na política, a forma como está arquitetada e organizada a Saúde da Família requer dos profissionais envolvidos um preparo técnico bastante diversificado, uma vez que devem possuir capacidade para resolver a maioria dos problemas referentes à saúde dos seus usuários.

Contudo, Costa (2000) e Viana e Dal Poz (1998) apontam que esses profissionais, em especial a categoria médica, desde o surgimento da ESF passaram a encontrar dificuldades no desenvolvimento de suas práticas devido à própria formação acadêmica, visto que durante muito tempo perduraram resistências das instituições de ensino em Medicina em explorar o campo referente à Saúde Coletiva e não incentivar a formação de médicos generalistas, já que há uma super valorização do médico especialista. Daí, portanto, a necessidade de uma política de educação permanente para o SUS, que garanta a realização de práticas de saúde resolutivas.

Diante dessa realidade bem como da necessidade de atrair essa classe para a atenção básica é que na gestão da Presidente Dilma Roussef (2011-2014), os Ministério da Saúde e da Educação lançaram a Portaria Interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011, na qual institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). A finalidade é estimular e valorizar os profissionais de saúde que atuam em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da ESF e levá-los para trabalhar em locais onde há carência para esse nível de atendimento do SUS, tanto no interior do país, quanto nas periferias dos grandes centros urbanos. O programa incentiva a categoria médica recém-formada através de uma bolsa monetária, cuja valor atual é de R\$10 mil reais. O PROVAB prevê atuação de profissionais de saúde durante 12 meses em diversos postos de atuação pelo país,

supervisionados por uma instituição de ensino, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em Atenção Básica provido pela Rede UNA-SUS. Semanalmente o profissional terá 32 horas de atividades práticas nas Unidades de Saúde e 8 horas no curso de especialização.

Com finalidade semelhante ao PROVAB, em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos, cujo objetivo é melhorar o atendimento aos usuários do SUS, prover investimentos em infraestrutura de hospitais e unidades básicas de saúde e contratar profissionais para aquelas localidades consideradas não atrativas para estas classes. Tal iniciativa prevê a atuação de profissionais estrangeiros com formação médica.

A medida provisória que cria o programa, também instituiu a previsão 11.447 vagas em faculdades de medicina até o ano de 2017. Fica determinado que a partir de 2015 as grades curriculares das instituições públicas e privadas aumentarão em dois anos, e a duração do curso subirá de 6 para 8 anos. Com esse novo ciclo, um ano será voltado para a formação na atenção básica e o outro nos setores de urgência e emergência.

Cumprir observar que, essa iniciativa causou insatisfação à categoria profissional e foi alvo de críticas e polêmicas, inclusive por parte do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Medicina, por entenderem que a proposta do PROVAB serve para favorecer a exploração do trabalho, como se verifica na declaração abaixo feita por uma carta conjunta de algumas entidades:

Trata-se de uma manobra, que favorece a exploração de mão de obra. Não se pode esquecer que os estudantes já realizam estágios nas últimas etapas de sua graduação e depois passam de três a cinco anos em cursos de residência médica, geralmente em unidades vinculadas ao SUS (Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam))<sup>48</sup>.

Com essa estratégia, o governo consegue aumentar artificialmente o número desses profissionais no mercado, de modo a atender as demandas por este profissional da política pública em questão. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a carência atualmente no Brasil é de 26.311 médicos para trabalhar nas unidades do SUS.

O Brasil tem 1,8 médico para cada mil brasileiros, índice abaixo de outros latino-americanos como Argentina (3,2) e México (2). Para igualar-se à média de 2,7 médicos por mil habitantes registrada na Inglaterra, em cujo sistema

---

<sup>48</sup> Disponível em [www.g1.globo.com](http://www.g1.globo.com). Acessado em 27 de dezembro de 2014.

de saúde se inspirou o Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil precisaria ter hoje mais 168.424 médicos. (BRASIL, 2015).

Contudo, com estratégia do PROVAB, a qualidade do atendimento torna-se duvidosa, especialmente no que concerne aos diagnósticos mais precisos, uma vez que não são médicos que estão atendendo nas equipes, mas alunos de medicina ainda em processo de formação. Tendo esses elementos como referência, não se sabe o que poderá gerar mais problemas na política de saúde, se a falta completa de médicos para atendê-la ou o atendimento precário e impreciso feito por alunos de medicina que são obrigados e incentivados a atuarem na rede pública. Isso indica que a escolha por esse caminho pode ter atendidos a interesses tanto internacionais, quanto eleitoreiros por parte do governo federal, e menos um compromisso em oferecer uma saúde de qualidade especialmente aos negativamente privilegiados.

A estratégia do governo de aumentar, mesmo que artificialmente, o número de médicos atuando no Brasil, tem um impacto importantíssimo no jogo político que envolve o poder da classe médica que, no Brasil, age semelhante a uma casta alta que costumeiramente possuem privilégios que outros grupos de profissionais, como os que compõem a estratégia Saúde da Família, não tem. Assim, o aumento da oferta desses profissionais no mercado pelas várias vias criadas pelo governo pode, a médio ou longo prazo, corroer mais rapidamente, aquilo que Bourdieu chamou de o valor simbólico do diploma de medicina no Brasil, assim como foi feito com os profissionais de enfermagem em meados da década de 1990.<sup>49</sup> (BONNEWITZ, 2003). O resultado dessa política tende a ser o de impactar diretamente os salários desses profissionais, conseqüentemente seu status social também. O que a longo prazo pode ter impacto positivo na permanência desse profissional na atenção básica, em situação semelhante as dos demais profissionais, sem os privilégios que hoje possuem, como por exemplo o descumprimento da carga horária de 30 horas semanais nos postos de saúde.

Ademais, apesar do PROVAB trazer avanços para a atenção básica, no sentido de recrutar profissionais para trabalharem nesse nível, não é suficiente

---

<sup>49</sup> Para o sociólogo francês, os títulos ou diplomas mais raros só possuem valor justamente por sua raridade. A partir do momento em que se tornam acessíveis a uma parcela maior da população, como é o caso aqui analisado, inicia-se um processo de desvalorização. É isso que Bourdieu chama de “inflação dos títulos escolares.” Sobre o tema, conferir Nogueira (2009); Bourdieu (1998).

somente ampliar o número de médicos ou de vagas em cursos de medicina, mas é imprescindível o investimento na saúde, com melhorias na infraestrutura e qualificação dos recursos humanos, não só da classe médica, mas todos que compõem as equipes de saúde.

Outros problemas identificados no desenho da política em relação aos recursos humanos dizem respeito aos critérios das formas contratuais, da jornada de trabalho e dos salários. Importa destacar que, conforme as normativas da ESF, fica a cargo do município a contratação e forma de vínculo dos profissionais, assim como os custos com a manutenção da política. (BRASIL, 2012).

Apesar da Constituição Federal exigir o ingresso ao emprego público por meio de concurso de provas e títulos, as relações contratuais da ESF, em muitos casos, ocorrem por meio de empregos temporários, principalmente com os agentes de saúde. Portanto, a forma como tem sido realizada a seleção das equipes de saúde pode servir de manobra eleitoreira, favorecendo a relação de apadrinhamento, clientelismo e subordinação. Práticas ainda bastante presentes na maneira de fazer política e na administração pública no Brasil.

A esse respeito Soares (2000, p.11) observa que, na prática essa proposta:

[...] têm substituído profissionais qualificados por pessoas sem qualificação, com uma remuneração praticamente simbólica, com contratos de trabalho precários, sob o falso argumento de que esses agentes estariam mais "próximos" da comunidade. Quem conhece a realidade e trabalha nesses programas sabe das inúmeras distorções que essa falsa premissa tem provocado, como os mecanismos de cooptação e o clientelismo nas contratações, somando-se as já mencionadas limitações desses agentes na resolução dos problemas de saúde da população.

Isso pode concorrer para uma grande rotatividade das equipes de saúde nas UB, já que mudam a cada gestão política, o que acaba comprometendo a eficiência dos serviços prestados. Assim, como argumentado anteriormente, o vínculo entre a população e a equipe de profissionais, uma das marcas que deveria vigorar nessa política pública, possivelmente fica comprometida e/ou dificultada. A oferta restrita de médicos existentes também deixa essa categoria numa situação relativamente confortável, diferentemente de outras categorias, como exemplo a de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais da equipe que, em função da proliferação dos cursos técnicos e superiores, encharcam o mercado de trabalho desses profissionais, facilitando por parte das prefeituras a contratação e a

barganha em termos de redução de salários, especialmente em municípios de pequenos e médios portes. Enfermeiros que em meados da década de 1990 ganhavam em torno de 12 mil reais por mês e tinham possibilidade de trabalhar em várias prefeituras pelo regime de plantão, atualmente, segundo dados do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas<sup>50</sup> (IPEA), recebem em torno de R\$ 2.442,50 reais, por um regime de 30 horas semanais.

Há que se mencionar uma outra questão que se refere à diferenciação salarial entre as categorias de nível superior, sendo que os salários da classe médica são mais elevados do que os de outros profissionais da atenção básica. De acordo com o IPEA, a média salarial nacional das equipes de saúde pode ser observada no quadro a seguir:

Tabela 3 - Média salarial dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família

PROFISSIONAL	MÉDIA SALARIAL NACIONAL	
Médico	R\$ 7.477,40	
Enfermeiro	R\$ 2.442,50	
Dentista	R\$ 2.755,90	
Auxiliares de enfermagem	R\$ 736,25	
Técnicos de enfermagem	R\$ 736,25	
Agentes de comunitários de saúde	R\$ 613,54	
Equipes do NASF (assistente social, nutricionista, terapeutas ocupacionais, psicólogos)	R\$ 2.442,00	

Fonte: Elaborado pela autora, segundo IPEA (2013).

Bravo e Pereira (2001) chamam atenção para o fato de que esse tipo de relação não é suficiente para garantir a qualidade da assistência e nem tão pouco atrair essas categorias profissionais para trabalharem no primeiro nível de assistência do SUS. Além disso, a autora ainda afirma que esse tipo de relação trabalhista

<sup>50</sup> Dados disponíveis em [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). Acessado em 30 de janeiro de 2015.

contradiz com a proposta da ESF, uma vez que “[...] se a intenção é de implantar um modelo de atenção integral, o valor do trabalho deve ser considerado igual.” (BRAVO e PEREIRA, 2001, p.241).

Ademais, mesmo com a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS<sup>51</sup>, são inúmeras as pesquisas realizadas (MACHADO, 2011; GIRARDI, 2007; 2009; OPAN, 2010) no Brasil das quais apontam que, em relação aos vínculos empregatícios, predominam ainda no SUS os contratos temporários ou informais. Fato que faculta aos profissionais de saúde os direitos trabalhistas garantidos em lei, como 13º salário, férias remuneradas, recolhimento da previdência social, gratificações por insalubridades, dentre outros. Deste modo, concorda-se com Nicolau (2008) quando afirma que sem essa proteção:

Os profissionais ficam à mercê da instabilidade político partidária e de diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros. O contrário temporário, ao mesmo tempo em que pode viabilizar a Estratégia, não dá sustentabilidade, pois em função da temporalidade dificulta o vínculo com a comunidade, um dos aspectos fundamentais da ESF. (NICOLAU, 2008, p.61).

Com relação à prática das equipes de saúde, Teixeira (2006) destaca que a atenção básica ainda está longe de ser considerada uma política capaz de dar conta daquilo que preconiza nos seus documentos oficiais. A autora aponta que:

[...] apesar dos esforços de capacitação e educação dos diversos profissionais, há estudos que evidenciam uma baixa qualidade da atenção e baixa efetividade na resolução de problemas comuns, como por exemplo, o controle das diarreias em menores de um ano ou a redução da mortalidade materna, entre cujos fatores de risco encontra-se a baixa cobertura e a baixa qualidade de atenção ao pré-natal. (TEIXEIRA, 2006, p.65).

Um dos objetivos da política de atenção básica é que as atividades de prevenção e promoção desenvolvidas pela ESF, reduzam a necessidade de acesso aos outros níveis de atenção do SUS, como por exemplo a quantidade de internações hospitalares. Contudo, se a política apresenta pouca resolutividade na porta de entrada do sistema, o resultado desse processo pode gerar um aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade.

---

<sup>51</sup> Com o objetivo de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Tal iniciativa leva, em consideração, o porte e as necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de intervenção, estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos (Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 28 de janeiro de 2014).

MAFRA (2011) ao realizar uma pesquisa sobre os impactos da atenção básica em indicadores de internação hospitalar no Brasil constatou que o aumento de algumas taxas de internações em municípios dos Estados Norte e Nordeste, leva a supor que a atenção básica não está funcionando como instrumento capaz de diminuir as hospitalizações em regiões carentes de serviços de saúde. O autor destaca que esse fato não ocorre somente pela ineficiência da AB, mas também pela falta de ações efetivas de outras políticas que interferem diretamente na saúde da população, como saneamento básico, educação, trabalho, dentre outros.

Acarreta-se, assim, um outro problema, uma vez que o sistema de referência e contra-referência não consegue garantir a continuidade do tratamento quando encaminhado para os outros níveis de assistência do SUS, comprometendo a materialização do princípio da integralidade das ações, já que o usuário da atenção básica não consegue ter acesso a todo tipo de assistência da política de saúde.

Outra questão que merece destaque é com relação à operacionalização da política, diz respeito ao seu foco de atendimento, tanto no que se refere ao entendimento e concepção da família, quanto à abordagem familiar.

Os documentos oficiais da ESF não demonstram explicitamente qual conceito de família é adotado pela política.

Sabe-se que nos últimos anos houve uma mudança no padrão brasileiro de organização familiar. Verifica-se o surgimento de novas configurações familiares<sup>52</sup> que se diferem da família nuclear nos moldes judaico-cristãos compostos por pai, mãe e filho. E ao analisar a ESF surgem alguns questionamentos acerca dessa temática, a saber: o Estado tem dado a mesma atenção às famílias independentemente das configurações que possuem? Todos têm o mesmo papel e o mesmo peso para o Estado? O modelo de política de saúde privilegia somente aquelas famílias em que todos os membros estão dispostos sob o mesmo teto? Como fica o atendimento àqueles grupos familiares que não possuem vínculo familiar? Ou mesmo àqueles famílias que não possuem teto? A política consegue chegar a esses segmentos? Se positivo, a integralidade das ações é garantida?

---

<sup>52</sup> Novos arranjos familiares: casais sem filhos, famílias monoparentais, famílias chefiadas pelos avôs, união homoafetiva, várias famílias morando no mesmo teto, famílias sem teto, etc.

Embora sejam questionamentos que extrapolem o objetivo da presente pesquisa, pois requer um estudo além do proposto do qual demanda mais tempo do que o disponível em trabalho como este, supõe-se que há um vácuo ainda não contemplado por esse modelo de política pública: atingir essas novas configurações familiares de forma a compreender suas determinações do modo de viver, ou seja,

[...] é necessário que os profissionais de saúde avancem efetivamente na perspectiva de incorporar na rotina do trabalho a abordagem da família, inclusive a partir de uma formação contínua que os sensibilize para lidarem com esta complexa instituição, sem cair em posturas conservadoras, com caráter de patrulhamento cultural ou sanitário. (CARNEIRO, 2007, p.8).

Sunkel (apud MIOTO et al., 2009) chama atenção para o fato de que, além dessas novas configurações familiares citados acima, há que se considerar ainda, as demandas sociais da contemporaneidade (gravidez precoce, envelhecimento, redução do número de filhos e dentre outros) das quais tem impactos diretamente nas estruturas familiares, necessitando de diferentes estratégias de proteção social. Nesse sentido, os formuladores de políticas sociais, em que a família é o foco primordial de atendimento, devem apreender o conjunto dessas complexidades, a fim de que seu público alvo possa ter o devido aparato do Estado.

Outra preocupação do autor é que esses tipos de políticas sociais geralmente atuam com adoção da concepção de família nuclear, sendo que a rigidez dessa definição de família não consegue dar respostas às demandas postas na atualidade. Isso porque as:

[...] normas que regulamentam os programas sociais estão baseadas em uma exigência de relações familiares formalmente estabelecidas, o que resulta em discriminação para quem optar por outros arranjos familiares". (SUNKEL apud MIOTO et al., 2009, p.53).

A esse respeito, é consenso entre os estudiosos na área que existem fragilidades na formação dos profissionais de saúde em relação ao objeto de intervenção da ESF, a família. De acordo com Mendonça (2005) e Marsiglia (2005), embora os profissionais compreendam que há uma diversidade de configurações e formas familiares, ainda perdura, muitas vezes, na prática, uma visão idealizada e tradicional da instituição familiar. Marsiglia (2005, p.173) afirma que não há uma preocupação em preparar esses profissionais acerca da concepção de família, como "[...] se isso fosse decorrente de um talento inato de cada um ou de experiências pessoais, ou, ainda, que a questão não fosse objeto de conhecimento especializado".

Ribeiro (2004) afirma que existem ambivalências, diferenças e contradições da prática profissional no que diz respeito à abordagem familiar. Conforme destaca o autor:

Na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcelizada ou identificada através de representantes e substitutivos, ou ainda, como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico. (RIBEIRO, 2004, p.5).

Ao tratar de abordagem com as famílias, os cadernos que tratam do conceito, das diretrizes e da metodologia do PSF trazem elementos que fundamentaram a construção de diversas categorias<sup>53</sup> sobre como está sendo essa intervenção. Ribeiro (2004) assinala essas categorias, a saber:

1. **Família/indivíduo:** essa abordagem traz o indivíduo como foco de atenção e a família é vista como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo saúde/doença dele, portanto, carecendo de orientação e treinamento.
2. **Família/domicílio:** o foco de atenção se limita ao ambiente, à infra-estrutura material e às condições de cuidado desse domicílio. De acordo com Ribeiro (2004, p.5) o domicílio serve de base para diferenciar as “famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde, ou de outras que estão em situação de risco socioambiental”.
3. **Família/indivíduo/domicílio:** abordagem focada no doente presente no domicílio ou circunstancial como é o caso do recém-nascido, puérpera, idoso. Aqui há uma intensificação das responsabilidades da família com seus membros.
4. **Família/comunidade:** nesse tipo de abordagem os cuidados são universalizados às famílias, inexistindo singularidades e individualidades. A identidade e processo de viver se definem “[...] sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade.” (RIBEIRO, 2004, p.5). Nessa perspectiva, as famílias se tornam

---

<sup>53</sup> Essa categorização é fruto de debates, estudos, participações de eventos e experiências dos membros do Grupo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Saúde da Família (GAPEFAM) da Universidade Federal de Santa Catarina, criado desde 1990.

responsáveis pelos problemas locais da comunidade (marginalidade, violência), devendo intervir por meio de ações que resolvam os problemas.

5. **Família/risco social:** direcionada àquelas famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social e que carecem de ajuda para realizar suas funções, pois estão desprovidas de condições materiais e sociais.
6. **Família/família:** nessa abordagem o foco principal é a família, levando em consideração as condições, os recursos, os saberes, as emoções, a organização, a dinâmica, enfim, a identidade de cada instituição. Portanto, é considerada “[...] em seu ser e viver, conseqüentes à sua inserção no contexto social, historicamente contextualizada, imersa na complexidade de ser família na pós-modernidade.” (RIBEIRO, 2004, p.6).

Frente ao exposto, concorda-se com Ribeiro (2004) que diante dessa diversidade de abordagens das quais não estão interligadas e nem se complementam entre si, é impossível prestar um atendimento integral, visto que quem é merecedor desse cuidado não pode sequer ser suficientemente identificado. Desse modo:

Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF real. Nesse cenário os diferentes atores podem trabalhar com múltiplas abordagens de família, produzindo-se o entendimento de que se fala e cuida de um mesmo objeto. (RIBEIRO, 2004, p.6).

Ademais, no ideário do programa, a família passa a ser o foco de atenção ao invés do indivíduo. No entanto, Mendonça (2006) ao realizar um estudo avaliativo da ESF no Brasil identificou que na forma como vem sendo implementada a política, apenas os agentes de saúde conseguem deter um conhecimento maior acerca das famílias atendidas e sobre as suas áreas de abrangências, o que levou a concluir que o planejamento das ações desenvolvidas acaba não tomando como referência a unidade familiar, mas o indivíduo e prioritariamente aqueles que compõe a oferta organizada.

Por fim, segundo Souza (2000b), a questão de recursos humanos aliada ao financiamento são considerados os maiores nós críticos à sustentabilidade do programa. É, portanto, sobre esse último aspecto que trata o texto a seguir.

#### 4.2.1 Financiamentos da ESF

Os recursos financeiros se constituem elementos decisivos para que o sistema de saúde possa dar conta de atender aos objetivos propostos na CF/1988 e nas leis que regulamentam o SUS e, no caso da atenção básica, na PNAB.

Grosso modo, de acordo com a CF/1988, a responsabilidade do financiamento do SUS é tripartite (União, Estados e Municípios) e suas ações e serviços são custeados com os recursos advindos de impostos e contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social (OSS), o Orçamento Geral da União (OGU) e os recursos fiscais dos Estados e municípios, além de outras fontes (doações, alienações patrimoniais, dentre outras). O repasse dos recursos se dá mediante transferências fundo a fundo, ou seja, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Os recursos, resultantes dessas transferências compõem o financiamento das ações e serviços de saúde ambulatorial, hospitalar e a assistência dos três níveis de atendimento: básica, média e alta complexidade (BRASIL, 1988; 2006; 2012; TEIXEIRA; CONCEIÇÃO; CISLAGHI, 2012).

No que diz respeito, em especial, à atenção básica, cumpre afirmar que o financiamento também deve ser constituído de forma tripartite, com recurso da União, dos Estados e dos municípios.

O processo de municipalização da saúde foi desencadeado pelas edições das Normas Operacionais Básicas<sup>54</sup> e introduziu mudanças relevantes para a política de atenção básica.

A NOB/93 redefiniu os papéis das três esferas do governo e determinou que a execução do SUS se daria de forma descentralizada por níveis de gestão, sendo que o repasse dos recursos passaria a ser de forma direta tanto para os Estados, quanto para os municípios, criando um caráter automático de transferências fundo a fundo.

Para o financiamento da política fez-se necessário criar uma forma de repasse financeiro para a mesma. Para tanto, a NOB/96 criou o Piso de Atenção Básica e instituiu políticas de incentivos e atividades estratégicas, como o Programa de Agentes Comunitários (PACs) e o Programa Saúde da Família (PSF).

---

<sup>54</sup> As NOBs já foram detalhadas nessa pesquisa em capítulo anterior.

O PAB suprimiu o pagamento por produção e instituiu transferências de recursos para a atenção básica tomando como base os critérios populacionais, sendo que o cálculo para cada município tem por referência um valor *per capita*, como é afirmado na PNAB/2012:

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite, e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade. (BRASIL, 2012, p.86).

Para Draibe (1995, p.20) a forma de repasse financeiro criado com o PAB introduziu:

[...] um mecanismo redistributivo, em termos de recursos, por meio da fixação de um piso mínimo nacional, definido como um *per capita* por habitante/ano. Ou seja, na atenção básica, substituiu-se o tradicional critério de oferta de serviços (repasse de recursos de acordo com o número de pessoas atendidas) pelo critério da demanda (repasse de acordo com o número de habitantes). Reforçou-se, desse modo, a redistributividade do gasto regional e entre municípios, aumentando os impactos do SUS nos municípios pobres e desprovidos de serviços, por isso mesmo não atendidos pelo critério anterior.

Almeida e Behring (2008) assinalam que, na década de 1990 houve um redirecionamento do papel do Estado brasileiro, do qual já sofreu influência da política neoliberal, sendo que, apesar de avanços no financiamento, a política de atenção básica se esbarra:

[...] em uma série de constrangimento postos pela adoção de medidas de ajuste estrutural da economia e contingenciamento dos gastos públicos, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990 (ALMEIDA; BEHRING, 2008, p.210).

O PAB é destinado exclusivamente para custear as ações e serviços da atenção básica. É constituído por dois componentes, o fixo e o variável, e corresponde a um montante de recursos financeiros destinados à execução das ações e serviços de atenção básica à saúde, compondo o teto financeiro do Bloco de Atenção Básica do SUS (Bloco AB), criado em 2006 com o Pacto pela Saúde<sup>55</sup>. A soma do PAB fixo com o variável compõe o Bloco AB.

---

<sup>55</sup> Com o Pacto pela Saúde, o financiamento passou a ser dividido por blocos. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, definidos de acordo com as especificidades das ações e os serviços de saúde pactuados em cada bloco. No que se refere à ESF, sua inserção se dá no bloco da atenção básica, no componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável). (BRASIL, 2012).

Importa mencionar que, os recursos provenientes do PAB não substituem as fontes de recursos próprios destinadas à saúde pelos Estados e Municípios. Para ter direito aos incentivos do PAB variável, os municípios devem aderir à ESF ou a outros programas a que este repasse esteja vinculado.

O PAB fixo, destinado a todos os municípios, é transferido de forma regular e automática, de acordo com o contingente populacional. Dain (2000) apud Veiga (2008) destaca que, ao adotar um critério populacional para as transferências, o PAB:

[...] coloca recursos do Sistema Único de Saúde em municípios sem relacioná-los à oferta ou à rede estruturada. Este esforço distributivo pode tanto resultar em uma política pulverizada de recursos como também em efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas". (DAIN, 2000, p. 109 apud VEIGA, 2009, p.83)

O PAB fixo é calculado pela multiplicação de um valor *per capita* nacional, que varia entre R\$23,00 (mínimo) e R\$28,00 (máximo)<sup>56</sup>, conforme observado na tabela a seguir:

Tabela 4 - Financiamento da Atenção Básica – PAB Fixo

MODALIDADE/MUNICÍPIO	VALOR <i>PER CAPITA</i>	POPULAÇÃO
Grupo I	R\$ 23,00	até 50 mil habitantes
Grupo II	R\$ 21,00	até 100 mil habitantes
Grupo II	R\$ 19,00	até 500 mil habitantes
Grupo IV	R\$ 18,00	Municípios não contemplados nos itens anteriores.

Fonte: Elaborado pela autora, segundo Brasil (2011).

Importa destacar que, os recursos advindo do PAB fixo devem custear todos os procedimentos ambulatoriais pertinentes à atenção básica da saúde, a saber: consultas médicas especializadas; atendimento odontológico básico; pequenas cirurgias; vacinação; assistência nutricional e alimentar; assistência ao parto domiciliar; pronto atendimento em unidade básica de saúde; dentre outras despesas (diárias e ajuda de custo para os profissionais; material de consumo, de limpeza, de expediente; medicamentos; e etc.). (BRASIL, 2012).

<sup>56</sup> Valores atuais em 15 de fevereiro de 2015.

Já o PAB variável é composto por uma parte modificável, que consiste no montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias: Saúde da Família; Saúde Bucal; Agentes Comunitários de Saúde; NASF; Saúde Indígena; Assistência Farmacêutica Básica; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Compensação de Especificidades Regional; e Saúde no Sistema Penitenciário. (BRASIL, 2012).

O repasse dos recursos para a ESF devem obedecer aos critérios estabelecidos pela PNAB, da qual criou duas modalidades de incentivos às equipes de Saúde da Família, conforme observado no quadro 4.

De acordo com a PNAB (2012), os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O montante transferido deve ser utilizado para o pagamento dos profissionais das ESF e variam segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais, categoria do NASF e número de agentes comunitários de saúde registrados, conforme se observa no quadro a seguir:

Quadro 4 - Financiamento da Atenção Básica – PAB variável<sup>57</sup>

<b>Componentes de financiamento</b>	<b>Valores</b>
<b>Incentivo Saúde da Família (ESF)</b>	<p><b>ESF modalidade 1</b> (municípios de até 30.000 hab e/ou equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos): <b>R\$ 10.695,00</b> por equipe/mês</p> <p><b>ESF modalidade 2</b> (todas as equipes que não se enquadram no critério da mod 1): <b>R\$ 7.130,00</b> por equipe/mês</p> <p>Incentivo implantação: <b>R\$20.000, 00</b> por equipe implantada (ESF mod 1 e 2)</p>
<b>Incentivo Saúde Bucal (ESB)</b>	<p><b>ESB modalidade 1</b> (dentista+ASB): <b>R\$2.230,00</b> por equipe/mês (se vinculada à ESF mod 1: <b>R\$3.345,00/mês</b>)</p> <p><b>ESB modalidade 2</b> (dentista + TSB): <b>R\$ 2.980,00</b> por equipe/mês (se vinculada à ESF mod 1: <b>R\$4.470,00/mês</b>)</p> <p><b>ESB modalidade 3</b> ( ESB mod 1 e 2 que operam a Unidade Odontológica Móvel – UOM): <b>R\$4.680,00/mês</b></p> <p><b>Incentivo implantação: ESB mod. 1 e 2: R\$7.000,00.</b></p>

<sup>57</sup> Valores relativos ao não de 2014.

	A cada equipe implantada o município receberá do MS os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los.
<b>Incentivo Agentes Comunitários de Saúde (EACS)</b>	<b>R\$871,00/mês</b> por ACS + parcela extra no último trimestre de igual valor
<b>Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)</b>	<p><b>NASF 1</b> (referência para de 8 a 15 equipes Saúde da Família): <b>R\$20.000, 00/mês</b> por equipe</p> <p><b>NASF 2</b> (referência para de 3 a 7 equipes Saúde da Família): <b>R\$8.000,00/mês</b> por equipe</p> <p><b>Incentivo implantação:</b> uma parcela extra de igual valor ao custeio mensal NASF 1 ou 2</p>

Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados de Brasil (2012; 2013)

Esses valores são atualizados com frequência através de portarias do governo federal. A última atualização foi realizada através das portarias nº 459 de 15 de março de 2012 e nº 1.409 de 10 de julho de 2013.

Cumprir mencionar que, aqueles municípios que não aderirem às estratégias nacionais, só receberão do governo federal o repasse dos recursos advindos do PAB fixo.

Destarte, ao observar o quadro 4, no que se refere ao financiamento, a política faz uma diferenciação segundo as especificidades locais, pois municípios que possuem população de até 30 mil habitantes e se inserem na modalidade 1 recebem recursos superiores aos outros que compõem a modalidade 2. Ao fazerem essa distinção, os formuladores da política entendem que estão operacionalizando o princípio da equidade na partilha dos recursos, já que a distribuição geográfica dos recursos financeiros pretende obter igualdade no financiamento para necessidades iguais. Deste modo, essa redistribuição de recursos favorece as regiões mais pobres e de menor porte populacional, rompendo com uma situação anterior na qual muitos municípios recebiam poucos ou quase zero de incentivos para a política de saúde. (VIANA; DAL POZ, 1998).

Pesquisa realizada pelo IPEA, em 2013, acerca dos custos da atenção básica com foco nos recursos humanos demonstrou que o valor médio mensal de uma equipe de saúde da família é em torno de R\$18 mil reais sem encargos financeiros, variando entre as regiões Nordeste com R\$16,2 mil e o Centro-Oeste, R\$25,6 mil. (SERVO; VIEIRA, 2013). Levando em consideração que o maior valor repassado para os municípios é R\$ 10.695,00 reais por equipe de SF, fica evidente que os recursos

mensais do governo federal não cobrem as despesas com o pagamento de vencimentos e salários dos servidores que compõem a ESF.

Por essa razão, o financiamento é tripartite, devendo ter a contrapartida dos Estados e dos municípios, principalmente estes, que ficam responsáveis por contratação com pessoal, manutenção de infraestrutura, equipamentos, dentre outros. (BRASIL, 2002). O total de recursos destinados à saúde varia de acordo com a arrecadação e com as diretrizes, objetivos e prioridades definidas nos planos municipais de saúde de cada município.

A título de ilustração cita-se a pesquisa realizada por Viana<sup>58</sup> (2008 apud SGUÁRIO, 2008) acerca do financiamento da atenção básica nos municípios, ao serem questionados acerca da compatibilidade entre o montante de recursos próprios aplicados na saúde e a capacidade fiscal do município, os gestores municipais apontaram a dificuldade em aumentar os gastos em saúde, visto que:

De um lado, os gestores destacaram que a capacidade de arrecadação fiscal dos municípios encontra-se praticamente no limite, com pouca possibilidade de aumento, inclusive em virtude do tamanho da economia informacional, que não recolhe tributos e da sonegação fiscal; de outro, sublinharam que direcionar mais recursos próprios para a saúde significa retirar recursos de outras áreas que são igualmente importantes para o desenvolvimento do município. (VIANA, 2008 apud SGUÁRIO, 2008, p.78).

Nessa mesma direção Veiga (2009, p.47) ao discutir sobre o financiamento da atenção básica também argumenta:

Uma vez que os incentivos constituem a única maneira de os municípios viabilizarem recursos novos, a política de saúde a eles associada pode não corresponder às necessidades locais. Mais do que isso, como os valores repassados pelo Ministério não cobrem o custo real dos serviços, os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não constituem sua prioridade, o que compromete ainda mais qualquer ação voltada às necessidades de sua população.

O referido autor ainda assinala que a ESF opera na tentativa de superar a insuficiência da oferta de serviços, bem como dos inúmeros desafios que essa política apresenta, inclusive quanto ao financiamento. Mas, embora existam esses desafios, quando implantada com responsabilidade política, utilizando os recursos e contrapartidas necessárias, essa política traz para os municípios – nos quais a oferta

---

<sup>58</sup> A autora realizou pesquisa com a finalidade de identificar e analisar as estratégias de financiamento da saúde nos grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil habitantes) do Estado de São Paulo, relacionando-as com as formas de organização da Atenção Básica nesses municípios. Viana realizou entrevistas em profundidade com gestores de saúde dos municípios selecionados.

de serviço se mostra incipiente - o atendimento de demandas que em muitas regiões do país não era possível. Por outro lado, para aqueles gestores que buscam na ESF mais uma forma de atrair recursos, sem contudo, levar em consideração o processo de implementação da política, principalmente no que diz respeito à implantação das equipes de SF - aumento da demanda de atendimentos, de exames e de vários outros itens -, “[...] haverá vários enfrentamentos para efetivamente cumprir com os requisitos da estratégia, assim como para a manutenção das equipes.” (VEIGA, 2009, p.49).

Há que se mencionar ainda que, nas regiões metropolitanas o financiamento da AB se constitui como um problema de maior gravidade ainda, por conta da concentração da pobreza e da miséria nas periferias urbanas. Nascimento e Costa (2009) afirmam que:

O déficit de serviços é enorme, a fixação de profissionais na áreas periféricas exige salários diferenciados e competitivos, a extensão territorial demanda a desconcentração da gestão, com vistas a multiplicar e aproximar as estruturas administrativas o mais possível dos serviços, dos aparatos de segurança, etc. (NASCIMENTO, COSTA, 2009, p.89).

A realidade acima referida acaba limitando a expansão da ESF em grandes centros urbanos.

O quadro a seguir demonstra a progressão do repasse dos recursos federais aos municípios entre os anos 2010 e 2014.

Tabela 5 - Repasse financeiros do governo federal para os municípios (em R\$)

Blocos de Financiamento				
Ano	Atenção básica (bilhões R\$)			Média e alta complexidade (bilhões R\$)
2010	9,6	PAB fixo 3,4	PAB variável 6,2	25,2
2011	10,9	PAB fixo 3,8	PAB variável 7,1	28,7
2012	13,3	PAB fixo 4,6	PAB variável 8,7	32,3
2013	12,8	PAB fixo 4,4	PAB variável 8,4	33,2
2014	14,1	PAB fixo 5	PAB variável 9,1	37,6

Fonte: Elaborado pela autora, segundo Ministério da Saúde, Portal da Transparência. (2014)

Em conformidade com o quadro acima, se comparados os valores entre PAB fixo e PAB variável (este último dobra em relação ao anterior), é possível verificar

a importância do montante de recursos destinados aos incentivos que acrescentam receitas para os municípios, tornando a adesão para estratégias como a Saúde da Família (PAB variável) um grande atrativo. Destarte, a implantação da ESF induz os municípios a gastarem com saúde.

Observou-se que, no decorrer dos anos houve uma progressão dos recursos transferidos para a atenção básica desenvolver suas ações e serviços. No entanto, embora tenha ocorrido esse crescimento, há que considerar que a política possui um financiamento fragmentado, voltado para a indução de estratégias e programas específicos, o que pode resultar que a implementação da SF fique limitada a cumprir as metas e critérios das normativas gerais impostas pelo governo federal, não permitindo autonomia nas decisões dos gestores locais.

Além disso, se constata que o total repassado para a média e alta complexidade é bem superior em relação àquele nível considerado porta de entrada do sistema. Por esse dado, fica claro a contradição do Ministério da Saúde entre o discurso e documentos oficiais e a execução da política de fato, e, já que assume a atenção básica como prioridade mas, no repartir dos recursos financeiros, o montante maior é direcionado aos outros níveis de atenção.

Portanto, no que diz respeito ao financiamento é possível perceber uma inadequação com os objetivos propostos pela política, sendo que uma das prováveis causas que explicam o fato é a prevalência dessa disparidade de valores de recursos distribuídos entre os níveis de assistência. Ou seja, em termos financeiro, a SF enquanto estratégia da atenção básica não se constitui como política prioritária dos últimos governos e nem se mostra capaz de trazer mudanças no modelo assistencial, como preconizado em seu arcabouço governamental, já que, ao que parece, o sistema de saúde continua focado em ações hospitalares e especializadas.

Reafirma-se, portanto, o que vem sendo discutido nesta pesquisa: iniciativas como a ESF tem características de políticas focalizadas e seletivas, direcionadas aos pobres, nas quais o Estado passam a priorizar, mas não no sentido financeiro, já que a lógica desse tipo de política é a diminuição dos gastos sociais, ofertando serviços mais baratos.

Deste modo, concorda-se com Cruz, Coimbra e Reis (2012) que:

O Estado vem conciliando o projeto de um sistema de saúde universalizado e de políticas neoliberais por intermédio, entre outros, da construção de um

discurso oficial ambíguo e contraditório que coloca o Estado como um agente de transformação numa sociedade desigual e excludente, mas com a construção de uma legislação que não atende às condições para sua efetivação. (CRUZ; COIMBRA; REIS, 2012, p.185).

Segundo Souza (2000), a mudança do modelo assistencial dos sistemas de saúde no Brasil está diretamente relacionada aos desafios do financiamento da política de atenção básica no Brasil, dos quais são reflexos àqueles referentes ao SUS.

São constantes, portanto, os embates e as tentativas em busca de financiamento e vinculação de receitas para custear os serviços e ações da política de saúde no Brasil.

Cita-se como exemplos, dentre as mudanças ocorridas desde a criação do SUS para o financiamento da saúde no Brasil, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e da Emenda Constitucional nº29.

A arrecadação da CPMF<sup>59</sup>, criada em 1997, no discurso oficial do governo foi justificada pela necessidade de alocação de recursos na política de saúde, mas que não conseguiu arrecadar o montante esperado, tendo sido compartilhada para outros setores da Seguridade Social, como a previdência, e a assistência social, ao direcionar verbas para o Fundo de Combate à Pobreza. (ALMEIDA; BEHRING, 2008; BARBIANE; OLIVEIRA, 2014; VEIGA, 2009).

Mas, a Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, trouxe para o financiamento da saúde uma maior estabilidade, pois foram determinados os patamares mínimos na aplicação de recursos para as três esferas do governo e a “[...] vinculação da utilização do recurso efetivamente as ações e serviços públicos de saúde, prevendo, portanto, planejamento orçamentário” (BARBIANE, OLIVEIRA, 2014, p.98), além de aumentar a participação dos entes subnacionais no financiamento do SUS. Cabe mencionar, que esta emenda vinculou recursos para a saúde, mas não para programas ou ações específicas, como por exemplo, a Saúde da Família. Contudo, VEIGA (2009, p.24) destaca que:

Apesar de todo o apoio e discussão em torna desta emenda, os desdobramentos legais, assim como sua normatização, não se materializaram, frustrando as expectativas do aumento do gasto federal em saúde. Seu mérito foi o de comprometer a União, os Estados e municípios

---

<sup>59</sup> A CPMF foi extinta em 2007.

com a universalização da saúde, com o estabelecimento do gasto mínimo do orçamento das três esferas do governo.

Em conformidade com a EC nº 29/2000, aos Estados e municípios foi estabelecida a obrigatoriedade a aplicação de um percentual mínimo da receitas de impostos (inclusive as constitucionais e legais) em saúde, sendo 12% para as estaduais e 15% para as municipais, representando um avanço para a política.

Contudo, Cruz, Coimbra e Reis (2012) destacam que tem sido difícil para os estados e municípios cumprirem os percentuais de repasses de receitas para a saúde, conforme determina a EC n29/2000, pois haja vista que além da problemática do financiamento, “somam-se os gastos com recursos da saúde no pagamento de ações que não são específicas da saúde, de acordo com o que foi definido entre os Estados e o Ministério da Saúde”. (CRUZ; COIMBRA; REIS, 2012, p.185).

Apesar das tentativas em aumentar a arrecadação de receitas para a política de saúde, o SUS continua subfinanciado, representando menos de 17% do OSS e cerca de 3,98% da despesa efetiva do Governo Federal. (TEIXEIRA e et al, 2012). O financiamento se configura ainda como um elemento decisivo para a implementação das ações de saúde e para a consolidação do SUS, sendo seu embate:

[...] uma realidade presente ainda não superada; nos anos que se seguiram após a implantação do mesmo até os anos atuais, verifica-se uma baixa participação dos investimentos na execução do orçamento do Ministério da Saúde, não havendo espaço para que se tenha uma política ampla na correção das desigualdades de acesso, onde há distribuição irregular da oferta de serviços. (VEIGA, 2009, p.18).

Há que se mencionar ainda a figura denominada Desvinculação das Receitas da União (DRU), da qual em 2000 substituiu o Fundo de Estabilidade Fiscal (FER)<sup>60</sup>, criado com a finalidade de reter 20% das receitas de impostos e contribuições do governo federal, das quais poderiam ser investidas livremente em qualquer área. Esse fundo surgiu com “[...] a justificativa de implementar medidas para combater a elevação da inflação crônica brasileira [...]”. (CRUZ; COIMBRA; REIS 2012, p.184). Contudo, a desvinculação de receitas acaba afetando as políticas sociais, dentre as quais, de educação, saúde, previdência e assistência social, representando um fator

---

<sup>60</sup> Em 1994 o governo federal criou o Fundo Social de Emergência (FSE) e em 1997 foi renomeado de Fundo de Estabilidade Fiscal (FEF).

negativo ao orçamento da seguridade social, principalmente no que se refere à política de saúde, como destaca Cruz, Coimbra e Reis (2012, p.184):

A criação desse fundo permitia ao governo federal utilizar recursos, antes exclusivos da seguridade social, para qualquer fim, podendo mesmo ser disponibilizado para pagamento dos juros da dívida. Sua criação, com recursos da seguridade social, teve impactos mais significativos no sistema público de saúde, visto que nesse setor houve redução de incentivos, pois não poderia ser realizado o mesmo no âmbito do pagamento de benefícios previdenciários por derivarem de direitos individuais. (CRUZ; COIMBRA; REIS, 2012, p.184).

O resultado da criação desse fundo, portanto, é a prevalência das políticas econômicas em detrimento daquelas de cunho social. A esse respeito Almeida e Behring (2008) aduzem:

Os ajustes macroeconômicos e os imperativos de produzir superávits para pagamento da dívida externa são os elementos centrais que justificam os fortes contingenciamentos que pesam sobre a seguridade. Boa parte dos recursos da seguridade social foi, assim, desviada para custear gastos governamentais, muitas vezes estranhos ao próprio conceito de seguridade. (ALMEIDA; BEHRING 2008, p.200).

A Lei de Responsabilidade (LRF) de 2000 também representa outro mecanismo orçamentário que prioriza o pagamento da dívida e retira recursos que seriam destinados à seguridade social. A LRF/2000 impõe o cumprimento de metas fiscais a serem seguidas pelo governo federal para custear as despesas com a dívida, sem, no entanto, ter a mesma preocupação com a redução das desigualdades sociais, como por exemplo, avaliar “[...] a necessidade de ampliação de recursos nas políticas sociais”. (TEIXEIRA; CONCEIÇÃO; CISLAGHI, 2012, p.106).

O artigo 19 da referida lei apresenta os limites globais das despesas a serem gastas com a contratação de pessoal. Estabelece que para a União não devem ser ultrapassados 50% da receita corrente líquida, sendo aos Estados e municípios 60%. O resultado para as políticas sociais e, em especial a saúde, segundo Teixeira, Conceição e Cislighi (2012), é a redução de concursos públicos e a carência de profissionais nessa área e em outros setores também. Além disso, essa limitação faz com que muitos municípios busque outras formas de vínculos com os profissionais, como a criação de OS, parcerias com OSCIPS e até contratação de profissionais autônomos.

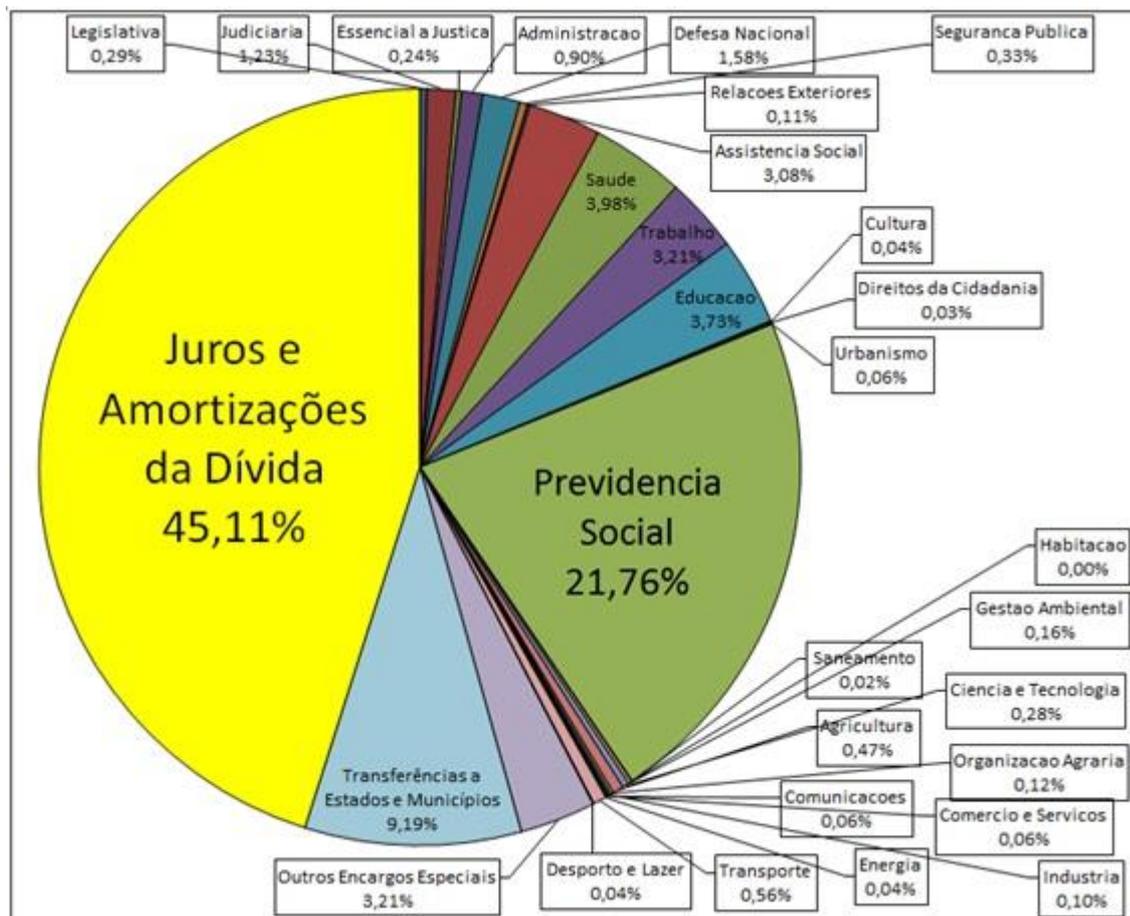
Como parte dos recursos que seriam destinados, por exemplo, à saúde, previdência e educação, foram comprometidos com o pagamento da dívida externa,

infe-re-se que a ação do Estado “[...] contribui para direcionar recursos para o grande capital em detrimento do investimento em políticas sociais e ações que poderiam contribuir efetivamente.” [...] para atender as demandas e interesses da população. (SALVADOR et al, 2012, p.119).

Nesse mesmo raciocínio Fatorelli (2014, p.218) afirma que as políticas públicas sofrem diretamente os impactos do sistema dívida pública, já que este utiliza os “[...] recursos destinados ao atendimento das necessidades sociais [...]”, e ainda determina quais as medidas econômicas e políticas a serem tomadas no país.

Ao observar o gráfico a seguir, elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida, fica claro a priorização do Estado com o pagamento de juros e amortizações da dívida pública.

Gráfico 1 – Distribuição dos Recursos do Orçamento Geral da União (Exercício 2013)



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida, segundo dados de: Orçamento Geral da União. (2014).

Em 2014 o governo federal gastou R\$ 978 bilhões com juros e amortizações da dívida pública, o que significou 45,11% do orçamento da União utilizado com o pagamento da dívida pública. Conforme dados da Auditoria Cidadã, esse montante de recursos representa 12 vezes mais que o previsto para a educação, 11 vezes mais com a saúde, ou mais que o dobro dos gastos com a previdência social.

Salvador e Teixeira (2014) aduzem que o fundo público é destinado tanto para a manutenção do capitalismo na esfera econômica quanto para a garantia da proteção social. “A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo”. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014, p.16).

Os referidos autores (2014) assinalam ainda que:

No capitalismo contemporâneo a disputa de recursos públicos no âmbito do orçamento estatal tem sido acirrada, notadamente, em tempos de crise de capital. O fundo público vem sendo o padrão dominante no financiamento do capital. Cabendo aos trabalhadores, aos movimentos sociais e sindicais uma batalha árdua no sentido de garantir recursos para o financiamento e o investimento nas políticas públicas. (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014, p.16).

De fato, o que se verifica é que o fundo público representa muito mais um elemento essencial para aquelas políticas que beneficiam o capital do que assegurar a promoção e proteção social dos indivíduos como um todo. Em se tratando da saúde, há que se destacar que tal política, na atualidade, contribui para a expansão do capital, uma vez que é considerada rentável e o próprio Estado fomenta a expansão da saúde suplementar, uma vez que, cria renúncias fiscais, deduções de impostos de rendas, adquire planos de saúde para os servidores públicos, dentre outros.

Constatou-se, assim que, os recursos transferidos para a política de saúde poderiam ser bem maiores caso não existisse o “desvio” dos mesmos para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública. Enquanto o estado brasileiro continuar alocando recursos para financiar o sistema capitalista, as necessidades e demandas sociais continuarão limitadas à oferta dos mínimos sociais.

A política de saúde enfrenta problemas no seu esquema de financiamento e isso reflete no atendimento e na qualidade dos serviços prestados, o que pode inviabilizar a eficiência tão almejada.

Contudo, uma pergunta merece ser feita. Será que o grande desafio do SUS e, em especial, a ESF, é a superação dos problemas decorrentes das questões de financiamento? Acredita-se que, as dificuldades enfrentadas pela política não pode ser justificada apenas pela insuficiência de recursos, mas também pela falta de vontade política em tornar a saúde uma política de qualidade, além da corrupção, qualificação inadequada dos recursos humanos, baixa capacidade de gestão e tantos outros elementos dos quais se apresentam como impeditivos para que a política possam cumprir com os seus objetivos.

## 5 CONCLUSÃO

A dissertação apresentada teve a pretensão de expor uma análise do processo de formulação e de arquitetura da Estratégia Saúde da Família, carro-chefe da política de atenção básica no Brasil, com vistas a identificar o contexto político, econômico e social em que emergiu a proposta, bem como avaliar a coerência do desenho da ESF com os seus objetivos propostos.

No processo de construção e desenvolvimento da política de saúde observou-se que mudanças significativas ocorreram no modelo de assistência à saúde no Brasil. A política de saúde brasileira transitou do modelo sanitarista campanhista e higienista para o modelo assistencial universal preconizado pelo Sistema Único da Saúde, influenciado pelas propostas da Reforma Sanitária.

Apesar das conquistas advindas da Constituição de 1988, no tocante ao status de direito universal conferido à política de saúde, percebeu-se que as propostas contrarreformistas deslocaram a perspectiva de uma ordem democrática pautada na universalização dos direitos sociais para uma perspectiva focalista da política de saúde.

A partir da década de 1990, a atenção básica ganhou maior centralidade na política de saúde e, segundo o discurso dos seus formuladores, tornou-se a principal estratégia para ampliar a cobertura do atendimento, se apresentando como a porta de entrada dos usuários no sistema e com pretensão de promover uma reorganização e reorientação das práticas sanitárias.

Constatou-se, no entanto, que a ESF nasceu no contexto marcado por crises do sistema capitalista e por limitações transpostas no âmbito da seguridade social, onde a adoção de medidas de cunho neoliberal refletiu negativamente nas políticas sociais, e em especial, na saúde. Através de determinações de agências internacionais o Estado passou a adotar e priorizar aquelas em que onere cada vez menos os cofres públicos. O papel estatal em políticas focalizadas se reduz a atuar minimamente àqueles comprovadamente pobres, deixando ao mercado o atendimento dos serviços para os que podem pagar, criando, segundo Rizzotto (2000), uma segmentação da cidadania, cujo resultado é uma duplicidade da política: um sistema privado de alto nível, financiado pelos estratos de maior renda e outro com

parcos recursos, fornecendo serviços básicos destinados aos mais vulneráveis economicamente.

O que se verificou é que a política neoliberal, a priorização do pagamento da dívida e a tendência em ofertar mínimos sociais à população, determinam o modo como é formulada, orientada e arquitetada a política de atenção básica no Brasil. É, portanto, nesse cenário de mercantilização das políticas públicas e desresponsabilização do Estado que a Saúde da Família se tornou estratégia prioritária do governo federal. Cenário avesso ao cumprimento de seu objetivo principal, se encontra atrelada a essa lógica hegemônica que contraditoriamente se empenha em conciliar políticas universais com as de cunho neoliberais.

Contudo, cabe aqui pontuar que, embora a ESF seja caracterizada enquanto política focalizadora, direcionada aos pobres, não se pode deixar de mencionar a sua importância no cenário nacional, principalmente para esses segmentos sociais que sofrem os rebatimentos de um sistema tão perverso que é o capitalismo. Ressalvadas as críticas até aqui arroladas à Saúde da Família, na realidade brasileira ainda não existe uma proposta melhor (e nem se vislumbra a médio e longo prazo algum outro modelo que substitua o atual) que possa dar conta da magnitude das questões referentes à saúde, tanto nos grandes centros urbanos, onde encontra-se aglomerados 47,5% da população pobre do país, quanto naquelas localidades na qual nunca antes a política de saúde tinha chegado. Assim, em que pese os desafios a serem superados pela ESF, concorda-se com Marsiglia e Junior (2009), que esse modelo representa ainda uma esperança para trazer melhorias das condições de vida das populações excluídas, seja para diminuir a mortalidade infantil de determinada comunidade.

Por outro lado, apesar dos formuladores da política destacarem o papel da ESF como instrumento capaz de transformar o modelo assistencial hospitalocêntrico para outro que prioriza a promoção e prevenção da saúde, na referida pesquisa inferiu-se que não é possível afirmar que tal proposta consiga atender a essa finalidade. Sabe-se que os fatores sociais, econômicos, culturais e biológicos são determinantes no processo saúde-doença. Dados referentes à Síntese de Indicadores Sociais no Brasil de 2013 apontam que no país: a informalidade atinge 43,1% da força de trabalho dos brasileiros; 41,5% dos trabalhadores possuem renda de até 1 salário

mínimo; a taxa de analfabetismo reduziu, mas ainda alcança 13 milhões de pessoas; dos jovens que possuem idade entre 18 e 24 anos, 47,4% completaram o ensino fundamental; 14 milhões de domicílios não possuem acesso à coleta de esgoto e água tratada, representando 53% dos brasileiros sem saneamento básico. Portanto, por este pequeno dado, verifica-se que investir somente na política de atenção básica sem criar uma rede de serviços que envolvem outros setores (como educação, trabalho, meio ambiente) é impossível para a AB conseguir, por si só, promover a saúde dos usuários do sistema. Considerando as demandas sociais percebidas através dos indicadores elencados, exige-se da ESF serviços sanitários e socialmente necessários para que a população alcance uma qualidade de vida.

Ademais, o fato da Saúde da Família ganhar centralidade e prioridade na agenda pública, o que não significa que se torne a porta de entrada do sistema, já que essa mudança demanda outras transformações que envolvem racionalidades e sujeitos diversos. Starfield (2004) elenca o acesso à política como principal quesito para que a atenção primária, de fato, seja a porta de entrada do SUS, fazendo-se necessário, entretanto, eliminar as barreiras existentes que dizem respeito aos aspectos financeiros, geográficos, estruturais, políticos e culturais. É certo que através do PROESF houve uma expansão quantitativa muito rápida da cobertura da atenção básica proporcionada pela ESF, atingindo, até 2014, 63,98% de pessoas por essa modalidade. Entretanto, diversos estudos (VIANA; DAL POZ, 1998; FRANCO e MEHRY, 1999; CHAGAS; VASCONCELOS, 2013; GOULART, 2007) demonstraram a insatisfação dos usuários no que diz respeito à oferta desses serviços, haja visto que constatou-se, nas pesquisas dos referidos autores, problemas referentes, por exemplo, à qualidade, resolutividade e integralidade no acesso, o que dificulta a efetivação como porta de entrada da política de saúde.

É por essa razão que Azevedo e Costa (2013) caracterizam a ESF como a “estreita porta de entrada do SUS”, uma vez que se desenvolve de forma parcelada, fragmentada e isolada de outras políticas, comprometendo o acesso integral ao sistema. Esse fato contraria o que é preconizado na PNAB/2006, já que preconiza que esse modelo assistencial deve se desenvolver através de “[...] ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.” (BRASIL, 2006, p.19).

Há, contudo, que se considerar os avanços que a ESF trouxe para a política de atenção básica. Os documentos e estudos analisados nessa pesquisa apontaram como pontos positivos para a saúde: funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização através da exigência de enquadramento na NOB-93; aumentou a oferta dos serviços básicos em diversas localidades no país; trouxe maior cobertura populacional da AB; apresentou melhorias nos indicadores de saúde em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); contribuiu na queda da taxa de mortalidade infantil; deu maior visibilidade à atenção básica; introduziu princípios norteadores significativos para a operacionalização da política, como a adscrição de clientela e a centralidade da família; dentre outros. (ALVES, 2013; BRASIL, 2006; DRAIBE, 2003; GOULART, 2007; SGUARIO, 2008; FRANCO; MEHRY, 1999).

Ao avaliar a engenharia da ESF os achados demonstram alguns nós críticos na política que podem ser considerados impeditivos para que a mesma alcance sua finalidade e se consolide como uma política universal e de qualidade, a saber: o caráter focalizador; a dura normatização e imposição de critérios e metas pelo Ministério da Saúde, não permitindo autonomia aos gestores para implementarem as ações e serviços de acordo com a realidade local (bases epidemiológicas territoriais); a ampliação da cobertura populacional, sem, contudo, alterar significativamente a realidade dos sujeitos; a ineficiência do sistema de referência e contra-referência, o que pode gerar uma ampliação da procura por níveis de média e alta complexidade. São alguns elementos que revelou que a atenção básica não consegue atender às demandas do sistema de saúde e que se somam à alta rotatividade das equipes de saúde, decorrente, dentre outros fatores, da falta de concurso públicos para as equipes de saúde; a precariedade das relações trabalhistas; as diferenciações salariais entre as categoriais de nível superior; desarticulação da atenção básica com outras políticas sociais; recurso por parte do gestor federal insuficiente para custear as equipes de saúde, onerando alguns municípios em que o fundo de participação social ainda é incipiente; financiamento de modo verticalizado, sem contudo, levar em consideração as diferenças das realidades sociais e sanitárias, além de criar critérios dentro de modalidades específicas, como aquelas para custear as equipes de saúde. Portanto, ao elencar esse rol de amarras

da política, constata-se que, esses elementos demonstram que há uma incoerência e inconsistência do desenho da ESF com os seus elementos constitutivos.

Mesmo após 20 anos da implantação da Saúde da Família, perdura ainda o desafio de reverter o modelo assistencial, no sentido de avançar para uma vigilância em saúde e construir um sistema público nos moldes do Projeto da Reforma Sanitária.

Dada a realidade, infere-se que, a política de saúde caminha para um lugar diverso daquele que significaria a universalização, integralidade e igualdade preconizados pelo SUS. Além disso, é possível afirmar que a estratégia adotada pela política de atenção básica ainda apresenta uma série de limites e desafios para se tornar uma ação capaz de atingir seus objetivos propostos, uma vez que sofre as consequências dos problemas conjunturais e estruturais enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro. Assim, superar esse modelo de saúde vigente é um desafio que se coloca para a construção de uma esfera pública democrática, mesmo nos limites do Estado burguês.

## REFERÊNCIAS

- ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan. 2002. Disponível em: <[www.epidemioufpel.org.br](http://www.epidemioufpel.org.br)>. Acesso em: 18 ago. 2014.
- ALMEIDA, Maria Helena Tenório de; BEHRING, Elaine Rossetti. **Trabalho e Seguridade social: percursos e dilemas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2008.
- ALVES, Hayda Josiane. **Programa Bolsa Família, Saúde da Família e Processos de Exclusão e inclusão social: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ)**. Tese de Doutorado (Doutorado saúde pública) FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.
- ARENDDT, Hanna. **A Condição Humana**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- ARRETCHE, Marta. Quem Taxa e Quem Gasta: A Barganha Federativa na Federação Brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 69-86, 2005.
- AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento Geral da União (Executado em 2014)**. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>>. Acesso em: 8 fev 2014.
- AZEVEDO, Ana Lúcia Martins de, COSTA, André Monteiro. **A Estreita Porta de Entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família**. Recife: FIOCRUZ, 2007. (Relatório de Pesquisa).
- BARBIANE, Rosângela; OLIVEIRA, Gabriela da Silveira. Financiamento público e gestão Financeira em Saúde: estudo de caso na Região Sul do país. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n.1, EDUFMA, 2014.
- BELFIORE, Mariângela, et al. Prática Assistencial no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 17, p. 73-89, 1985.
- BEHRING, Elaine. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BÔAS, Livia Vilas. **A Focalização e Universalização na Política Social brasileira: opostos complementares**. Texto para discussão n. 56. Niterói: CEDE/UFF, 2011.
- BONNEWITZ, Patrice. **Primeiras Lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, mar./jun. 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. Curso de Capacitação em serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CEFESS: Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. **Dimensões, categorias e indicadores para análise e avaliação de políticas sociais**. Mestrado em Política Social do departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Texto apresentado na disciplina Análise de Políticas Sociais.

BOSCHETTI, Ivanete et al. **Política Social no Capitalismo**: tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004**: quem paga a conta? Disponível em: <www.fnepas.org.br>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BORON, A. Os novos Leviatãs e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILI, p. (Org.). **Pós-neoliberalismo II**: que Estado para que democracia? Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. Classificação, Desclassificação, Reclassificação. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Org.). **Escritos da educação**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 145-183.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 17. ed., atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 1997.

\_\_\_\_\_. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário oficial [da] República do Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.1. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1196309/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-09-1990/pdfView>. Acesso em: 23 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei 8142 de 28 de setembro de 1990. **Diário oficial [da] República do Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 1990. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1990/09/28>. Acesso em: 25 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Construindo um Novo Modelo. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília, ano 1, n. 1, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica**: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <[www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br)>. Acesso em: em 30 de jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602\\_09\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 459 de 15 de março de 2012**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0459\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0459_15_03_2012.html)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409\\_10\\_07\\_2013](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, 2005.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social. In: \_\_\_\_\_. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UnB, 2000. (Módulo III: Política Social).

\_\_\_\_\_. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio - históricos.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza, MENZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal e gratuito. Cadernos De Saúde. Rio de Janeiro, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Superando Desafios.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde na Atualidade:** por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza e et al. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Política de saúde no Brasil:** reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Equador, 2009. Texto mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CARNEIRO, Annova Míriam Ferreira. **A centralidade da Família no programa Bolsa Família: análise referenciada no programa em São Luís - MA.** Tese de Doutorado, Programa Políticas Públicas, UFMA, São Luís, 2010.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde:** comentários à Lei Orgânica de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A Proteção Social destinada às famílias Brasileiras. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 14, n. 42, p.68-76,1993.

\_\_\_\_\_. Família e Políticas Públicas. ACOSTA, A.R.; VILTALES, M.A.F. (Org.). **Família:** redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2004.

CARVALHO, Alba Maria Pinto de. Assistência Social no Contexto do Estado Brasileiro: limites e perspectivas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 14, n. 47, 1995.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli

Antônio; CORDONI Jr., Luiz (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. Uel, 2001. p.93-109.

CARVALHO, L. Famílias chefiadas por mulheres: relevância para uma política social dirigida. **Serviço Social e Sociedade**, ano 19, n.57, 1998.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. A priorização da Família na Agenda da Política Social. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug. **Família Brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, Brasília. DF: UNICEF, 2002, p.93-108.

CASTEL, Robert. **Metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CHAGAS, Herlis Maria de Almeida; VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v.22, n2, p.337-338, 2013.

COHN, Amélia (Org.). **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 2010.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico conceitual sobre a atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo, assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**. Brasília, ano 1, n. 1, p. 10-15, 1996.

CRUZ, Katiane Ribeiro da; COIMBRA, Liberta Campos; REIS, Regimarina Soares. O Sistema Único de Saúde e os Desafio da universalização. In: COUTINHO, Joana Aparecida; LOPES, Josefa Batista. **Crise do Capital, lutas sociais e políticas públicas**. São Paulo: Xamã, 2012.

DEMO, Pedro; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar**: repercussões e possibilidades. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social. uma introdução conceitual. In: FORGAÇA, Azuete et al. **Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 1998, p.9-29.

DRAIBE, Sônia Miriam. **As Políticas Sociais Brasileiras para a Década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.

\_\_\_\_\_. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Revista Tempo Social**. Rio de Janeiro, v15, n12, p 63-101, 2003.

\_\_\_\_\_. **América Latina: o sistema de proteção social na década da crise e das reformas.** Texto mimeog. São Paulo: NEPP/UNICAMP, 1995.

\_\_\_\_\_. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais.** Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <[www.opas.org.br/serviços/arquivos](http://www.opas.org.br/serviços/arquivos)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FAGNANI, Eduardo. **A política social no Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica.** UNICAMP: São Paulo, 2011. (Texto para discussão).

FALEIROS, Vicente de Paula. Renda Mínima: uma avaliação. In: SPOSATI, Aldáiza. **Renda Mínima e Crise Mundial.** São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. **Natureza e Desenvolvimento das políticas Sociais no Brasil.** Capacitação em Serviço Social e Política Social. mod. 3. Brasília: UnB – CEAD/CFESS, 2000.

FATORELLI, Maria Lúcia; GOMES, José Menezes. O Sistema da Dívida, a limitação das políticas públicas e o empobrecimento social. **Revista de Políticas Públicas,** São Luís, v. 18, n. 1, 2014.

FERNANDES, Florestan. **O desafio educacional.** SP: Cortez, 1989.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-58, 2005.

FONTENELE, I. C. **O controle da pobreza na ordem do capital: a centralidade da assistência social no Brasil do ajuste neoliberal.** Tese de Doutorado (Doutorado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e História.** Rio de Janeiro: EDUFRJ, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. 24. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY Elias Emerson. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial para a saúde. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia: APSP, 1999.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 24, 2008.

GIRARDI, S. N. et al. (Coord.). **Pesquisa nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – ESF**. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte: 2009

GIRARDI, S. N. et al. (Coord.). **Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família**. Relatório de Pesquisa, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2007.

GOULART, Flavio. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

IANNI, Otávio. A questão social. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 5, p. 2-10, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 4 out. 2014.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro, MARSIGLIA, Regina Giffoni. O PSF e os Princípios do SUS: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: COHN, Amélia. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. São Paulo: CEDEC, 2009.

JUNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer?. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: 2011.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug. **Família Brasileira a Base de Tudo**. São Paulo: Cortez, 2002.

KALOUSTIAN, S. M.; FERRARI, M. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo; Brasília: Cortez; Unicef, 1994. p. 11-15.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez; Cedec, 1995.

LEAL, M. C. (Org.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: **Cadernos Saúde da Família**. Brasília, ano 1, n. 1. p.03-08, 1996.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da atenção básica e do Programa de Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.42-57, 2008.

MACHADO, Maria Helena. Tendências do Mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Celia, DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O**

**Trabalho em Saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, p. 103-116.

MAFRA, Fábio. **O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil.** Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios) Universidade de Brasília, Centro de Estudos em Regulação de Mercados, Brasília, 2011.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

MARX, Karl. L. I: O processo de produção do Capital. t. II. In: \_\_\_\_\_. **O Capital:** Crítica da Economia Política. São Paulo: Nova Cultural, 1985; 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de Saúde:** organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTA, G.C; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães **Dicionário da Educação em Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Verbetes: Atenção Primária à Saúde.

Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 18 set. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a saúde.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Vilaça. Atenção Primária à Saúde. 2008. Disponível em: <[www.esp.ce.gov.br](http://www.esp.ce.gov.br)>. Acesso em: 28 de ago. de 2014. Texto mimeografado.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social.** São Paulo: Cortez, 2001.

MIOTO, Regina C. T.; et al. (Org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2009.

MIOTO, Regina C. T. Família e Serviço Social: contribuição para o debate. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.55, p.115-130, 1997.

\_\_\_\_\_. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, Mione Apolinario, et al. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** São Paulo: Cortez, 2004.

MISOCZKY, M. C. A Medicina de família, os ouvidos do Príncipe e os compromissos do SUS. **Saúde em Debate**, n. 42, 1994, p.40-44.

MONNERAT, Giselle Lavinias. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, Maria Inês Souza e et al. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, M. A.; NOGUEIRA, C. M. M. **Bourdieu e a educação**. 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

PAIM, Jamilson Silva. **Medicina no Brasil**: De Movimento Ideológico a Ação Política. 1985. imeografado.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a Compreensão e Crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, P.A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem estar. IN: SALES, A. P.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Org.). **Política social, Família e Juventude**. São Paulo, Cortez, 2004.

PEREIRA, Maria Eunice Ferreira Damasceno. **Análise do Processo de Implantação do Plano Nacional de Formação do Trabalhador (PLAFOR)**. Tese de Doutorado (Doutorado em Economia Aplicada) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006

PEREIRA, Potyara A. P. A Política Social no Contesto da Seguridade Social e do Welfare State: a particularidade da assistência social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 56., p. 60-76, 1998.

\_\_\_\_\_. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Utopias desenvolvimentistas e Política Social no Brasil. **Revista serviço social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PIRES. Denise Elvira. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario>>. Acessado em: 23 out. 2014.

PORTO, Maria Célia da Silva. Cidadania e “(des) proteção’ social: uma inversão do Estado brasileiro? **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 68, p.17-33, 2011.

PUCCINI, P. T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p.2755-2766, dez. 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

RAMOS, C. A. **Programas Sociais, Trajetória Temporal do Acesso e Impacto Distributivo**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000. (Texto para Discussão 771).

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias Abordagens da Família no Cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.4, p. 658-664, 2004.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho e LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2005.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual DE Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: 2000.

RIZZOTTO, M. L. F. Focalização em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

RONZANI, Telmo Mota; STRANLEN, Cornelis Johannes Van. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, São Paulo, v.6, n.2, 2003.

RUA, M. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. G; CARVALHO, M. I. V. (Org.). **O estudo da política: tópicos selecionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998. Coleção Relações Internacionais e Política. Disponível em: <[http://vsites.unb.br/ceam/webceam/nucleos/omni/observa/downloads/pol\\_publicas.PDF](http://vsites.unb.br/ceam/webceam/nucleos/omni/observa/downloads/pol_publicas.PDF)>. Acesso em: 24 jun. 2014

SALVADOR, Evilásio, TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v 18, n1, 2014.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**. ano 1, n. 1, julho, 2009.

SERVO, Luciana Mendes Santos, VIEIRA, Roberta da Silva. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica**: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Brasília: IPEA, 2013. (Nota Técnica).

SENNÁ, Mônica de Castro Maia. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002.

SERRA, Carlos Gonçalves. **Garantia de Acesso à atenção Básica e Continuidade de Cuidados como Estratégias para Consolidação da Integralidade no SUS**: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: 2003.

SGUARIO, Elisandréa. **Programa Saúde da Família: potencialidades e limites..** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Política Social) UNB, Brasília, 2008.

SILVA, Maria Ozanira Silva. **Especificidades Do Estado De Bem-Estar No Brasil**. São Luís, 1993. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001.

SILVA, Nair Chase da. **Atenção primária em saúde e contexto familiar**: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública), Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVEIRA, Alessandra Camargo da. **Atenção Primária em Saúde e Proteção Social: a agenda da organização Pan-americana em Saúde no ano 2000**. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2011.

SISSON, Maristela Chitto. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. **Revista Saúde Social**. São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os ricos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 17-24, dez. 2000.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez., 2006.

SOUZA, Heloisa Machado. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., dez. 2000a. Entrevista concedida a Denise Elvira Pires de Pires.

SOUZA, Maria Aparecida de. Análise da Implantação da Estratégia Saúde da Família em dois Municípios do Agreste de Pernambuco. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) Fiocruz, Recife, 2008

SOUZA, Maria Luciana Bezerra. **O Lugar da Política de atenção Básica no SUS**. Campina Grande, 2011. (Texto mimeografado).

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília, DF, ano 1, p. 7-9, mar. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

SWEETZ, Paula. O método de marx. In: **Teoria e Desenvolvimento do Capitalismo**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1983.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.7, n.65, p.257-277, set/dez. 2003.

\_\_\_\_\_. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Solange Maria. Trabalho social com famílias na Política de Assistência Social: elementos para sua reconstrução em bases críticas. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 13, n.1, p. 4-23, jul./dez. 2010.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, Sandra Oliveria; CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza;. O Financiamento da Saúde no Brasil: principais dilemas. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 12, n. 23, 2012.

VEIGA, Silvia Ivone de Paula. **Saúde da Família: características para financiamentos dos municípios selecionados do Paraná**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 225-264, 1999.