Capítulo II - Saúde da família no Brasil de movimento ideológico a ação política

Flávio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. Saúde da família no Brasil: de movimento ideológico a ação política. In: *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos* [online]. Uberlândia: EDUFU, 2007, pp. 67-111. ISBN 978-85-7078-517-6. <https://doi.org/10.7476/9788570785176.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo II

Saúde da família no Brasil: de movimento ideológico a ação política

Formação da política

É na década de 60 que se situam alguns dos eventos-chave para o entendimento da formação das idéias que acabaram desembocando no caudal que deu origem ao Programa de Saúde da Família no Brasil.

Paim (1997) resgata um pouco da história de tais idéias, a partir dos movimentos do “preventivismo” e da “saúde comunitária” e também de uma produção teórica e crítica da saúde coletiva no Brasil, chamando a atenção para uma “luta contra-hegemônica” que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde. Assim, mediante seus componentes de *saber*, *ideologia* e *ação política*, teria ocorrido o deslocamento de uma ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, com práticas imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas.

Este mesmo autor percorre a trajetória de alguns dos paradigmas de saúde-doença, entre eles o PSF, destacando que alguns dos mesmos foram elaborados em contextos externos ao país, sendo apenas atualizados no Brasil. Tais seriam os casos das teorias do *campo da saúde* de origem canadense, da *promoção da saúde* (OPAS/OMS) e da *vigilância à saúde*, capazes de conferir novos sentidos para as questões formuladas pelo movimento sanitário em décadas passadas. É assim que um certo *movimento ideológico* passaria a possuir um caráter de *ação política*, conduzida por atores dos serviços de saúde, da academia e da sociedade como um todo.

Tal “importação” de idéias e projetos não está, naturalmente, isenta de críticas e contradições. Testa (1992), por exemplo, detém-se às propostas

de saúde que têm origem estrangeira, como os casos citados acima. Segundo este autor, as diferenças econômicas e culturais entre os países acabam por resultar em imposição de cópias ineficazes daquilo que é funcional apenas em outras realidades. O problema, segundo este autor argentino, é que os receptores de tais propostas raramente detêm condições de realizar uma “conceituação totalizante”, incorporando elementos diversos, tais como: contexto político, participação e ideologia dos grupos sociais, tecnologia disponível no setor, além das relações que tais elementos possuem com a sociedade global e seus conflitos. Assim, pode-se dizer que o fracasso de muitas tentativas de transplante de propostas entre realidades diferentes seria o resultado da não-observância dos aspectos acima considerados, ou, textualmente: “[...] por isso é que existem tantos tipos de sistemas [...] quase todos consideravelmente ineficazes”. (TESTA, 1992).

Um dos paradigmas que fazem parte do percurso ora comentado é o da *Medicina Comunitária*. Sua trajetória no Brasil foi analisada por diversos autores, como Donnangelo e Pereira (1979), Arouca (1975), além de outros. Na origem da importação de tal conceito, ocorrida nos anos 60, estariam algumas experiências e programas desenvolvidos e mantidos por universidades, entre elas a Unicamp. Suas raízes, entretanto, estão vinculadas tanto à crise do capitalismo como ao impacto dos resultados da implementação dos *welfare states* na Europa ou ainda à formação do *National Health System* no Reino Unido, entre outras. Esta vertente estaria também associada à política externa norte-americana dos anos 60, voltada para os países pobres da América Latina, também conhecida como *Aliança para o Progresso*, que difundiu nos países-alvo sua proposta de saúde, com o apoio das agências internacionais. É dessa forma que surgem programas experimentais em diversos países, inclusive no Brasil, que propõem modelos de assistência nos quais a extensão de cuidados à saúde às populações pobres estaria garantida.

A *medicina comunitária* viria a ter seu substrato teórico, político e ideológico consagrado e expandido na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, a partir da qual ela praticamente se confunde com as palavras de ordem geradas no evento, particularmente *atenção primária à saúde (APS)*. O relatório final da conferência (WHO, 1978) transformar-se-á, a partir de então, em peça fundamental do proselitismo dos organismos internacionais, não só sanitários como de fomento econômico, junto aos países periféricos.

As propostas aqui referidas, seja de *medicina comunitária*, na vertente norte-americana, ou da *APS*, na proposta da OMS e UNICEF se constituem em torno de alguns elementos estruturais, os quais, segundo Silva Junior (1998) são: (a) coletivismo (embora criticado como “restrito”); (b) integração da promoção, prevenção e cura; (c) desconcentração de recursos; (d) adequação das tecnologias; (e) aceitação e inclusão de práticas não oficiais; (f) novas práticas interdisciplinares e multiprofissionais e, finalmente, (g) participação da comunidade. Tais propostas sempre estiveram no foco de intensas

polêmicas, mobilizando energias intelectuais para sua crítica, não só no Brasil como em toda a América Latina. É o caso dos inúmeros trabalhos publicados na década de 70 por Donnangelo, Paim, Tambelini, Loureiro, além de outros, citados por Silva Junior (1998). As denúncias dirigiam-se contra as possibilidades de controle sobre a sociedade, imposição de mecanismos de participação social, favorecimento da acumulação de capital aos produtores, manutenção e aprofundamento das desigualdades de acesso, entre outras.

Curioso constatar, entretanto, que em anos seguintes, particularmente na década de 90, esta crítica se atenua bastante, ou por outra, as citadas energias intelectuais vão se concentrar em encontrar soluções, não mais apenas em demolir as propostas colocadas em campo, vistas como eram sob uma ótica fortemente ideológica e até certo ponto “conspiratória”.

Mais uma vez recorrendo a Paim (1997), autor cuja produção acompanhou de perto a evolução dos conceitos aqui discutidos, revela-se uma síntese das concepções de saúde do chamado movimento sanitário brasileiro, mostrando que, para além dos conflitos das propostas acima citadas, teria ocorrido um certo “renascimento” da Medicina Social nas décadas de 70 e 80, como um paradigma alternativo ancorado nas concepções fundamentais relativas à *determinação social do processo saúde-doença*, bem como na dinâmica do *processo de trabalho em saúde* e, dessa forma, passaria a orientar as propostas democratizadoras e de reforma do sistema vigentes na década de 80, resultando daí o conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, incorporado na Constituição de 1988.

Observa-se, também, que a história das discussões e da formação de modelos alternativos de atenção à saúde no Brasil sempre foi tensa e contraditória. É o que se verifica, por exemplo, partir das vertentes originais e conflituosas de *sanitarismo* e de *previdência*, bem como, mais tarde, em relação ao aparecimento da *medicina comunitária* e de correntes sucedâneas a esta. Todas essas tendências foram alvo, a seu tempo, de críticas ferrenhas, sendo vistas como propostas conservadoras ou componentes de pacotes externos ou de ajuste estrutural, com a denúncia aos aspectos controlistas e reprodutores de ideologia. O próprio objeto da presente discussão, a *saúde da família*, já foi taxada de manipuladora, eleitoreira e contrária aos princípios do SUS (MISOCZKY, 1994) e, em outro momento, redimida como uma proposta inovadora, de caráter antagonico ao de uma “antiga medicina de família” (TRAD; BASTOS, 1998).

Especificando agora o caso da atenção à saúde das famílias, ocorre na década de 60, nos Estados Unidos, o resgate histórico de programas voltados à saúde do grupo familiar, como um “movimento político” de mudanças no modelo assistencial (PAIM, 1986). Neste momento, também, adquire especial importância uma publicação da Organização Mundial da Saúde, resultante da reunião de um “comitê de experts”, intitulada *Training of the*

physician for family practice (WHO, 1963). Em tal documento aparecem o escopo e os objetivos da *medicina de família*, referidos como acesso direto da clientela; continuidade da atenção; cuidado ao grupo familiar; ênfase na prevenção e promoção da saúde; responsabilização profissional, além de provimento de capacitação e atividades de pesquisa.

A partir de 1966, o movimento da *family medicine* dissemina-se nos Estados Unidos, com interveniência da poderosa *American Medical Association* (AMA), com a produção de numerosos documentos versando sobre as bases de tal prática e até mesmo sua incorporação oficial, como uma política federal para a formação profissional em tal campo. A partir da experiência americana, o movimento dissemina-se para outros países, particularmente Canadá e México, já na década de 70 (PAIM, 1986).

O movimento internacional que gerou as propostas de saúde da família é caracterizado por Paim (1986) como de fundo 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. 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.

No caso brasileiro, tal fundamento ideológico e seus desdobramentos conflituosos parecem acentuar-se e mesmo aprofundar-se na década de 70 e nas seguintes. É o que se verifica nos conflitos políticos existentes entre as propostas de *medicina geral comunitária* (MGC) e *medicina social* (e congêneres), conflitos esses que teriam como desdobramento contemporâneo o embate entre o que seria um “novo paradigma”, o PSF dos anos 90, e uma antiga *medicina da família* (TRAD; BASTOS, 1998).

O chamado movimento de medicina da família tem sua entrada nos países da América Latina e no Brasil na década de 70, em um momento que Paim conceituou como *fase acadêmica* do mesmo, com a realização de inúmeras reuniões e seminários sediados em universidades, entre elas a Unicamp, sobre o tema, o primeiro dos quais em Campinas-SP, em 1973 (CEITLIN, 1982).

Paim (1986) destaca os conflitos que marcaram o advento e a implantação das várias propostas de medicina de família ou similares no Brasil, sem que nenhuma delas tenha chegado à hegemonia no sistema de saúde. Aponta, por exemplo, já no início das discussões encabeçadas pela ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), em 1973, um conflito de posições entre o “saudosismo” e o “racionalismo”. O autor destaca uma sugestiva

frase de um famoso clínico e professor de medicina, registrada em uma entrevista à Revista da ABEM, na mesma ocasião: “[...] para que não vivamos novas e futuras angústias – a de formar sociólogos incompetentes e médicos despreparados”, como uma insurgência da clínica contra aquilo que pareceria lhe tomar de assalto as prerrogativas (PAIM, 1986).

Santos (1978), um protagonista da saúde no Brasil desde a década de 70, em trabalho da época analisou alguns aspectos desse período inicial da discussão sobre a medicina de família, destacando os conflitos existentes entre o discursos das entidades nacionais e internacionais ligadas ao ensino, bem como de fóruns oficiais, de um lado e, de outro, o “currículo real” das faculdades de medicina e a realidade do mercado de trabalho. Considerando, ainda, que tanto o aparelho formador como o utilizador são determinados por interesses externos à saúde, o autor almeja e propõe o desenvolvimento de políticas de saúde que, através de estratégias adequadas, venham a promover a redistribuição do poder nos centros que determinam o setor saúde, buscando uma necessária coerência com as demandas de saúde da população. Só assim, constatava, ter-se-ia a adequação do binômio formação-utilização, para que fossem minimizados os entraves vigentes à formação e utilização dos médicos de família.

Realizam-se, assim, os primeiros enfrentamentos das várias tendências presentes no cenário da saúde nacional, apresentando-se, no caso, a saúde pública (e por extensão tudo que parecia afim a ela), como um “inimigo a ser neutralizado” pelos setores mais conservadores, ligados à clínica. A própria expressão *médico de família* experimentou percalços significativos em sua trajetória, sendo frequentemente rejeitada ou substituída por outras como “clínico geral”, “médico geral” ou simplesmente “médico”, nos fóruns constituídos para tratar da questão. O grande conflito ideológico viria, sem dúvida, com os embates travados nos processos de credenciamento perante o MEC, na Comissão Nacional de Residência Médica, das modalidades de residência de *medicina preventiva e social* (MPS) e de *medicina geral e comunitária* (MGC). A primeira modalidade possuía pressupostos metodológicos inspirados na utilização das ciências sociais em saúde e voltados para uma ação racionalizadora na organização dos cuidados de saúde. Já a segunda, inspirava-se no modelo americano de medicina de família, com valorização dos conteúdos clínicos na formação.

A batalha entre a medicina preventiva e a MGC foi resolvida, entretanto, de forma um tanto casuística com a edição de uma portaria da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC ao arrepio do consenso obtido entre o corpo funcional dos programas de residência, sendo dado como vencedora, no âmbito oficial, a segunda vertente, dando lugar a manifestações triunfalistas de seus mentores, que chegaram a considerar o médico egresso das residências de MGC como o “agente catalisador” de importantes mudanças na graduação em medicina (PAIM, 1986). Com certa veemência, este autor denuncia, no calor dos acontecimentos de então, “[...] a falta de

opções mais realistas e criativas” (PAIM, 1986). Nesta área da formação de recursos humanos e se refere à derrota do projeto *preventivista-social* como um escape à “lógica capitalista que 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. Assim registra o autor “[...] as mudanças prometidas são substituídas por apelos à pertinácia dos seus profetas e pela esperança na lucidez e firmeza decisória do Príncipe” (Era uma época na qual o debate se firmava, mas também esgotava-se na ideologia, sem dúvida).

O futuro, contudo, não se apresentou tão risonho para o movimento da MGC. Alguns anos depois, a maioria das residências com tais características não sobreviveram ou simplesmente mudaram seu objeto de prática. Mas também suas opositoras ideológicas viriam a experimentar substanciais transformações ao longo dos anos.

Aqui cabe a pergunta: que fatores influenciaram tais transformações, permitindo, entre outras coisas, a passagem de um *movimento ideológico* à *ação política*, conforme a expressão de Paim?

A resposta não parece muito obscura. Com a redemocratização do país, abriram-se possibilidades para a *ação política*, à luz do dia, exercida mediante parcerias institucionais ampliadas, envolvendo novos e diferentes atores sociais. De maneira diferente das décadas anteriores, quem agora estava com a palavra e a “vez” não eram apenas as academias, nem os organismos internacionais, nem mesmo os órgãos centrais dos governos federal e estaduais. Havia simplesmente novos atores no jogo, os quais passaram também a formular e colocar em prática novas propostas no cenário – os *municípios* – como de resto o fizeram em relação a todo um conjunto de políticas públicas a partir dos anos 90 (MENDES, 1991; SCOREL, 1987; GOULART, 1996).

As transformações citadas tiveram o condão de 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, preliminarmente com as AIS e os SUDS e depois com o SUS, com a conseqüente municipalização das responsabilidades, por certo representou um estímulo fundamental para que os fenômenos de oficialização e ampliação de tais programas acontecesse. Nesse quadro, certamente se inserem outros determinantes, como: o incremento de intercâmbio de modelos com outros países; o desenvolvimento da capacidade formuladora dos organismos gestores; a qualificação da participação social; a ruptura com o caráter meramente demonstrativo e experimental das experiências realizadas nas

décadas anteriores, além de outros. Independente das causas, o certo é que, na década de 90, políticas de governo como a de Saúde da Família reingressam com novo ímpeto e vigor no cenário da saúde, com aparente capacidade de permanência e enraizamento.

Carvalho (1994) discute a “introdução da família” nas políticas sociais brasileiras, situando-a dentro de três modalidades de ação, a saber: programas de geração de *renda e emprego*; programas de *complementação da renda familiar e rede de serviços de apoio*. Nesta última categoria é que se inserem os programas do tipo PSF, que podem variar quanto a seu foco de ação, desde abordagem aos problemas de cada indivíduo até o apoio intensivo a famílias em situações críticas. A autora entretanto esclarece que nem toda a problemática social é passível de uma abordagem via famílias, constituindo a família apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Embora reconheça que a família vem recebendo por parte das políticas públicas no Brasil uma atenção especial ao longo da década de 90, a autora adverte que há muito o que caminhar na superação de uma tradição normatizadora e autoritária de tais ações do Estado.

Vasconcelos (1999) descreve esta “valorização da família nas políticas sociais” como algo instituído, na verdade, ao longo de toda a história da construção do sistema de saúde brasileiro, relatando os diversos componentes desta natureza encontrados na legislação previdenciária, desde seus primórdios na década de 20, apesar da vigência das contradições dadas pelo médico-centrismo e pela dependência tecnológica e de capital de tal sistema. A criação da Fundação SESP na década de 40, em que pese seu caráter normatizador e autoritário, também representou um marco importante, com suas tradições de visitas domiciliares, territorialização, etc. Entretanto, foi na sociedade civil que este aspecto obteve maior visibilidade, citando os casos da Sociedade São Vicente de Paulo e Pastoral da Criança, entre outros.

A escolha do ano de 1994, pela ONU, como o Ano Internacional da Família teria tido impacto indutor sobre a política brasileira e de outros países do mundo, ao valorizar os conceitos de família e de comunidade, ainda segundo Vasconcelos (1999). Dentro do quadro de valorização do tema da família nas políticas sociais, este autor adianta alguns fatores que influíram em tal ação, identificando o problema da criminalidade praticada por crianças e adolescentes, as reações violentas de alguns setores da sociedade a eles, as epidemias de cólera e dengue bem como o próprio acúmulo de experiências locais que rompem com os modelos tradicionais de assistência. Criaram-se assim as condições, segundo este autor, para o advento de um “clima cultural” propício para determinadas inovações das políticas sociais, com elas os próprios programas PACS e PSF.

Houve, portanto, muitas mudanças na saúde, desde meados da década de 80, dadas pela intensa movimentação política e social pela reforma da

saúde no país (ESCOREL, 1987; GOULART, 1996) e pela “construção local” do sistema de saúde que resultou da ampliação da atuação municipal na saúde. Concorreu também para tal quadro de transformações a consolidação de um novo e efetivo arcabouço legal para o sistema, com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, que sem dúvida forneceram um inédito substrato para que experiências como as de *Saúde da Família* pudessem florescer. E floresceram, sem dúvida, libertas das amarras de um debate profundamente ideológico e marcado pelo (legítimo) sentimento de resistência ao arbítrio, que se viu superado após a passagem dos *anos de chumbo*.

A proposta de Saúde da Família, entretanto, somente alcançaria sua maturidade nos anos 90, galgando então o estatuto de política pública no Brasil. Isto equivaleria a “uma mudança no paradigma assistencial”, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação mono-setorial para a intersetorial, em direção à universalidade, conforme Trad e Bastos (1998). Mesmo alguns críticos das opções de implementação do SUS em curso no país, como é o caso de Mendes (2000), tendem a admitir avanços possibilitados por tal política. Este autor, aliás, ao se referir ao atual PSF no contexto do SUS, admitiu que o advento do PSF demonstra que “nem tudo são espinhos” no cenário geral.

Experiências pioneiras

A história dos programas de atenção à família no Brasil ainda não se encontra totalmente resgatada.

Na década de 80, começaram a aparecer experiências que vieram a ter repercussão importante nos programas atualmente desenvolvidos, enfeixadas como Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) particularmente na Região Nordeste (CARVALHO; RIBEIRO, 1998). Tais programas podem ser considerados herdeiros, de forma pioneira, das propostas de atenção primária à saúde, adscrição de clientela e extensão de cobertura, dentro do figurino definido na reunião de Alma Ata, realizada na década anterior. Esses programas desenvolveram, como característica principal, o enfoque nas clientelas de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição, tanto nas regiões rurais como nas periferias das grandes cidades, e primaram pela baixa densidade tecnológica de suas ações.

Do ponto de vista da atenção médica, destacam-se as experiências pioneiras realizadas em Porto Alegre (Vila de São José do Murialdo), ainda na década de 70, e no Estado de São Paulo. Não se pode esquecer que em inúmeros municípios brasileiros vigoraram programas assemelhados, como em Niterói, Campinas, Londrina e outros (GOULART, 1996), surgidos dentro de propostas mais amplas de reorientação do modelo assistencial, com extensão de cobertura, participação social, integração docente assistencial, etc.

As experiências do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e da Unidade de São José do Murialdo, em Porto Alegre

As experiências pioneiras, desenvolvidas nas décadas de 70 e 80, na cidade de Porto Alegre, dentro do enfoque da Medicina Geral Comunitária, serão objeto de segmento deste trabalho. Trata-se de casos que possuem uma história comum em muitos aspectos essenciais, por exemplo: os mesmos atores fundadores e apoiadores; os vínculos institucionais públicos; as preocupações com formação e capacitação; o caráter de efeito demonstrativo (pelo menos em seu início); a sucessão de *sístoles* e *diástoles*, ou seja, movimentos de expansão e retração em sua trajetória, entre outros. Além disso vieram a se caracterizar por um forte grau de articulação externa, com a formação gradual de uma rede importante de contatos e apoios externos técnicos e políticos, além de busca crescente de institucionalização.

GHC e Murialdo tiveram, ainda, uma tendência de gradual inserção nos sistemas de saúde locais, mediante ajuste e sintonia política com seus gestores, e mediante incorporação de sua “gramática”, o que inclui as diretrizes de responsabilização, territorialização, hierarquização, regionalização, participação, etc. Nesta condição, primaram também por buscar a superação da condição de serem meros exercícios de efeito demonstrativo ou de visibilidade acadêmica, sendo notório que, em sua evolução obtiveram amplo reconhecimento externo e de transformação em centros de referência regionais e nacionais na capacitação para Saúde da Família e Atenção Básica, em geral.

Da mesma forma que outros programas, enfrentaram e vêm enfrentando marcantes dificuldades derivadas das inconsistências quantitativas e qualitativas das políticas de financiamento vigentes para a atenção básica no País.

De forma sintética, as duas experiências mostraram, ao longo de sua existência, uma marcante diferenciação da natureza das práticas desenvolvidas em cada instituição: *hospitalar, clínica, de resolução individualizada* no GHC, enquanto em Murialdo o caráter sempre foi *comunitário, social*, com ênfase na *vigilância à saúde*.

A experiência do *Médico de Família* da SES de São Paulo

Esta foi uma experiência de curta duração, que aparentemente deixou poucas marcas locais, mas que teve a importância, segundo um interlocutor (SANTOS, 2002), de ter aberto as portas para a ampliação da discussão sobre a medicina de família e a atenção primária à saúde no Brasil.

Seu início se dá na segunda metade dos anos 80, quando Orestes Quércia assume o governo de São Paulo e nomeia secretário de saúde do estado José Aristodemo Pinotti, que foi o grande mentor da experiência.

Pinotti era um médico ginecologista de Campinas e professor titular da UNICAMP de renome nacional na área de saúde da mulher e, naquele momento, parecia inclinado em dar uma “virada” em uma carreira docente e científica bem sucedida, incursionando também pela política partidária. Pinotti era o que se poderia chamar de “déspota esclarecido”: um médico da elite, voltado para a política e para as ações de impacto social, mas com uma prática política que tendia a valorizar pouco os movimentos sociais e profissionais atuantes no campo da saúde.

Pinotti aparentemente estava em busca de incrementar sua visibilidade através de projetos inovadores na área de saúde e foi assim que entrou em contato com consultores cubanos, dadas as ligações que intelectuais paulistas ligados ao PMDB, na ocasião, capitaneados pelo escritor Fernando de Moraes, tinham desenvolvido com o governo de Cuba. Foi assim que a experiência de “médico de família”, então incipiente na ilha, foi trazida ao Brasil.

Não há maiores registros escritos sobre o projeto, ou não foi possível resgatá-los, baseando-se o presente relato apenas em entrevista (SANTOS, 2002). A condução do projeto *Médico de Família* foi entregue à médica Eliane Dourado, que tinha experiência em projetos inovadores de natureza semelhante em município da Região Metropolitana da capital paulista. A concepção era eminentemente *cubana*, ou seja, centrada em médicos generalistas residindo na própria comunidade, em prédios especialmente projetados, englobando moradia e consultório. Pouco mais de uma dezena destas unidades foi construída então, por volta de 1988, todas na periferia do município de São Paulo.

O projeto teve vida curta. Pinotti foi envolvido em acusações sobre desvio de recursos e afastou-se do cargo, supostamente para candidatar-se ao Governo de São Paulo, mas a ele retornou depois de alguns meses, quando Quércia preferiu apoiar para sua sucessão Luiz Antônio Fleury, que foi eleito. Neste interregno, o programa teve solução de continuidade, não se tendo notícia de como foram aproveitados seus quadros (se é que o foram) e do destino dado às unidades construídas.

O Programa foi na época bastante criticado, seja pela direita, seja pela esquerda (SANTOS, 2002). De um lado, a poderosa Associação Paulista de Medicina, suspeitando da *esquerdização* que poderia ser propiciada por uma idéia gerada em Cuba; de outro, o Sindicato dos Médicos, denunciando o caráter paliativo ou de *cesta básica* do mesmo. No próprio movimento sanitário da época, ou seja, nas entidades nacionais como o CEBES e a ABRASCO, ou entre os secretários municipais de saúde, o projeto não obteve aprovação ou maior penetração, ficando como uma ação até certo ponto marginal.

O Programa do Médico de Família de São Paulo teria passado em brancas nuvens não fossem alguns de seus desdobramentos, de natureza ideológica e intelectual, conforme a visão de Santos (2002), um “ator” estratégico

na ocasião, já que assumiu a SES-SP no lugar de Pinotti durante seu afastamento no final do governo Quéricia. Segundo tal interlocutor, o programa, em primeiro lugar, permitiu introduzir no país uma discussão que deu frutos positivos em anos posteriores – a da *atenção primária à saúde*. Fez parte da *re-aproximação* diplomática de Cuba com o Brasil, mas também foi decorrência de uma nova forma de *internacionalismo* desenvolvida pelos cubanos, não só constituído de intenções solidárias, mas também como busca de recursos para uma economia devastada pelo bloqueio americano. Outra repercussão do programa, segundo esse interlocutor, teria sido a de contribuir para a dissolução de algumas resistências que setores de esquerda ou progressistas em geral tinham em relação ao tema da *medicina de família*, ou mesmo da *atenção primária à saúde*, o que ficou muito nítido na década seguinte.

Outro desdobramento deste programa pioneiro, teria sido de gerar um mote captado por muitos secretários municipais de saúde, que passaram a incluir o tema da APS em suas agendas, desenvolvendo diversas experiências bem sucedidas de atenção à saúde, que até mesmo influenciaram o programa nacional surgido em meados da década de 90, das quais um exemplo paradigmático é o de Niterói. Assim se deu o que Santos denominou de “[...] uma ação política construtiva e realista, que elaborou e construiu um novo projeto, superando uma etapa anterior profundamente ideologizada, porém sem que houvesse uma ‘satanização à ideologia’” (SANTOS, 2002).

A formulação da política de saúde da família nos anos 90

Os contextos

O quadro da saúde no momento da formulação do PSF não era, de forma alguma, favorável ao desenvolvimento de propostas novas ou inovadoras no setor. Com efeito, o Governo Fernando Collor havia retrocedido nos avanços obtidos durante a *Nova República*, particularmente na questão do financiamento. Neste aspecto, aliás, o período de Collor levou a uma redução do gasto médio em saúde até um patamar mínimo de US\$ 40 *per capita* em 1992, *versus* US\$ 80 em 1987. Em 1993, já no governo de Itamar Franco, Antônio Britto, Ministro da Previdência Social, determinou unilateralmente as transferências do MPAS para a saúde, resultando em perdas da ordem de US\$ 2 bilhões. Inicia-se nessa época, também, o controverso uso de algumas fontes alternativas de recursos para a saúde, por exemplo o FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador. Em 1994, dando a tônica dos discursos de seus antecessores, o Ministro da Saúde Henrique Santilo divulgava publicamente que, pelo menos, US\$ 5 bilhões adicionais a um orçamento de 9 bilhões seria o mínimo necessário para “bem gerir a saúde no país” (SINGER, 2002).

É bem verdade que os indicadores de saúde vinham em melhora progressiva já no início da década, como, por exemplo, na mortalidade materna e infantil. Porém, nesse período observou-se uma certa mudança de ritmo de queda e, no caso da mortalidade materna, chegou a haver mesmo um ligeiro aumento da taxa entre 1993 e 1995, embora tal mudança não possa ser imputada diretamente a alguma piora, mesmo momentânea, das condições de vida e saúde da população. A crise do financiamento atingiu em cheio a rede hospitalar, tanto pública como privada, estimando-se que, em 1993, teriam sido paralisados cerca 4.500 leitos no país, reduzindo em 80% o atendimento hospitalar contratado pelo SUS (SINGER, 2002).

Os anos 90, particularmente seu início, albergariam uma autêntica *crise da saúde*, ou, para ser mais preciso, a continuidade e o agravamento de uma crise precedente. Vários fatores encontravam-se presentes, entre eles, queda do financiamento, irracionalidade, exclusão social, problemas de *imagem* do sistema perante seus usuários, etc. Para sintetizar tal tema, sem preocupações de abrangência, citam-se algumas contribuições a respeito do fenômeno. Faveret Filho e Oliveira (1989) cunharam a expressão “universalização excludente” 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. Vianna (1997) deplora que, apesar da concepção “européia” cogitada pelos legisladores constituintes de 1988, a proteção social e à saúde no Brasil vem acumulando evidências de uma verdadeira “americanização”, especializando-se em parques benefícios para os mais pobres, enquanto ao mercado fica reservada a atenção aos mais aquinhoados e capazes de remunerar serviços diretamente ou mediante seguro. Mendes (2000) compara o sistema de saúde nacional a uma “pia entupida”, pelo combinação de dois fatores nocivos: as dificuldades inerentes à gestão do setor e, principalmente, a formulação equivocada, já que inspirada em modelos segmentados de sistemas de saúde, já superados em todo o mundo.

Estes são alguns elementos do contexto em que o PSF foi formulado no país. O programa, além disso, nasceu em um momento em que a *questão da pobreza* estava bastante em evidência no País, traduzida, por exemplo, pela utilização do “Mapa da Fome” na alocação dos recursos previstos (VIANA, 2000). Havia, de um lado, um movimento civil coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza, o *Betinho*, e de outro, a atuação do Governo Itamar Franco, buscando sintonia com as propostas oriundas da sociedade. Era bastante acalorada a discussão sobre o real número dos muito pobres no País, variando intensamente o acordo sobre sua cifra, em alguns milhões de pessoas, de acordo com o estudo ou o pesquisador.

O contexto social e econômico do início dos anos 90 era, em resumo, o seguinte: (a) o número de *pobres* era estimado em cerca de 59,4 milhões em

1993 e o de *miseráveis* no mesmo período em 27,8 milhões e a desigualdade na distribuição da renda nacional era – como continua sendo – marcante, com o chamado Índice de Gini de 0,605, em 1993 (LAHÓZ, 2002); (b) a taxa de desemprego aberto era de 5,32, em 1994, considerada emblemática da mais grave crise de emprego na história do Brasil e aprofundada nos anos seguintes (OLIVEIRA, 2002); (c) embora aquém de metas desejáveis, a partir de 1995, as aplicações em saneamento e infra-estrutura urbana, da ordem de US\$ 5,29 bilhões, foram cerca de 35% superiores à média anual registrada entre 1980-1993 (PAULA, 2002); (d) o processo de urbanização do País prosseguia de forma acelerada e, no início da década, apenas cerca de 20% da população vivia nas chamadas cidades pequenas, com menos de 20 mil habitantes e o déficit habitacional brasileiro, em 1995, era quatro milhões de unidades nas zonas urbanas e 1,6 milhão nas rurais, além de 10,6 milhões de unidades sem infra-estrutura adequada; (e) além disso, entre 1991 e 2000, o número de favelas cresceu cerca de 22,5% (PAULA, 2002).

A formulação e início da implementação do PSF praticamente coincidiu com o advento do *Plano Real*, um conjunto de políticas que, nos anos seguintes, produziu marcantes transformações sociais e econômicas na vida dos brasileiros, podendo ser destacadas entre elas: (a) o *Plano Real* pode ser considerado como a principal ação social de governo em toda a década, pois, na vigência do mesmo, mais de 9 milhões de pessoas deixaram de ser tecnicamente *pobres* e cerca de 80% das famílias tiveram aumento efetivo de renda – a renda real dos 10% mais pobres simplesmente dobrou entre 1993 e 1995; (b) o crescimento econômico proporcionado por esse plano foi mais acentuado entre 1994 e 1995, depois deteriorando-se (LAHÓZ, 2002).

Outra característica da era que se sucede à formulação do PSF, e que corresponde ao período inicial de implementação do mesmo, refere-se ao padrão de relacionamento político entre o Executivo e o Legislativo, caracterizado, segundo Chagas (2002), pela existência de um autêntico “rolo compressor”, formado por uma poderosa base parlamentar – politicamente, de alto custo – que, entre outras mudanças institucionais, viabilizou alterações no capítulo da Ordem Econômica da Constituição; promoveu a quebra do monopólio estatal do petróleo e das telecomunicações; incrementou as privatizações das empresas estatais; aprovou reformas – embora parciais – da Previdência e da Administração, garantindo, de quebra, a reeleição do Presidente da República. Na saúde, através do uso do “rolo compressor” governamental, foi possível não só manter por períodos sucessivos a CPMF, como até mesmo alterar a Constituição no ano 2000, em busca de novas fontes e vinculação do financiamento setorial, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, formulada por deputados da oposição quase dez anos antes.

Retomando o curso histórico da narrativa, o *impeachment* de Fernando Collor, em 1992, e sua sucessão por Itamar Franco levou à nomeação para o

Ministério da Saúde de um Ministro – Jamil Hadad – e de uma equipe de assessores não só vinculados a um ideário dito progressista em saúde, como muitos deles de incontestável militância na Reforma Sanitária e, inclusive, alguns ex-secretários municipais de saúde. Formou-se, assim, um clima de mudança, pois a nova gestão havia encontrado uma marcante paralisia decisória no Ministério da Saúde, como de resto em outros setores da administração federal, agravada nos estertores do Governo Collor. Um pouco antes realizara-se a IX Conferência Nacional de Saúde, a qual, embora defendida e conduzida de forma destemida pelo ministro anterior, Adib Jatene, foi mais um evento político a demonstrar a insatisfação no País. Não havia, na ocasião, grandes propostas de avanço e, mesmo que as houvesse, a conjuntura era francamente desfavorável a qualquer implementação de inovações.

Contavam, os novos gestores, com um respeitável arco de forças políticas favoráveis à mudança na saúde no esquema de alianças do Governo Itamar Franco, tendo também como fator positivo o fato de se ter um presidente mais preocupado com a economia (e talvez com o resgate de sua imagem perante a sociedade) do que com os detalhes da gestão em saúde. Assim, mesmo em conjuntura econômica e institucional desfavorável, os ventos corriam a favor das propostas de transformação, traduzidas pelas palavras de ordem daqueles tempos: “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (GOULART, 2001b).

O período de gestão da saúde iniciado nesse momento, que correspondeu à formulação e implementação da Norma Operacional Básica de 1993, foi marcado por fortes conflitos e antagonismos, autênticas *disputas intra-burocráticas*, fora e dentro do Ministério da Saúde. Setores ligados à estrutura tradicional do mesmo, tais como procuradoria jurídica, auditoria, finanças, convênios e outros, geralmente ocupados por funcionários de carreira egressos das antigas *Secretarias Nacionais*, bem como do INAMPS e da FUNASA, tinham sua atuação marcada pelo que posteriormente se denominaria *criação de factóides*, seja levantando obstáculos normativos (dentro do espírito de que só se pode fazer o que está explicitado na lei, vedando qualquer incursão por terrenos em que ela se omite), seja ressuscitando tecnicidades, sempre de forma a obstaculizar o processo de descentralização, principalmente nos repasses entre fundos de saúde e nos pagamentos dos fatores de incentivo, propugnando, ademais, uma visão controlista restrita sobre os recursos, baseada no pressuposto de que os mesmos eram “federais”.

Também em outros setores do governo (Planejamento, Previdência Social e Secretaria de Orçamento e Finanças), o jogo não era menos pesado. Em reuniões interministeriais para discutir a questão orçamentária da saúde, freqüentemente, a argumentação por parte dos técnicos destes setores, devidamente apoiados pelos titulares, era de que a solução para os problemas da saúde estaria na criação de barreiras financeiras para o usuário, distribuição de *vauchers*, etc. Um golpe fatal veio, ainda em 1993, quando

Antonio Britto cancelou sumariamente a transferência de recursos da contribuição sobre a folha de salários para a saúde. Como se não bastasse, em 1994, novo golpe: Beni Veras, o Secretário de Planejamento do Governo Federal, declara o Ministério da Saúde suspeito na gestão dos recursos que lhe eram alocados, e abre uma comissão de avaliação interministerial para a saúde. Foi esse também, é bom lembrar, o tempo da reforma monetária, quando foi criada a *URV* e depois o *Real*, processos que acabaram por agravar os problemas financeiros da saúde, através de fórmulas de conversão muito questionadas na época (CARVALHO, 2002). O resultado concreto dessa seqüência de conflitos foi, na prática, a quase inviabilização da implementação da NOB 93 e de outras ações do Ministério da Saúde. Além de tudo, tratava-se de um ano eleitoral, também marcado pela polarização entre o candidato do governo (Fernando Henrique Cardoso) e o da oposição (Luiz Inácio Lula da Silva).

Nesse período, ocorreria ainda a substituição intempestiva de Jamil Haddad por Henrique Santilo, portador de um perfil mais conservador, além de mais disposto a realizações de efeito político, ou de ações localistas para seu Estado (Goiás) ou de repercussão mais imediata. Não foi fora desse espírito que ocorreram algumas das grandes realizações de Santilo à frente do Ministério da Saúde, quais sejam a criação do Programa de Saúde da Família e a constituição do PISUS – Programa de Interiorização do SUS, deixando quase intocadas as questões mais estruturais, como descentralização e financiamento. Em certos aspectos, porém, Haddad e Santilo equivaliam-se: eram ambos muito frágeis nos seus embates com a área econômica do governo.

Os primeiros movimentos da construção do PSF

O ministro Henrique Santilo havia sido governador de Goiás e, na sua época, já se havia trabalhado com uma proposta semelhante a dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo esta considerada, junto com a do Ceará, experiência pioneira no Brasil, além de institucionalizada e oficial. Santilo tinha como assessor especial um técnico brasileiro do UNICEF, Halim Girade, que acumulara marcante experiência em trabalhos comunitários em Goiás e outros Estados do Brasil. Girade, em entrevista, narra que o ministro pedira sua atenção para algumas idéias que vinha desenvolvendo, em busca de um novo modelo de atenção para comunidades pobres e sem médico, tendo como ponto de partida sua experiência em Goiás. O interlocutor destacou ainda um fato que considerava importante: na ocasião já havia demanda dos prefeitos por apoio do Ministério da Saúde para um programa naqueles moldes (GIRADE, 2000). Era, além do mais, a “única possibilidade de avanço possível”, na visão de um dos entrevistados, também protagonista dos acontecimentos daquele momento (SOUZA, 2000).

Sousa (2001), dando também testemunho desta época de transformações, registra que um fato notável do período foi a realização de um encontro nacional de enfermeiros coordenadores do PACS, do qual surgiu um documento final de avaliação, com destaque para uma agenda de prioridades a serem assumidas nacionalmente. Este documento foi entregue ao ministro Santilo e sua equipe na ocasião. Seus organizadores imaginavam que o mesmo traria consequências importantes para o PACS, porém sem ter, aparentemente, expectativas de que o mesmo mostraria também influências na criação de um novo programa, o PSF.

As idéias de Santilo, segundo Girade, tinham correspondência em algumas experiências em andamento no país, como, por exemplo, as de Niterói, do Grupo Hospitalar Conceição, ligado ao Ministério da Saúde, da SES de São Paulo e de Quixadá, no Ceará. Assim, por determinação do ministro, o entrevistado visitou várias delas e deu início a articulações para a elaboração de um programa nacional. Como decorrência imediata, no dia 27 de dezembro de 1993, reuniram-se no Ministério da Saúde representantes das experiências acima, mais alguns consultores e, então, foram definidas as bases do que viria a ser o Programa de Saúde da Família, mediante uma proposta que “[...] não era nenhuma das presentes, mas que procurava ser uma síntese de todas – o melhor para as condições do país”, segundo Girade. Um documento foi produzido na ocasião e algumas semanas mais tarde, a bordo de um avião entre Nova Iorque e o Rio de Janeiro, o Ministro Santilo tomou a decisão final de implantar oficialmente o programa, mais exatamente em janeiro de 1994.

Não se pode deixar de destacar o papel do UNICEF nesta etapa, com as presenças de Girade e Castillo, que produziram os primeiros documentos que serviram de base para as discussões subseqüentes, além de apoio político à iniciativa e inclusive apoio financeiro, por meio de contratações de técnicos, realização de eventos, publicações, etc. Foi uma parceria mantida durante todo o período de decolagem da proposta, sendo mais intensa até o ano de 1997; depois disso, por mudança de enfoque no trabalho desse organismo – não por ruptura política, ainda segundo Girade – a parceria foi atenuada. O UNICEF já vinha apoiando também o PACS, particularmente no período 1992-1993, quando o programa esteve “em baixa” no Ministério da Saúde. Além disso, a avaliação que projetou o PACS nacionalmente, coordenada por Cecília Minayo, cerca de 1990, foi financiada e apoiada em sua difusão pelo mesmo UNICEF.

Naquele momento, começam a tomar parte não só nas discussões para a formulação, como também nas primeiras gestões para a implementação do PSF, alguns técnicos que viriam a conferir ao mesmo uma *marca* nos anos seguintes. Tal grupo técnico, formado mais por enfermeiras do que por médicos, tinha como componentes pessoas com passagem por serviços de saúde, geralmente no interior do País, envolvidos com programas de atenção primária. Além disso, não eram pertencentes a uma burocracia pública de

carreira federal; antes, vieram para o Ministério da Saúde como autênticos “executivos da saúde” de extração técnica, com atribuição específica de trabalhar no programa recém criado.

Conteúdos

Caberia, neste momento, algum detalhamento dos conteúdos e das concepções que subsidiaram a formulação do Programa de Saúde da Família no Brasil.

Cordeiro (1996), na condição de observador e militante privilegiado da política de saúde no Brasil no decorrer das décadas de 80 e 90, afirma, por exemplo, que tal proposta de organização das práticas de saúde implica seu reconhecimento como um direito universal, vinculado à qualidade de vida. Da mesma forma, a escolha da família e de seu espaço social como alvo de abordagem, a democratização do conhecimento a respeito da saúde, da doença e da organização dos serviços, a intervenção sobre os fatores de risco, a prestação de um atendimento integral, resolutivo, contínuo e de qualidade, a humanização, o estímulo à organização social e o estabelecimento de parcerias, são avanços inquestionáveis que o programa vem oferecendo.

O PSF tem sido definido, ainda, como uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, fazendo parte de um processo de planejamento estratégico com implicações na ampliação da oferta de trabalho nos cuidados básicos, bem como uma ação potencialmente hegemônica na organização e na prática sanitária (CORDEIRO, 1996). É visto ainda como “o SUS que está dando certo”, na expressão utilizada por Levcovitz e Garrido (1996), autores (e também *atores* das primeiras etapas da implementação do programa) que valorizaram ainda alguns aspectos inerentes ao programa, tais como: o caráter de reorganização de serviços; a potencialidade de substituição do modelo assistencial vigente; o fato de se constituir fonte de inspiração para novas práticas de gestão, seja no plano estadual ou local; a geração de vínculos e responsabilidades entre serviços e sua população, etc.

Além disso, em outra análise, o PSF é qualificado como “um programa inserido no escopo das políticas públicas de saúde, no contexto do SUS”, dotado de uma concepção que abrange não só aspectos relativos ao modelo de práticas assistenciais, mas também aos processos de trabalho e formação de recursos humanos e cuja implantação se dá de forma participativa, conforme afirmativa de Trad e Bastos (1998).

Viana (2000) atribui ao PSF o caráter de propagador de práticas não convencionais de assistência, com grande peso dado à prevenção e promoção, como forma de reorganização dos serviços e antecipação das demandas dos mesmos e que, além do mais, trata-se de programa em que não

entra em conflito “nenhum de seus princípios básicos ou formas de operacionalização com as diretrizes do sistema nacional de saúde”.

Mendes (2000) credita ao PSF o *status* de ter se constituído como a contribuição mais importante do governo de Fernando Henrique Cardoso no campo da saúde, possibilitando a consolidação de uma política de atenção primária à saúde, com o mérito adicional de ter envolvido as universidades do país na capacitação de suas equipes. Em outro trabalho este autor identifica no programa matizes que permitem sua inclusão nas novas tendências da “gestão da atenção à saúde”, dados seus elementos de gestão de riscos populacionais e gestão da oferta através da atenção primária resolutive (MENDES, 1998).

Souza (1999, 2000), que militou no PACS e no PSF desde seus primórdios, acredita que tais programas vieram fortalecer o movimento de descentralização do SUS, apoiando-se na concepção de oferta de atenção básica no seio das próprias comunidades, de forma próxima aos usuários e abrangendo as localidades onde os serviços não se encontravam disponíveis, inovando ainda com a oferta de cuidados a domicílio. Para esta autora, o PSF representa também um avanço nas propostas de saúde ao superar uma etapa de “serviços realizados na comunidade” para outra de “serviços que envolvem a comunidade”. Aponta esta estratégia como uma possível saída para a crise contemporânea do Estado, desde que sua execução seja provida por serviços públicos qualificados e fortalecidos, em parceria com entidades não governamentais (igrejas, associações diversas, clubes, redes, voluntariado, etc.).

Paim (1994), autor que constitui referência obrigatória quando o assunto é a organização dos modelos assistenciais de saúde no Brasil, insere o PSF na categoria das políticas democratizadoras da saúde na década de 90, em contraposição ao caráter meramente racionalizador das políticas de momentos anteriores. Além do mais, credita ao programa em pauta, ressaltadas as contradições que o mesmo apresenta, o caráter de “modelo techno-assistencial de base epidemiológica”, configurando-se como legitimamente ancorado em dois dos conceitos fundamentais da medicina social contemporânea, quais sejam a determinação social do processo saúde-doença e o enfoque nos processos de trabalho em saúde (PAIM, 1997).

Vasconcellos (1998) atribui ao programa a potencialidade de promover uma “retomada” na humanização da atenção clínica, além da melhor qualificação de seus profissionais, sem embargo de seus componentes de resposta a certa tendência global de redução de custos com pessoal e tecnologia.

Souza (1999, 2000), na condição de ter sido a principal executiva do PSF desde seus momentos iniciais, fornece indicativos importantes a respeito das concepções que orientaram a sua criação e vêm orientando sua implementação, ressaltando a característica de “não ser uma proposta nova”, mas sim o resultado de uma acumulação de saberes e práticas de diversas

peças e instituições. O PSF estaria na origem de importantes transformações qualitativas do SUS, como, por exemplo, a rediscussão da NOB 93, que acabou por desencadear uma nova lógica de financiamento das ações de saúde. Defende ser ainda o programa uma “estratégia estruturante” do modelo de assistência no país e uma garantia de vínculo entre os serviços e a população. Na visão da autora, o PSF é uma “escolha técnica, ética e política”, constituindo-se uma autêntica marca do “futuro tecido no presente”.

Alguns aspectos do conteúdo do PSF encontram-se bastante detalhados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, que mostram uma certa evolução em seu enfoque. De uma abordagem mais “carregada” ideologicamente em um primeiro momento, correspondente aos anos de 1994 e 1995, com denúncia das mazelas do sistema vigente e propondo a urgente superação do paradigma clínico, os textos assumem um caráter gradualmente mais técnico, com conteúdos mais objetivos e prescritivos, enfatizando a articulação dos programas à rede. Tais diferenças tornam-se nítidas quando se compara, por exemplo, um dos documentos oficiais do programa, emitido em 1994 (BRASIL, [199-?b]) e aquele intitulado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, divulgado em 1997 (BRASIL, 1997b). Registre-se, ainda, que, nos dois documentos, o que era “estratégia para organização dos serviços de saúde”, converte-se em “estratégia de reorientação do modelo assistencial”.

O documento de 1997 do Ministério da Saúde anuncia, com detalhes, a que veio o PSF, declinando seus objetivos e diretrizes operacionais, dedicando especial atenção à reorganização das práticas de trabalho, às competências dos níveis de governo, bem como às etapas de implantação do PSF. O mesmo é, aliás, bastante ambicioso e abrangente em suas análises e propostas, ao anunciar, já em sua apresentação: (a) a vinculação de uma “crise estrutural” do setor público com a fragilidade da eficiência e da eficácia da gestão das políticas sociais; (b) a denúncia da incapacidade de algumas propostas “inspiradas na Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS”, tais como os SILOS e os Distritos Sanitários de promover mudanças significativas no modelo assistencial; (c) a priorização do “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”, como ponto central de atuação do PSF; (d) a proposta de mudanças “no objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços”, através da “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios”; (e) a busca de uma “compreensão ampliada do processo saúde/doença” com ênfase em intervenções “de maior impacto e significação social”.

O texto de 1997 procura enfatizar algumas características inovadoras pretendidas pelo PSF, como, por exemplo: (a) fugir ao caráter “vertical e paralelo” dos demais programas do Ministério da Saúde; (b) constituir-se em proposta substitutiva com inovação técnica, política e administrativa; (c) incorporar os princípios da vigilância à saúde e, finalmente, (d) negar o equívoco

co da identificação do PSF como “um sistema de saúde para os pobres”. Assim, o programa deve ser entendido como um “modelo substitutivo” da atenção básica de feição tradicional, porém encarando de frente a questão da equidade, além de ser necessariamente reconhecido como prática de alta complexidade tecnológica em termos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes.

Já a vinculação do PSF com o SUS é afirmada no referido documento, ressaltando sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica “em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde” e buscando uma outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população. São também definidas diretrizes operacionais de caráter conceitual e prescritivo quanto aos seguintes aspectos: (a) caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; (b) adscrição de clientela; (c) cadastramento; (d) instalação das unidades do PSF; (e) composição e atribuições das equipes; (f) atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário). O documento detém-se ainda à reorganização das práticas de trabalho, enumerando, entre outros aspectos, o processo de diagnóstico da saúde da comunidade; a abordagem multiprofissional; o desenvolvimento de mecanismos de referência; a educação continuada, além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social.

A seguinte declaração de princípios finaliza o documento:

[...] a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (BRASIL, 1997b, p. 11-12).

Um postulado central do SUS, a *universalidade*, poderia ser questionado em relação às ações desenvolvidas no âmbito do PSF. Até certo ponto, este seria um aspecto constante, empiricamente verificado nos programas existentes. Entretanto, como os programas geralmente destinam-se a segmentos mais pobres dentre os usuários, derivam daí questionamentos sobre um possível caráter de *focalização*, configurando um dilema entre uma opção *universalista* e uma opção *focalista*, a ser resolvido mediante uma análise mais global da política de saúde, em termos de compromisso político, saúde como bem público, focalização com instrumento técnico, além de financiamento e condução públicos, nos termos colocados por Granados-Toraño (1995). A questão remeteria-se, portanto, ao próprio potencial evolutivo do SUS no momento atual.

Em que pesem certos questionamentos, como o acima apresentado, o PSF configura-se como uma possível “mudança de paradigma” nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do *curativo* para o *preventivo*; do eixo de ação *mono-setorial* para o *intersectorial*; da *exclusão* para a *universalização*. Seu caráter inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde parece também evidenciado, não só nas análises dos documentos oficiais, como na visão dos autores citados.

Há, por certo, uma coerência conceitual na inclusão do PSF no quadro das políticas sociais universalistas, eqüitativas e integrais, ressaltando-se que suas potencialidades ainda não se cumpriram de todo, facultando uma certa tensão entre o *possível* e o *desejável*. A resolução dos dilemas do PSF não está confinada, certamente, aos limites formais e legalistas de uma reforma administrativa setorial, o que implica, na visão de Paim, no fato de que é preciso se desenvolver esforços, tantos no campo cultural como no político, advindo daí uma “reconceitualização das necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias”, com deslocamento da ênfase nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, configurando o que este autor denomina de uma “repolitização da saúde” Paim (1997).

Tal discussão sobre os modelos de atenção, entre eles o PSF, tem recebido a atenção de diversos autores no Brasil. Algumas contribuições importantes são aquelas aportadas por autores ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, que cunharam a expressão “ação programática”, uma referência importante com relação ao plano organizacional e de estratégias de intervenção na atenção básica (SCHRAIBER, 1990). Nesta proposta, as ações de prevenção, proteção e assistência à saúde, constituem elementos transformadores dos modelos de atenção, além de alavancas de integração entre diferentes níveis de atenção.

Destaque-se também a contribuição, embora fora da *main-stream* da discussão, de Misoczky (1994), elaborada no momento do lançamento do programa nacional e, assim, um tanto “datada” e presa a circunstâncias peculiares da política de saúde em Porto Alegre. Esta autora considera o PSF como divergente dos objetivos e princípios do SUS, afirmando que seus defensores locais contentariam-se em apenas “sussurrar aos ouvidos do Príncipe” e não em lutar por mudanças substantivas no modelo assistencial.

Na mesma linha, Merhy, Bueno e Franco (1999) consideram que o PSF carece de instrumentos de atuação clínica, o que faz suas ações se desenvolverem como mera “linha auxiliar do modelo médico hegemônico”, balizando de forma limitada e limitante as possibilidades de competição entre as suas práticas e aquelas desejadas pela corporação médica. Franco (1999), além do mais, afirma que o PSF falha em fazer com que os processos de trabalho nele verificados operem mediante “tecnologias leves” e que, devido a isso, sua implantação, por si só, não garantiria mudanças substantivas do modelo

assistencial vigente. Em outras palavras, a forma como o PSF vem sendo implementado pelo Ministério da Saúde não lhe conferiria a possibilidade de se tornar de fato uma alavanca de transformações, o que tudo indica que o mesmo careceria de se reciclar para incorporar “potência transformadora”.

A linha mais crítica ao PSF vem sendo desenvolvida por autores ligados ao Laboratório de Planejamento (LAPA), da Faculdade de Medicina da Unicamp, entre os quais se incluem os citados no parágrafo anterior. A proposta de tais autores tem sido designada de “defesa da vida” e suas principais características, como anunciadas em documento oficial de um projeto municipal de saúde que a incorpora são: (a) a ancoragem e reconhecimento de uma dada visão de mundo – o “recorte interessado”; (b) a composição de conceitos e aspirações em que transita o técnico e o político; (c) o *político* como um reflexo dos interesses, necessidades e direitos da sociedade; (d) o *técnico* como intermediação entre uma concepção de saúde (o *foco*), um recorte dos problemas e condições de saúde (*objeto*) – “carregado de intenções” e, ainda, um conjunto de estratégias (*meios*) para enfrentar os problemas de saúde (CAXIAS DO SUL, 2000).

Estas críticas mostram-se, entretanto, fora da corrente principal – a referida *main-stream* – de análise do PSF e têm oferecido, sem dúvida, um efeito demonstrativo interessante, com o desenvolvimento de programas alternativos ao PSF em cidades assessoradas pelo Lapa, geralmente governadas pelo Partido dos Trabalhadores, como é o caso de Betim (até 2000), Caxias do Sul, Campinas e outras.

O processo de implementação do PSF

Os contextos e os atores

Embora tenha sido formulado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santilo, no Ministério da Saúde, o PSF, na verdade, encontrou condições de crescimento qualitativo e quantitativo nos anos seguintes, já no governo de Fernando Henrique Cardoso, mais precisamente a partir de 1998, quando o economista José Serra assumiu o Ministério da Saúde. Os dois ministros que sucederam a Santilo, Jatene e Albuquerque, embora não tivessem explicitado em nenhum momento oposição do PSF, não demonstraram vontade ou não obtiveram acumulações políticas para fazer acelerar sua implementação. Jatene, particularmente, fazia uma defesa competente do PSF e tinha uma história profissional compatível com isso, mas ocupou-se em sua breve segunda passagem pelo MS, entre 1995 e 1996, mais com os aspectos estruturais e de financiamento, voltando-se para o ato de “arrumar a casa”, conforme expressão que freqüentemente utilizava (JATENE, 1992).

De qualquer forma, o PSF enquadra-se como uma proposta forte dentro do quadro do segundo governo Fernando Henrique Cardoso, constituindo-se um aspecto típico do mesmo. Segundo Singer (2002), ao analisar este período da vida nacional, o compromisso do presidente eleito em 1994, que era garantir recursos suficientes e estáveis para a saúde, só foi cumprido parcialmente, com expedientes transitórios. Embora o primeiro mandato tivesse apresentado um crescimento do gasto em saúde, com elevação de 29% entre 1994 e 1995, e tendo seu melhor momento em 1997, com cerca de R\$ 121,00 *per capita* – a evolução posterior chegou a ser negativa. A CPMF, aprovada no final de 1996, representou, entretanto, uma *vitória de Pirro* para a saúde, dada a alocação de recursos em outras áreas, motivando a saída do ministro Jatene a seguir. Já a aprovação da Emenda Constitucional 29, em setembro de 2000, foi capaz de melhorar o prognóstico do financiamento à saúde para os próximos anos, mas não ao ponto de se dar a questão por resolvida.

Do ponto de vista dos indicadores de saúde durante os dois governos Fernando Henrique Cardoso, uma melhoria dos mesmos continuou a acontecer, mas foi pouco expressiva em alguns casos, por exemplo, na mortalidade materna, no controle da tuberculose e da dengue. Houve também enormes dificuldades em cumprir diversas metas sociais, por exemplo, no saneamento básico.

A questão do financiamento da saúde pode ser considerada como verdadeiramente crucial no período aqui analisado. Com a autoridade de quem exerceu papéis importantes na saúde ao longo da década de 90, inclusive no Governo Federal, Carvalho (2002) analisa o tema com profundidade e abrangência. Este autor parte do pressuposto de que, no âmbito do Governo Federal, no período pós constitucional, gastou-se pouco – ou indevidamente – com saúde, sendo descumpridos os dispositivos constitucionais referentes ao financiamento da saúde e, ainda, que os órgãos fiscalizadores descumpriram a lei por se omitirem diante das ilegalidades praticadas pelo Executivo, detentor que este é do “rolo compressor” já comentado antes. Assim, aponta diversas pendências acumuladas nos anos 90, particularmente nos dois governos de Fernando Henrique. Por exemplo, a definição pouco precisa do que sejam os recursos da Seguridade Social, a serem melhor classificados como “nacionais” e não simplesmente “federais”; a necessidade da ampliação da composição dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e, ainda, os constrangimentos que os recursos vinculados à saúde, como no caso da Emenda Constitucional 29, continuassem a sofrer contingenciamento por parte do Executivo, como mostram as tendências atuais. Aponta, ainda, que várias são as consequências dos desvios inconstitucionais que se praticaram nestes anos, particularmente no panorama presente, traduzidas por danos sociais “inquantificáveis e irreversíveis, como perdas de vida, seqüelas físicas, sofrimento humano, etc”.

Entretanto, há também consenso a respeito de importantes avanços

obtidos na área da saúde, como, por exemplo, no controle da epidemia de HIV, no enfrentamento de interesses de produtores de medicamentos, na popularização da política de genéricos e, até certo ponto, na regulação do seguro-saúde. Outros problemas, contudo, permaneciam, em torno do ano 2000, mal (ou não) resolvidos, como era o caso do controle da malária, da hanseníase, do sarampo e da dengue (SINGER, 2002).

Os processos de implementação

Vianna e Dal Poz ([199-?]) situam a implementação do PSF como um “reforma da reforma” ou “reforma incremental” em saúde. Estes termos aplicam-se a um conjunto de transformações, tanto no desenho como na operação das políticas, que ocorrem de forma separada ou simultânea em relação aos sistemas e aos serviços de saúde, nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração a prestadores e, fundamentalmente, na configuração da prestação de serviços, resultando em mudanças do modelo assistencial em saúde. Os autores referem-se, ainda, a determinados fatores que interferem em uma agenda de mudanças dessa natureza, a saber: exigências econômicas, interesses e dimensão política. O maior ou menor grau de mudança vai depender dessas três variáveis e o caso do PSF parece bem ilustrativo disso, como se verá adiante.

(A) PLANO POLÍTICO E INSTITUCIONAL

Do ponto de vista institucional, o PSF passou por várias situações dentro do Ministério da Saúde. Em um primeiro momento esteve na Fundação Nacional de Saúde, onde, junto com o PACS e o PISUS – Programa de Interiorização do SUS, fazia parte de uma das coordenações (COSAC) do antigo Departamento de Operações. O PISUS, entretanto, teve vida curta, sendo extinto na mudança de governo que ocorreu em 1994-95. Segundo um dos entrevistados (ARRUDA, 2000), foi uma experiência que fracassou por ter sido articulada junto aos Estados e não diretamente com os municípios, ao contrário do PACS e do próprio PSF, que tiveram tal componente bem definido e, por isso mesmo, outra trajetória.

Um segundo momento, iniciado a partir de 1995-1996 foi marcado pela transferência da antiga COSAC da FUNASA para a SAS – Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. Esta transferência teve dois impactos de monta na estrutura do programa, a saber: primeiro, permitiu a junção de fato entre as duas estratégias, pois na FUNASA, embora estivessem na mesma coordenação, tinham titulares, equipes e até mesmo áreas físicas diferentes; em segundo lugar, com a mudança, o programa aproximou-se da área realmente 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. Como decorrência, foi constituída uma nova Coordenação de Saúde da Comunidade, que depois se transformou em Departamento de Atenção Primária à Saúde. Desta forma, o PSF e o PACS deixam de ser mais um “programa vertical” tradicional e passam a ser estratégias de mudança de modelo assistencial em saúde (VIANA; DAL POZ, [199-?]).

Posteriormente, em 1999, o setor foi transferido para o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), dentro de um quadro de mudança institucional, no qual este órgão passava a assumir o papel de instância formuladora de políticas e estratégias do Ministério da Saúde, chamando a si a responsabilidade pela política de atenção básica, bem como pelos antigos “programas”. Tal medida não deixou de ser também uma maneira de esvaziar ou de “equilibrar”, de certa forma, o papel da SAS, que concentrava poderes muito fortes na área de assistência nas várias complexidades e também na articulação de estados e municípios, relativa à descentralização do sistema.

Ainda do ponto de vista institucional, alguns marcos podem ser destacados na trajetória do PSF, como, por exemplo, a articulação entre as universidades e as secretarias de saúde para a criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família (1997); a parceria com a Comunidade Solidária (1998); a abertura de linhas de financiamento junto ao REFORSUS (1998); a realização de dois Seminários Internacionais em Saúde da Família, em 1998 e 2001; a realização da I Mostra Nacional de Experiências em Saúde da Família (1999); o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica, entre Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais (2000), entre outros.

Em termos políticos, pode-se dizer que o PSF teve também uma trajetória movimentada. Entre 1994, ano de sua fundação, e 1996, galgou espaços importantes na estrutura institucional do Ministério da Saúde, como visto acima. No final do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso e, particularmente, no primeiro ano do segundo mandato, foi erigido com autêntica *política nacional*, passando a fazer parte do chamado “Avanço Brasil”, o plano de governo para o segundo mandato e, posteriormente, do PPA – Plano de Pronta Ação (BRASIL, 1999) o programa de metas do governo brasileiro para o quadriênio iniciado em 1999.

Talvez o fator mais notável para a ascensão política, tanto do PSF como do PACS, estivesse ligado à chegada de José Serra ao cargo de ministro, substituindo Carlos Albuquerque em março de 1998. Serra foi um dos raros não-médicos a ocupar o cargo de ministro da saúde no Brasil, e tinha uma carreira mais ligada às áreas de planejamento e finanças públicas, compatível com sua formação de economista. Ao que se diz, Serra já tinha pretensões próprias e incentivo do presidente para ser o candidato à sucessão de 2002 e procurou pautar sua ação de modo a conferir visibilidade ao Ministério

e à sua pessoa. Sem impedimento de outros projetos desenvolvidos, pode-se dizer que o PSF “caiu como uma luva” para os desejos de Serra. Como disse um dos interlocutores ao ser entrevistado: “[...] que outra proposta havia no cenário para avançar? Não havia outra [...]” (SOUZA, 2000).

Serra traçou metas para a expansão acelerada do programa, ainda em 1998, dando início à divulgação da meta de 20 mil equipes no segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Como afirmou textualmente o então ministro e atual candidato, em dezembro de 2000: “[...] é para mudar a cara da saúde no Brasil” (SERRA, 2000).

(B) ASPECTOS NORMATIVOS

Do ponto de vista normativo, embora tenha havido uma seqüência de portarias e outros instrumentos do Ministério da Saúde que tiveram influência direta e indireta sobre o desenvolvimento do programa, particularmente no que diz respeito a seu financiamento, como será comentado adiante, o verdadeiro salto qualitativo em relação às disposições que regeram a implementação do PSF foi dado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (BRASIL, 1996b).

Entretanto, alguns meses antes da promulgação da NOB 96, algumas portarias do Ministério da Saúde já davam início ao processo de mudança na estrutura de financiamento e nos requisitos para habilitação do programa, buscando um caráter de indução em relação ao modelo de atenção que se desejava implantar. Tal é o caso da Portaria SAS número 8, de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996a), que obrigava, para fins de cadastramento e faturamento, que o PSF estivesse implantado em municípios que cumprissem os requisitos da NOB 93, em termos de modalidade de gestão. Na prática, isto forçava os pleiteantes a organizar seus conselhos, planos e fundos de saúde, bem como outros instrumentos de gestão preconizados na norma.

A NOB 96 apresentou, com relação às NOB's anteriores, a perspectiva de mudança do modelo assistencial, mediante alguns incentivos à organização dos programas PACS e PSF. Para tanto, por meio de portarias e instruções normativas complementares, tais incentivos foram implantados atribuindo um determinado valor financeiro por equipe de ACS ou PSF, diretamente proporcional à cobertura populacional alcançada. O resultado parece ter sido apreciável, pois correspondendo ao período imediatamente seguinte à implantação efetiva da NOB 96 foi observada uma expansão marcante da implantação de equipes de PACS e de PSF em todo o país.

Tudo indica que, nos termos da NOB 96, tanto o PSF como o PACS aparecem justificados e, mais do que isso, incentivados, em inúmeras passagens do documento. Nos campos de atenção à saúde (item 3-a da NOB)

observa-se, por exemplo, uma definição de atenção à saúde que compreenderia todo um conjunto de ações realizadas no SUS, em todos os níveis de governo, seja para o atendimento das demandas pessoais ou ambientais, abrangendo também ações assistenciais voltadas às pessoas, de forma individual ou coletiva, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, e ainda no *espaço domiciliar* – grifo do autor (BRASIL, 1996b).

A NOB 96 enfatiza ainda, em seu item 9, alguns aspectos relacionados à mudança do modelo assistencial em saúde, bastante coerentes com as diretrizes dos PSF, como, por exemplo: (a) a busca da integralidade; (b) a incorporação ao modelo dominante do modelo epidemiológico; (c) a associação dos processos individualizados e de intervenção terapêutica vigentes com “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e em seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias”; (d) a incorporação, como objeto das ações, das pessoas, do meio ambiente e dos comportamentos interpessoais.

Ainda no terreno normativo, merecem referência especial três instrumentos, considerados marcantes, do ponto de vista estratégico, para o programa. São eles: (a) a Portaria 1.886/97 (BRASIL, 1997a), que reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do “programa similar”; (b) a Portaria 3.925/98 (BRASIL, 1998), que implanta o *Manual da Atenção Básica*; (c) a Portaria 1.329/99 (BRASIL, 1999b) que estabelece financiamento diferenciado por cobertura populacional.

Por último, algumas breves considerações sobre o PSF na NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde (BRASIL, 2002c), instrumento que passa a regulamentar a implementação do SUS, nos aspectos relacionados à assistência, a partir de 2001-2002. Embora o PSF não seja citado diretamente nesta norma, o mesmo não acontece com a atenção básica, que constitui um dos pilares de tal instrumento normativo. Assim são definidas como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, atividades tipicamente vinculadas à atuação das equipes do PSF. A NOAS ainda enfatiza que tais ações devem ser assumidas por todos os municípios, levando-se em consideração o seu perfil epidemiológico, definido como componente essencial para o efetivo cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica.

(c) PROCESSO DE FINANCIAMENTO

Também na questão do financiamento, foram várias as transformações que experimentou o PSF, podendo-se mesmo dizer que a análise deste programa fornece, por si só, uma ilustração bastante completa a respeito das diferentes formas de transferência de recursos que já vigoraram ou ainda estão em vigor na saúde.

Nos primórdios, ou seja, entre 1994 e 1995, o financiamento se dava a partir de convênio firmado entre MS, estados e municípios, com critérios de escolha de municípios e cumprimento das exigências formais de praxe, tais como a prestação de contas (SOUZA, 2000). Por meio desse instrumento, era garantido um aporte ao gestor, uma determinada quantia por mês, nos três primeiros meses de funcionamento do programa. Contudo, já a partir de janeiro de 1996, ocorre mudança na sistemática, passando o PSF a ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA SUS, com valor agora diferenciado para a consulta médica, equivalente ao valor de duas consultas “normais” (VIANA, 2000).

Estava ainda em vigência a era da NOB SUS 93. Em período seguinte – ou seja, após fevereiro de 1998 – passaram a valer as novas regras de financiamento ditadas pela NOB seguinte. Iniciou-se assim a era do PAB – Piso da Atenção Básica, medida responsável por forte indução de mudanças no modelo assistencial, conforme explicitado por Levcovitz, Lima e Machado (2000). Na NOB 96, a transferência, de acordo com a nova sistemática, partia da exigência de que as equipes de PSF e PACS estivessem atuando integradas à rede municipal, ou que se desenvolvesse estratégias similares de garantia de integralidade da assistência. A Norma estabeleceu, ainda, a salvaguarda de que a omissão de informações referentes à produção de serviços do PSF e do PACS por determinados períodos de tempo, consecutivos ou alternados, em um ano, resultaria na suspensão dos créditos respectivos.

No que se refere aos mecanismos de transferência de recursos, foram de forte impacto as mudanças estabelecidas com a implantação do PAB, como era o caso da vigência do PAB fixo e variável e também de outros incentivos financeiros, o que acarretou ampliação marcante da transferência de recursos federais. Assim, no final do ano 2000, quase a totalidade dos municípios brasileiros já recebiam, dentro da modalidade automática (fundo-a-fundo) pelo menos os montantes destinados à atenção básica e cerca de dois terços dos recursos assistenciais federais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2000).

Outra mudança que a NOB 96 facultou foi a estipulação de um valor *per capita* mínimo, definido com base na média da produção dos procedimentos básicos no ano anterior e que resultou também na ampliação do valor transferido para a assistência básica, mesmo nos municípios que tinham problemas em apresentar produção suficiente de procedimentos. Um valor de R\$ 10,00 por habitante/ano foi estabelecido, possibilitando homogeneização das

transferências para o conjunto de municípios. Houve também algum “achatamento” dos valores transferidos a alguns municípios, mas isso não chegou a ser significativo em relação ao conjunto.

As vantagens do recurso PAB derivavam de que o mesmo, apesar de calculado com base em séries históricas de produção, não se encontrava sujeito à revisões periódicas baseadas meramente na produção, o que não acontecia, por exemplo, com o recurso destinado à média e alta complexidade e à assistência hospitalar. Assim, o PAB superou a modalidade tradicional de “pós-pagamento” e vínculo à produção, em favor de um “pré-pagamento” para a remuneração dos serviços, representando, sem dúvida, um fator de inovação no modelo de financiamento da saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2000; NEGRI, 1999).

A introdução do PAB e a normatização referente à sua parte variável provocou, segundo Viana (2000), outras mudanças de impacto no financiamento, não só diretamente sobre o PSF mas sobre o conjunto de programas do Ministério da Saúde, resultando em maior integração das ações que compõem os programas assim custeados.

Em 1999, nova medida normativa, de forte impacto sobre o processo de financiamento é implantada – a Portaria 1.329 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999) –, por meio da qual as coberturas populacionais oferecidas pelas equipes de saúde da família passam a ser critério para a definição do incentivo a ser pago por equipe. Ocorre, desta forma, um aumento significativo do valor de tal incentivo, obedecendo a uma razão incrementalista, incidindo sobre os percentuais de cobertura, dentro de alíquotas progressivamente maiores (de 3% a 7%) em relação ao montante da população coberta (NEGRI, 1999).

A partir do final da década de 90, o PACS e o PSF puderam contar com uma nova fonte de financiamento, particularmente para investimentos, através do REFORSUS, um empréstimo internacional para o setor saúde, operacionalizado pelo Banco do Brasil. Assim, além da expansão da rede física e dos equipamentos, houve disponibilidade de recursos também para a qualificação das equipes e desenvolvimento institucional, facultando às SES assumirem novos papéis de coordenação, capacitação e gestão das ações (VIANA, 2000).

A Emenda Constitucional 29, aprovada em setembro de 2000 pelo Congresso Nacional, veio trazer novas luzes para o financiamento da saúde, conferindo ao SUS o que um de seus autores denominou de “hora da maioridade” (JORGE, 2000). A emenda proporcionaria, ao cabo de quatro ou cinco anos, maior aporte de recursos e mais previsibilidade e controle, além de contribuir para a organização do sistema. Seus efeitos sobre o PSF e a atenção básica em geral, contudo, ainda não se faziam notar nos primeiros meses de sua implementação.

(D) PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os processos de avaliação do PSF passaram a ocorrer com mais frequência a partir do final da década, considerando, como seria natural, a ausência de uma massa crítica de experiências a produzir resultados, a insuficiência dos sistemas de informação ou sua implantação muito recente, bem como a carência de metodologias e técnicas adequadas, de amplo domínio e comparabilidade até tal momento. É bem verdade que alguns processos pontuais já vinham sendo conduzidos, por influência de instituições externas ou por iniciativas próprias locais, como ocorrido em Camaragibe (Pernambuco) e também em outras localidades, na linha aberta por pesquisadores do IMS/UERJ (VIANNA; DAL POZ, 1998), em 1998, financiados por recursos internacionais. Entretanto, em torno de 1999 a 2000 é que começaram a aparecer com mais intensidade e frequência trabalhos dessa natureza, seja na literatura especializada em saúde coletiva, seja em teses acadêmicas ou, ainda, como resultados diretos de processos desencadeados e apoiados pelo próprio Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde anuncia oficialmente sua intenção de dar partida e aprofundar o processo de avaliação apenas no ano de 2000, ocasião em que publica um conjunto de manuais contendo as linhas estratégicas para o PSF no quadriênio 1999-2002 (BRASIL, 2000c), aliás período correspondente ao PPA do Governo Federal. Dessas linhas estratégicas, a de número quatro é a “avaliação permanente da atenção básica”, que por sua vez se desdobra em três áreas de atuação: avaliação do processo de implementação; implementação de pesquisas avaliativas; acreditação e validação do processo de avaliação.

Seguramente associada à primeira das áreas de atuação da estratégia acima referida é a pesquisa denominada “Avaliação da implantação e funcionamento do PSF”, cujos resultados foram divulgados formalmente no ano 2000 (BRASIL, 2000c). Este estudo foi realizado mediante consulta por correio a um conjunto de 1.219 municípios e 3.119 equipes de saúde da família, em 24 Estados, durante o período de abril a julho de 1999. Os índices de resposta estiveram entre 56,9% e 78,6%. A condução do processo foi realizada por técnicos do DAB, pesquisadores acadêmicos e representantes dos gestores municipais. Suas conclusões foram bastantes abrangentes e, para as finalidades presentes, um pequena síntese é apresentada a seguir.

Do ponto de vista da gestão do programa, a participação dos gestores estaduais era marcada pela indefinição dos critérios de priorização de áreas de cobertura. Algumas das principais atividades desenvolvidas pelos mesmos eram, além da capacitação de equipes, a assessoria ao sistema de informação e ao desenvolvimento do projeto inicial. Incentivos financeiros, materiais e técnicos por parte das SES constituíam exceções. As principais causas do baixo desempenho dos gestores estaduais vinculavam-se à estrutura material e de recursos humanos deficiente e defasada. Entre as jus-

tificativas que levaram os municípios a implantar o PSF, destacavam-se a substituição do modelo de atenção à saúde e a necessidade de ampliação do acesso aos serviços.

Na política de recursos humanos, menos da metade dos médicos e enfermeiros vinculados ao PSF eram recrutados no próprio município e em torno de 20% o eram até mesmo fora do Estado ou do País. Os processos seletivos de pessoal de modo geral haviam transcorrido com alto grau de informalidade; da mesma forma estabeleciam-se os contratos de trabalho, com enorme predomínio de contratos temporários e de prestação de serviços (em torno de 79%, tanto para médicos, como para enfermeiros).

Do ponto de vista dos processos de trabalho, a noção de território, com a utilização de instrumentos correspondentes, estava presente em cerca de 80% dos casos. Os prontuários de família estavam implantados em cerca de 70% dos casos. Foi também bastante expressivo o incremento da oferta da maioria dos procedimentos característicos da atenção básica com a implantação do programa, persistindo, porém, alguns casos notáveis de baixa oferta, como, por exemplo, o exame de Papanicolau, as ações voltadas para adolescentes, as pequenas cirurgias, e a inserção de DIU.

Na sequência das linhas estratégicas referidas antes, o Ministério da Saúde fez realizar, durante o ano de 1999, um amplo estudo nacional sobre o perfil da força de trabalho do PSF, abrangendo, nesse momento, os médicos e os enfermeiros (BRASIL, 2000b). O estudo foi conduzido com base no cadastro do DAB/MS, com data de referência de dezembro de 1998, sendo enviados questionários pelos correios a 3.147 equipes, 6.294 profissionais, distribuídos em 117 municípios de 25 Estados, um universo com a mesma dimensão do estudo referido acima, portanto. Os índices de resposta foram considerados satisfatórios, variando de 50% a 84,5%, de acordo com a região; para os enfermeiros, os índices de resposta foram maiores do que para os médicos. Algumas das conclusões do estudo estão relacionadas a seguir, sem caráter exaustivo.

Os dados confirmavam uma tendência de *feminilização* da força de trabalho em saúde, já verificada universalmente, além de uma tendência a que a maior parte dos médicos e enfermeiros estivessem abaixo dos 50 anos, uma *juvenilização* que se mostrava mais marcante entre os enfermeiros que entre os médicos. Do ponto de vista da origem profissional, na Região Norte, cerca de 18% dos médicos eram estrangeiros, enquanto no resto do país esta cifra não passava de 4%. Em termos de formação, apenas um terço dos médicos havia concluído um programa de residência médica, de qualquer natureza; entre os enfermeiros a incidência de habilitação profissional era igualmente baixa; nos dois casos, as demandas por qualificação e aprimoramento profissional eram altas.

Foi observado ainda que cerca de 43% dos profissionais atuavam nos programas há menos de um ano, o que era explicado pelo momento de

expansão rápida que então ocorria. Entretanto, a mobilidade entre municípios era da ordem de 20% entre os médicos e apenas um pouco menor nos enfermeiros, configurando um quadro de alta rotatividade no emprego. As formas de seleção e os vínculos trabalhistas primavam, na ocasião, pela precariedade e falta de garantias legais. Do ponto de vista das percepções do público-alvo da pesquisa, o desgaste com a atividade no PSF foi uma manifestação muito freqüente, sendo atribuída, principalmente, aos vínculos precários de trabalho, ao excesso de trabalho, à carência de suporte material para a atividade, à dificuldade de acesso às áreas de trabalho, entre outros fatores. Entretanto, a quase a totalidade dos profissionais das duas categorias, admitiam estar contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população e tinham uma visão positiva de seu trabalho, o que é diferente de conclusões de outros estudos realizados entre o conjunto dos médicos brasileiros (MACHADO, 1997).

Em relação aos anos imediatamente anteriores, Viana e Dal Poz (1998) haviam trazido à luz uma avaliação bastante positiva dos efeitos “sistêmicos” do PSF, ao associar sua implementação (que começava a se acelerar a partir de 1998) com um grande impulso do processo de municipalização induzido pela extensiva normatização do Ministério da Saúde, além de maior organização dos sistemas de saúde no país. Entre outros aspectos, estes autores apontaram o estímulo ao cumprimento da legislação do SUS, como possível efeito da Portaria 1886/97, com a implementação de novos Fundos e Conselhos Municipais de Saúde em municípios de todo o país com o conseqüente aumento da racionalidade do gasto e do controle social sobre os recursos e o próprio sistema.

Ainda no trabalho em foco, registrou-se a adesão acelerada a uma das modalidades de gestão da NOB 93 e, posteriormente, da NOB 96, acarretando a reorganização da atenção básica como decorrência dos novos mecanismos de financiamento, particularmente após o advento do PAB, previsto na NOB 96. Uma nova definição das atribuições das SES parece ter ocorrido, segundo os autores, particularmente em relação à capacitação de recursos humanos para o sistema de saúde. Da mesma forma, registrou-se a abertura de novos tipos de parceria entre o público e o privado, como aconteceu em São Paulo, com o Projeto Qualis. Em relação à política de recursos humanos, predominava a diversificação e, por vezes, a precarização das modalidades de vínculos de trabalho no setor público.

Viana (2000), no relatório de pesquisa já citado, acrescenta ainda a importância adquirida pelo PSF na prestação de ações e serviços de atenção básica e para sua penetração nos estados e municípios, dadas as expressivas e crescentes cifras verificadas nos anos em torno de 1998. Esta autora destaca, ainda, a integração entre os vários programas operados pelo governo federal possibilitada pelo financiamento através do PAB variável e, também, pelas parcerias estabelecidas, por exemplo, com o Programa Comunidade Solidária.

O referido relatório destaca alguns outros aspectos dignos de nota, a saber: (a) tendência à concentração do programa em pequenos municípios (quase a metade até 17 mil habitantes, na ocasião), com níveis de cobertura decrescentes conforme aumenta o tamanho dos municípios, ou seja, com baixa penetração nos grandes municípios; (b) tendência de incremento da cobertura financeira federal para os procedimentos da atenção básica em geral, de forma global e *per capita*; (c) descompasso entre a produção de procedimentos realizados por médicos frente àqueles realizados por enfermeiros; (d) “centralidade” dos procedimentos de atenção básica e baixa complexidade em geral, com tendência a dobrarem a cada ano (entre 1997 e 1999, pelo menos); (e) impacto confirmado sobre alguns indicadores de morbimortalidade no período 1995-1998, como por exemplo: número de internações hospitalares de crianças com menos de cinco anos; redução de internações para praticamente todos os grupos de causas; coberturas vacinais; taxa de mortalidade infantil, entre outros.

Configurando mais uma abordagem avaliativa, destaca-se o trabalho realizado por Aguiar (1998), que declina sua cautela face a algumas perspectivas de análise que fazem referência ao impacto positivo da normatização do Ministério da Saúde sobre o PSF. A autora aceita o fato de que a implantação do PSF no Brasil tem vínculos fortes com o processo normativo, particularmente das NOB e demais instrumentos pós-93, e que vêm influenciando e até reestruturando não só a alocação de recursos mas também o próprio processo decisório em saúde. A capacidade indutora da política, principalmente com o advento do PAB, foi notável, mas a cautela se justificaria tendo em vista que alguns dos indicadores que têm sido utilizados na avaliação do desempenho da gestão municipal, como é o caso da existência do Conselho ou do Fundo de Saúde, nada mais seriam do que obrigações legais e que, além do mais, careceriam de estudos que demonstrassem de fato seu impacto sobre o sistema local. A autora argumenta ainda que um estudo do início da década, voltado para o impacto dos programas da Comunidade Solidária, no qual atuou como pesquisadora, evidenciou que a existência formal de tais instrumentos, nos municípios, refletiria essencialmente o cumprimento de exigências legais, não acarretando incremento da participação e do controle social, nem de efetivas inovações de gestão.

Em 2001, dando seqüência à agenda aberta em 1999, o DAB/MS realiza um segundo esforço de avaliação do PSF no nível nacional, o chamado *monitoramento*, iniciado em 2001. Trata-se de um processo que ainda estava em andamento quando do fechamento desta tese (segundo semestre de 2002), mas as conclusões que o mesmo permitiu até então pareciam ter provocado um certo impacto na visão das autoridades do Ministério. Alguns resultados do referido processo, que chegou a aferir o desempenho de quase cinco mil equipes em nove Estados, são apresentados nas linhas seguintes (BRASIL, 2002b).

Embora as reuniões de equipe pudessem ser consideradas como prática

consolidada, elas ainda eram pouco praticadas nas equipes mais “jovens”, ou seja, com menos de um ano de atuação. Já em relação às atividades educativas em grupo, elas não faziam parte das práticas médicas rotineiras em 32% dos casos e mesmo das de enfermagem, em 18%. Atividades educativas continuadas não eram realizadas rotineiramente em percentuais apreciáveis, sendo as principais omissões em relação aos idosos, adolescentes, escolares e crianças lactentes.

No campo assistencial, verificou-se que imunizações de rotina ainda não estavam implantadas em 31% das unidades, sendo a incidência ainda maior em equipes mais novas; atendimento básico de adultos em geral, crianças e mulheres em idade reprodutiva ainda não era realizado rotineiramente por 13% dos médicos e 31% dos enfermeiros, sendo tais cifras também maiores nas equipes “novas”; 15 a 40% das ações básicas de saúde da mulher não eram realizadas rotineiramente, correspondendo cifra maior às ações de planejamento familiar; 18 a 46% das ações básicas de saúde da criança não eram realizadas rotineiramente, correspondendo a última cifra à consulta de enfermagem para doenças prevalentes. Outras ações básicas gerais também não chegavam a ser realizadas rotineiramente em percentuais apreciáveis, sendo as principais omissões registradas em relação à saúde mental, realização de glicemia, além de diagnóstico e tratamento de DST. Da mesma forma, as ações de controle da hanseníase e da tuberculose não eram realizadas rotineiramente, sendo as principais omissões a falta de dispensação de medicamentos e o tratamento supervisionado. Na vigilância epidemiológica, as ações específicas eram freqüentemente omitidas, sendo as principais a investigação de óbitos, a investigação hospitalar, o controle de surtos e a investigação das doenças de notificação obrigatória.

Além disso, as dificuldades nas referências especializadas ainda eram marcantes, tendo como principais áreas-problema a oftalmologia, a neurologia, a saúde mental e a fisioterapia. Em contrapartida, foram detectadas facilidades razoáveis para pronto-atendimento, emergência e internação geral, o que demonstraria, sem dúvida, a forma de “concorrência” do novo modelo com o tradicional.

A partir deste estudo, mesmo diante de suas conclusões preliminares, que não deixaram de evidenciar certas modalidades “maquiadas” de programas nos municípios, parece ter ocorrido uma relativização ou mesmo o abandono de um discurso mais “triumfalista” por parte das autoridades e técnicos do Ministério da Saúde, sendo que alguns dos pronunciamentos desses atores passaram a assumir um tom mais realista e cauteloso – até crítico – pelo menos por parte dos escalões técnicos. O ministro da saúde, naturalmente, já enfronhado desde o início de 2002 na campanha para a Presidência da República, preferiu manter o enfoque costumeiro (SERRA, 2001). Entretanto, a diretora nacional do PSF admitiu, na entrevista concedida a este estudo, que o programa deveria contemplar as novas realidades abertas

pelas transformações do sistema de saúde, porém “sem perder a inflexibilidade dos princípios” e, fundamentalmente, evitando os “programas para botar placa” que ainda se viam em alguns estados (SOUZA, 2000).

Para finalizar a presente seção, serão apresentadas algumas informações sobre o crescimento do PSF e do PACS, em termos quantitativos, em busca de uma correlação com a análise qualitativa até aqui levada a efeito.

TABELA – Evolução quantitativa do PSF e do PACS (1994-2001)

ANO	Nº MUNIC.C/ ESF	Nº ESF(*)	POPULAÇÃO COBERTA (x 1.000)
1994	55	328	1.132
1995	150	724	2.498
1996	228	847	2.922
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:NEGRI, 1999. Demais informações, fonte: BRASIL, 2001

(*) Equipes de Saúde da Família

Algumas outras informações disponíveis no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002d) devem ser destacadas, correspondentes ao período transcorrido entre dezembro de 1999 e dezembro de 2000, mostrando uma significativa evolução qualitativa do programa. São elas: (a) o crescimento mais expressivo, tanto da incorporação de municípios como de equipes ao PSF, que ocorreu na faixa de cobertura “9”, ou seja, acima de 70%, o que mostra uma possível abertura de nova tendência de crescimento; (b) o crescimento expressivo do número de equipes em todos os portes de municípios, da ordem de 200% em média, sobressaindo-se, entretanto, a faixa entre 250 e 500 mil habitantes, que teve crescimento de equipes da ordem de 323%; (c) a incorporação de municípios ao programa em todos os portes populacionais, sendo mais expressivo nas faixas até 100 mil habitantes; (d) a cobertura populacional com maior incremento na faixa de municípios entre 20 e 50 mil habitantes, embora se registrem aumentos superiores ou próximos a 100% em todas as demais faixas.

A partir das informações geradas pelo monitoramento de 2001-2002, bem como pelas informações quantitativas disponíveis na página do Ministério da Saúde, o que se pode inferir é a existência de alguns percalços recentes antepostos à evolução do PSF. Verifica-se, com efeito, um certo “achatamento” da curva de crescimento, tanto do número de equipes, da incorporação de novos municípios e também dos recursos disponíveis, os

quais, para o último período referido, sofreram contingenciamento e tiveram sua execução limitada a pouco mais de 60% (BRASIL, 2001). Diante de tais evidências, parece ter sido atenuado o discurso da implementação acelerada, que vinha marcando as manifestações das autoridades do Ministério da Saúde, a começar do próprio ministro, que sempre insistira no alcance da meta de 20 mil equipes em 2002. O novo ministro, que assumiu em março de 2002, Barjas Negri, aparentemente optou por um discurso mais cauteloso (NEGRI, 2002).

Síntese interpretativa

A questão de o PSF, mesmo diante de avanços incontestáveis, ainda carecer de experimentar apreciáveis “saltos de qualidade”, foi bastante enfatizada nas entrevistas com as autoridades e quadros técnicos da área. Em um momento mais recente, particularmente após os relativos revezes apresentados pelo processo de monitoramento conduzido em 2001. Tais manifestações tornaram-se mais freqüentes.

Alguns desses *saltos de qualidade* ainda por realizar foram descritos como: “necessidade de flexibilizar”; valorizar e abrir-se para a “riqueza das experiências”; intensificar a assessoria e orientação aos gestores; buscar nas experiências de outros países “aquilo que interessa”, como por exemplo na acreditação e na qualificação dos processos de treinamento; ampliar o conhecimento da sociedade sobre o programa, entre outros.

Em julho de 2002, a equipe técnica do DAB passou a divulgar, em suas apresentações em eventos de saúde (BRASIL, 2002b), uma lista formal dos desafios que se colocavam diante da completa realização dos objetivos do PSF. São eles: (a) a maior responsabilização dos gestores e trabalhadores da saúde; (b) a otimização da utilização dos recursos disponíveis com inserção do PSF nas redes de serviços; (c) o desenvolvimento de uma política de priorização dos investimentos de acordo com variáveis epidemiológicas e gerenciais; (d) a implantação efetiva de instrumentos de gestão, inclusive dos disponíveis (SIAB, PPI, Pacto da Atenção Básica, por exemplo); (e) a capacitação, formação e contratação de recursos humanos; (e) a avaliação e o acompanhamento permanente do programa.

Como se vê, trata-se de objetivos sintonizados não só com os achados dos estudos avaliativos conduzidos pelo DAB, como respondem também às críticas que observadores externos têm colocado frente à concepção e operacionalização do programa.

Os “saltos de qualidade” face aos desafios que se apresentam não impedem que sejam computados, também, alguns avanços substanciais ao longo da implementação do PSF. Alguns deles tornaram-se “clássicos”, sendo constantemente reiterados nas falas das autoridades e mes-

mo nas análises externas. Exemplos constam do Quadro 6, organizado pelo autor:

QUADRO 6 – Avanços do PSF

(a)	Transferência do programa da FUNASA para a SAS/MS, conferindo maior poder a seus dirigentes e mais articulação de suas práticas com a superação de um caráter de “programa vertical”;
(b)	Normatização que facultou ao programa maior qualificação de sua atuação, como por exemplo, as portarias anteriores à NOB 96 que estabeleceram exigências de que o PSF se articulasse às condições de gestão do SUS, nos municípios, de acordo com a NOB 93;
(c)	O conjunto normativo inaugurado pela NOB 96 que criou o Piso da Atenção Básica e os mecanismos de financiamento mais estáveis e intensivos para as atividades ligadas à atenção básica;
(d)	O estabelecimento, por meio da Portaria 1.329/99 de financiamento diferenciado por cobertura populacional, que incentivou a expansão qualificada do programa, de forma substitutiva e não mais como um processo pontual e paralelo, além da complementação da mesma norma em 2000, com o estabelecimento de índice de cadastramento de famílias como critério;
(e)	A criação dos Pólos de Capacitação em quase todos os estados brasileiros, com repercussões notáveis na oferta de vagas em cursos e outras atividades de capacitação para as equipes;
(f)	O desenvolvimento de uma estratégia de avaliação e mensuração de impacto do programa, que tem permitido rever as metas e as estratégias anteriormente estabelecidas;
(g)	A busca de financiamento alternativo, por exemplo junto ao REFORSUS, procurando desenvolver projetos de investimentos não só em termos físicos como de qualificação de equipes e de unidades gestoras e também a abertura de crédito junto ao Banco Mundial e outros organismos para ampliar a incorporação do PSF nos grandes centros urbanos (PROESF);
(h)	A articulação internacional do programa, obtida graças à realização de dois Seminários Internacionais, em 1998 e 2001;
(i)	O incremento da visibilidade e da auto-estima das equipes possibilitada por um conjunto numeroso de ações, entre as quais podem ser citadas as oportunidades de capacitação oferecidas pelos pólos; a realização de atividades de avaliação participativa; a realização da I Mostra de Experiências em Saúde da Família; a premiação realizada em 2002 com a presença do Presidente da República.

Em último lugar, mas não como aspecto menos relevante, há que se destacar a importância e a “centralidade” assumida pela questão da atenção básica dentro do SUS, com tendência a perder seu caráter historicamente

marginal. Contribuíram para tanto eventos diversos, de natureza política ou simplesmente normativa, como o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica entre os gestores dos três níveis de governo; o desenvolvimento de um sistema de informações específico, o SIAB; a edição do Manual da Atenção Básica e, por último, a importância conferida ao tema dentro da NOAS.

O Programa de Saúde da Família foi ainda alvo – ou terá sido provocador? – de um verdadeiro *amálgama* das ações de saúde coletiva no país, de caráter inédito historicamente. Trata-se de uma nova situação, de fato, dada pela ruptura de velhas barreiras técnicas, ideológicas e institucionais, cedendo lugar a práticas potencialmente unificadas de saúde.

Cumprе analisar, pelo menos de forma tentativa, os marcos daquela que teria sido, até o momento, a trajetória histórica do PSF no Brasil. Neste intuito, foi preparado o Quadro 7, no qual são correlacionados, ano a ano, os diversos elementos do contexto político, dos eventos sanitários, dos processos normativos e políticos e dos resultados alcançados pelo programa. Evidentemente que se tratam de muitas e complexas informações para serem contidas em um simples quadro, mas o efeito que se procura aqui é simplesmente de criar uma sinopse, já que algum aprofundamento se obteve na análise que ora se encerra.

Ao final desta síntese interpretativa, os dados mostrados no Quadro 7 permitiriam uma categorização do PSF por períodos ou momentos a serem justificados a seguir. São os seguintes: (a) *Era de formulação e ensaios*; (b) *Era da expansão*; (c) *Era de enfrentamento de desafios*.

QUADRO 7– Contextos, eventos e processos relativos ao PSF

CONTEXTOS	EVENTOS DA SAÚDE	PROCESSOS	RESULTADOS
Pré-1993 Dicotomia INAMPS-MS; Impeachment de Collor; Etapa de transição; Atores isolados, autônomos	Reforma Sanitária SUDS; SUS – primeiros movimentos; Escândalos na saúde; IX Conferência Nacional.	Programas pioneiros (RS, SP); Criação do PACS (1991); Formulação do PSF (1993)	Restritos, pontuais Difusão da idéia do PACS
1993 Governo Itamar; Jamil Hadad no MS.	Forças progressistas na saúde; Crise financeira da Saúde	Reestruturação do MS; “A ousadia de cumprir a lei”: NOB 93; transferências fundo a fundo; Financiamento convenial do PACS	Restritos, pontuais (iniciativas locais apenas)
1994 Governo Itamar; Plano Real; “Mapa da Fome” como indicativo de ação do governo; Henrique Santilo no MS	Agravamento da crise financeira da saúde	Lançamento oficial do PSF (94); “A saúde dentro de casa” (1º doc. técnico); Transferência de recursos ao PSF e PACS por convênio ou tabelas difeciadas	Ainda pouco palpáveis
1995 1º ano de governo Fernando Henrique Cardoso	Adib Jatene no MS	PSF e PACS: da FNS para o Departamento de Assistência e Promoção da Saúde da SAS Implantação do SIAB	724 equipes e 2,5 milhões de pessoas cobertas
1996 Governo FHC	X Conferência Nacional de Saúde; Luta política pela CPMF; Adib Jatene no MS	NOB 96 Documento Técnico: “Saúde da Família – uma estratégia de organização dos serviços de saúde” (março de 1996); Primeiras medidas normativas qualificadoras do PSF	847 equipes e 2,9 milhões de pessoas cobertas
1997 Governo Fernando Henrique Cardoso; Preparação do Governo FHC II	Troca de Ministros da Saúde (2); Carlos Albuquerque no MS	Prossegue regulamentação e detalhamento da NOB 96; Fusão PACS-PSF; Portaria SAS vincula criação do PSF a instrumentos de gestão; Criação dos Pólos de Capacitação	Início da expansão nacional do PSF e do PACS: 1.623 equipes e 5,6 milhões pessoas cobertas
1998 Governo FHC – ano final	José Serra no MS; Ativação de estratégias no MS: genéricos, planos	Início efetivo vigência do financiamento pelo PAB Portaria 1886: qualificação do PSF; Manual da Atenção	3.083 equipes e 10 milhões de pessoas cobertas

	de saúde, atenção básica, tabagismo, AIDS, etc.	Básical Seminário Internacional de Saúde da Família; Pesquisa Nacional de Avaliação da Implantação do PSF no Brasil; Pesquisa Nacional Perfil de Médicos e Enfermeiros do PSF	
1999 Governo FHC II; (1º ano) PPA; Continuidade no MS (J. Serra)	Fortalecimento internacional: luta contra AIDS e genéricos; Enfrentamentos com a indústria farmacêutica e planos de saúde José Serra no MS	Primeiros projetos de financiamento pelo REFORSUS; Primeiro esforço de avaliação nacional do PSF; Cartão SUS; Portaria 1329: financiamento por níveis de cobertura DAB: da SAS para a SPS/MS; Incorporação “programas” (tbc. Hansen., diabetes, hipert. etc.); associação com assistência farmacêutica e vig. alimentar II; I Mostra de Experiências em SF; Pacto da Atenção Básica	7.254 equipes e cobertura de 14, 7 milhões
2000 Aprovação da EC 29	Relatório da WHO coloca o Brasil em má situação em ranking entre nações; XI Conferência Nacional; José Serra no MS	1ª Reunião Nacional dos Pólos de Capacitação	8.604 equipes e 29, 6 milhões de pessoas cobertas
2001 – 2002 Final do segundo Governo FHC; Serra candidato a Presidente; Crise político-financeira do país; Brasil vai ao FMI	Instabilidade, dossiês, etc. motivados pela candidatura de Serra; Contingenciamento de recursos; Substituição no MS: sai Serra; Barjas Negri no MS	Início da vigência da NOAS Estudos para implantação do PSF em grandes centros (PROESF); II Seminário Internacional de Saúde da Família; I Encontro Nacional de Pólos de Capacitação	15.000 equipes; 50 milhões de pessoas cobertas pelo PSF

Era de formulação e ensaios

Para fazer justiça, poderia ser denominada de forma mais completa como *a era da formulação, consolidação doutrinário-normativa e de desenvolvimento de ensaios operativos*. Iniciou-se com os primeiros passos do PSF em 1994 e durou até o início da implementação da NOB 96, ou seja, na prática, até o início de 1998. Correspondeu ao desenho da política por parte do Ministério da Saúde e definição do quadro de articulações que deram seguimento à sua implementação.

Este momento teve correspondência com a incorporação não só no discurso como na prática oficial, dos conceitos e das estratégias formuladas e divulgadas nas décadas anteriores pela Academia e pelos organismos internacionais, como, por exemplo, *Atenção Primária à Saúde*, *Medicina Comunitária*, *Promoção da Saúde*, *Vigilância à Saúde*, entre outras. O movimento geral que se percebe seria, portanto, da transformação de um *discurso ideológico* em *ação política*.

Do ponto de vista do processo político, o período foi de fortes mudanças: procurava-se sepultar heranças e resgatar prejuízos da relativa paralisia imposta ao sistema de saúde, não só na Era Collor como na chamada *Nova República*. É nessa esteira que surgiram os documentos do Ministério da Saúde propondo *ousadia* no cumprimento da Constituição e das leis orgânicas, que vêm desembocar na edição da NOB 93 e na decolagem de um processo mais efetivo e coerente de implementação do SUS.

A crise política que se procurava superar tinha no componente financeiro seu elemento mais visível e de difícil remoção. Boa parte das energias institucionais dos primeiros anos da *Era da formulação e ensaios*, ou seja, entre 1994 e 1996, foi assim consumida. Mesmo o avivamento econômico geral proporcionado pelo *Plano Real* não mostrou, pelo menos de forma direta, grande impacto na saúde nesse momento.

Se o período foi de mudanças profundas e rápidas, pautou-se também pela relativa estabilidade política. No início, houve o grande arco de alianças originadas do movimento *Fora Collor*. Em seguida, veio a atuação poderosa do Governo Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato, apoiado por uma base política forte, além do uso freqüente do recurso a medidas provisórias e outros instrumentos alternativos como estratégia decisória e legislativa. Mesmo com as trocas de ministro (quatro entre 1993 e 1997), demonstrando que o governo tinha dificuldades em “encontrar o rumo” na saúde, foi possível formar um corpo estável de gerentes técnicos à frente do PSF – verdadeiros *executivos da saúde* – que vem respondendo pela linha técnica do programa durante oito anos consecutivos. Esta tem sido, aliás, uma característica marcante do PSF e talvez seja mesmo inédita em termos de políticas públicas no Brasil.

A formulação doutrinária foi outra marca do período. Ela se torna mais exuberante e mais profunda a partir de 1996, seja nos *papers* de origem acadêmica, oficial ou semi-oficial (considerando que havia e ainda há alguma mescla entre estes dois segmentos). Nessa produção predominava, sem dúvida, um caráter de justificativa do que já estava criado, e também – não se pode deixar de admitir – introduzia-se uma certa sofisticação de análise, como parte de um discurso renovado, ligado à *nova saúde pública* ou às *novas pautas* de saúde, com ênfase em questões como as condições de saúde e seus determinantes, vislumbrando, também, as práticas de saúde como imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas.

O esforço normativo no período é também digno de nota. Embora a vigência da NOB 93 tenha se prolongado, na prática, até 1997, ou mesmo além disso, em todo o período foi intensa a preocupação com a edição de nova NOB, o que acabou acontecendo em 1996, com vigência plena a partir de 1998. Da mesma forma, foram sendo emitidos instrumentos normativos (portarias) que gradualmente voltavam-se para a definição mais acurada de critérios de financiamento e de qualificação do PSF.

Era de expansão

A expansão do PSF de que aqui se fala refere-se não só à adesão numérica progressiva de municípios ao programa, que na verdade já ocorria desde o período anterior. Ela diz respeito também ao aprofundamento de aspectos mais qualitativos, dados, por exemplo, pelo fato de que o arcabouço normativo e doutrinário disponível havia se adensado bastante e também pela inquestionável adesão ao SUS, revelada por uma verdadeira “explosão” de habilitações de municípios às condições de gestão da NOB 96. Teve início com a vigência de fato da NOB 96, o que na prática ocorreu somente em 1998, prolongando-se até o ano de 2001.

Em termos de poder e articulação, o PSF teve, nesse período, uma trajetória ascendente dentro do Ministério da Saúde, ao passar da FUNASA para o MS e, dentro deste, assumir o *status* de uma diretoria, primeiro na SAS e, depois, dentro da Secretaria de Políticas de Saúde. Dessa forma, o programa torna-se, gradualmente, mais visível e notório dentro e fora do setor saúde, haja vista suas “pontes” com a Programa Comunidade Solidária, com o REFORSUS, com Centros Formadores, e devido também à realização de dois seminários internacionais voltados para o tema da saúde da família.

O contexto inicial da *Era de Expansão* caracterizou-se pela preparação e posterior condução do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, quando foi elaborado o documento *Avança Brasil*, cujo conteúdo deu origem ao PPA – Plano de Pronta Ação para o período 1999–2002. A figura emblemática do período foi a do senador José Serra, com o cortejo de pretensões políticas que bem ou mal o acompanhava em 1998, quando assumiu o Ministério da Saúde, após a gestão pouco expressiva de Carlos Albuquerque.

A disputa por recursos, uma das marcas do período anterior, não se arrefeceu. O incremento verificado entre 1995 e 1997 foi frustrado por uma redução no ritmo do crescimento dos recursos logo após. Essa foi também a era da CPMF, da PEC 169 e também da promulgação, em 2000, da Emenda Constitucional número 29, saudada por muitos como histórica mudança de rumo para o financiamento da saúde no país.

O grande marco normativo institucional foi a NOB 96. Seus impactos

foram de diversas naturezas, principalmente financeiras, que se fizeram sentir com o PAB, trazendo a transferência *per capita* como novo padrão referencial para o financiamento da saúde. Surgiram também mais estabilidade nos mecanismos de alocação e repasse, a adesão acelerada de municípios às condições de gestão então definidas pela NOB, bem como a integração programática possibilitada pelo PAB variável, configurando um verdadeiro “salto qualitativo” para o sistema.

Nesse momento, a atenção básica ganhou destaque e centralidade na política de saúde. Foram realizadas importantes ações neste sentido, como a assinatura do Pacto da Atenção Básica, a edição do respectivo Manual, a incorporação do DAB à SPS, e a própria formulação da NOAS. Ocorreu também a elaboração e a divulgação das linhas estratégicas para o quadriênio 1999-2002, mostrando o delineamento cada vez maior de um “rumo” estratégico para o PSF. Desencadearam-se, na seqüência, processos extensivos de monitoramento e avaliação, com a revelação de algumas *faces sombrias* no programa, cujo enfrentamento, foi iniciado, embora com certa cautela, dada à vigência de um período complexo, em contexto eleitoral.

O padrão de adesão de municípios revelou-se em tanto desigual, com os grandes centros não aderindo ou fazendo-o com coberturas muito baixas. Contudo, confirmaram-se os impactos produzidos pelo PSF, que, no entanto, tenderam a tornar-se mais sistêmicos e não tão pontuais e localizados, como no período anterior.

Os indicadores de saúde não responderam igualmente, principalmente no caso da mortalidade materna e no controle da dengue, atividades sensíveis à estratégia da atenção básica que justamente se procurava ampliar. Um relatório da OMS divulgado em 2000 (WHO, 2000) colocou o Brasil em má situação perante outras nações até mais pobres, mas houve pronta contestação do governo brasileiro, com apoio acadêmico inclusive. Ainda no plano internacional, verificou-se a afirmação da ação do Brasil em matéria de saúde, com as medidas tomadas pelo governo nas áreas de genéricos, anti-tabagismo e, principalmente, AIDS.

Foi um período de metas otimistas e arrojadas: Serra queria 20 mil equipes e cobertura da metade da população brasileira durante seu mandato. Não se chegou lá, até porque, entre outras razões, fatores externos diversos, ligados ao mau desempenho da economia, impuseram injunções que comprometeram o desempenho de vários programas na área social.

É bem verdade que, cada vez mais, o programa deixou de ser *para a realidade* para ser *a partir da realidade*, como o prova reconhecimento oficial de padrões diferenciados de organização de equipes e de práticas, ou “programas similares”.

No final do período, o relativo estacionamento do padrão de incremento dos recursos produziu uma certa defasagem entre o discurso expansionista

e a realidade dos fatos, inclusive com o contingenciamento deliberado de recursos, mostrando que as velhas pendências e disputas entre a área social e a área econômica do governo não estariam de todo superadas. Uma mudança no tom do discurso das autoridades termina por ocorrer após a saída de Serra, em março de 2002, passando de um triunfalismo com dificuldades em encontrar sustentação nos fatos para manifestações mais pragmáticas de uma *real politik*.

Era de desafios

Imitando Galbraith, esta poderia ser também chamada de uma *Era de Incerteza*. E também de realismo, de enfrentamento de *faces sombrias*, de prioridades, de necessidade de se definir rumos e corrigir desacertos.

Aqui, a questão fundamental não seria mais a de formular ou testar o programa, nem mesmo de fazer expandir sua cobertura a todo custo. De uma forma ou de outra, estas ações já tinham sido desenvolvidas e a própria expansão estaria condicionada ao equacionamento de algumas das pendências não resolvidas ou totalmente esclarecidas. Tal momento de desafios, que se inicia em torno da virada do ano de 2001 para 2002, coincidindo com a substituição de José Serra no Ministério da Saúde, estava marcado pela necessidade de reconsiderar as metas do programa e promover um reajuste de seus rumos.

O contexto mostrava-se mais uma vez complexo e diverso. O governo Fernando Henrique Cardoso rumava para seu final; a crise da economia mais uma vez ameaçava, tanto de dentro como de fora do País; Serra, agora afastado de Executivo, recebia uma carga de insinuações a respeito de sua gestão, envolvendo o uso da máquina no processo eleitoral, gasto pouco justificado ou indevido de recursos, etc. Como pano de fundo, as revelações não de todo meritórias ao programa originadas do processo de monitoramento desencadeado em 2001.

No horizonte, pairavam problemas sombrios, acumulados ao longo dos anos recentes e cuja solução fora, até então, postergada ou não encontrada pelos tomadores de decisão na saúde: financiamento, recursos humanos, referências, papéis dos gestores, “maquiagem de programas”, enraizamento social precário, etc.

Assim, na *era de desafios*, ou de *incertezas*, os órgãos gestores terão que enfrentar, mais cedo ou mais tarde, tais *áreas de sombra* e suas consequências. Alguns dilemas a ser encarados: o programa continuaria se expandindo sem equacionar seus problemas de gestão interna e sem se articular de fato ao restante do sistema de saúde, ou teria de assumir o caráter integrado e substitutivo imaginado nos documentos oficiais? A política de

recursos humanos continuaria seguindo seu curso, com os atuais problemas de formação, qualificação, seleção, contratação, rotatividade? Os programas “maquiados” continuariam a proliferar e receber “placas” das autoridades? Estados e municípios manteriam seus papéis desencontrados na implementação da estratégia do PSF?