

formato de artigo. Ora apresenta-se oportunamente como um “instrumento” motivador de abertura de diálogos entre tantas formas de pensar e ver essa estratégia no Brasil. Agradecemos os editores e pareceristas da revista pelo incentivo à ampliação da reflexão em torno das várias dimensões que circunscrevem o PSF no âmbito do SUS. Nossos agradecimentos são extensivos em igual medida aos docentes e pesquisadores Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti, Regina Bodstein, Juan Yazlle Rocha e Maria do Carmo Caccia-Bava pelas concisas apreciações e agudas reflexões que certamente serão valiosas não só para o debate em torno do PSF, mas também para a conjuntura atual no tocante aos desafios para a consolidação do SUS após vinte anos de base legal.

Os comentários dos autores acima mencionados ressaltaram algumas dimensões das quais tratava do artigo original, por exemplo, a dimensão da política; a expansão e qualificação do PSF nos grandes centros urbanos; o financiamento da atenção básica no âmbito do SUS; a capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF e, finalmente, sobre monitoramento/avaliação da política de atenção básica.

A necessidade de implantar o PSF no Brasil constituiu, desde sua origem, uma iniciativa contra-hegemônica ao modelo tradicional na forma de ofertar as ações e os serviços de saúde, ainda que alguns formadores de opinião tenham considerado essa implantação como uma estratégia dirigida exclusivamente a populações de baixa renda e às regiões em desenvolvimento. Tal posicionamento gerou uma polêmica circular sobre a dicotomia focalização - universalização, o que não inibiu a implantação, por parte dos gestores do SUS, do PSF em áreas prioritárias de exclusão sócio-sanitária. Foram respeitadas, ademais, as diferenças entre os sujeitos e suas complexas situações nos processos de adoecimento, morte e cuidados. O fato de ter sido inicialmente dirigido à redução da mortalidade materno-infantil em populações excluídas, objetivo de fato alcançado, principalmente no Nordeste, não exclui a possibilidade de se atingir o desejo de equidade: tratando de maneira diferente os diferentes, os coloca na condição de igualdade. Nesse sentido, resgatamos as palavras de Boaventura Santos¹, quando afirma: “temos o direito de ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza, e temos o direito de ser diferente sempre que a igualdade nos descaracteriza”.

Mesmo que no começo tenha havido uma focalização estratégica nas regiões mencionadas, assim como na periferia de grandes centros, conforme será discutido mais adiante, não se trata por

Os autores respondem

The authors reply

Quinze anos de uma agenda em construção: diálogos sobre o PSF no Brasil

Fifteen years of a building agenda: dialogues about the Family Health Program (PSF) in Brazil

Em dezembro de 2006, encaminhamos para a revista *Ciência & Saúde Coletiva* o manuscrito intitulado “O Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta”, que foi aprovado já no

tanto de um sistema “pobre para pobres”, no que concorda conosco Bodstein.

A Norma Operacional Básica – NOB 96² – representou um ponto de inflexão na política de saúde não apenas pelo fato de ter instituído a descentralização/municipalização e os modelos de gestão dos sistemas municipais de saúde, conforme afirmam Rocha e Caccia-Brava, mas também ao assumir politicamente a centralidade da atenção básica, tendo no PSF o eixo orientador de construção de um novo modelo de atenção. Esse momento foi essencial não apenas do ponto de vista conceitual de reformulação da lógica do sistema, mas também da modificação de práticas ao ser definido um conjunto de ações de responsabilidade direta da atenção básica que atualmente orientam a busca de evidências sobre os impactos sobre as chamadas “causas evitáveis” nesse âmbito do sistema³. O fato é que, historicamente, o PSF vem sendo pactuado entre as três instâncias de gestão do SUS quanto aos seus valores, princípios e bases organizativas, no sentido de construir redes integradas de atenção à saúde, superando a fragmentação entre os níveis de complexidade (básica, média e alta) do SUS.

Outro fato a ser ressaltado é que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como antecessor do PSF, se lança no cenário nacional como um potencial integrador da política pública governamental. Entre tantas, participou efetivamente dos seguintes projetos: Todas as Crianças na Escola, que consistia em identificar nos territórios trabalhados pelos ACS aquelas que não estavam inseridas no ambiente de escolar, Registro Civil para as crianças com até um ano de idade (o Departamento de Atenção Básica participou com a elaboração do Informe Agentes em Ação – Em Tempos de Registro Civil, com orientações aos ACS sobre a campanha nacional. A tiragem de 110 mil exemplares foi distribuída aos coordenadores do PACS nas Secretarias de Saúde dos municípios com PACS implantado até novembro de 1999. Uma quantidade significativa de exemplares do Informe foi também distribuída aos participantes da 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família), Amazônia Solidária, projeto coordenado pelo Programa Comunidade Solidária, Apoio ao Desenvolvimento de Ações de Saúde na Região Norte (PLANORTE; Renda Mínima/Bolsa Escola, hoje Bolsa Família) e o Programa Nacional de Direitos Humanos. Nesse caso, o exemplo de realização da parceria entre Secretaria Nacional dos Direitos Humanos foi a campanha “Natal com Paz, sem Fome e sem Guerra”, ocorrida em 1997. Além do projeto Qualidade de Vida nos Assentamentos Rurais e Saúde Pública nas Frentes Produtivas, no

caso específico dos assentamentos rurais/INCRA/EMBRAPA⁴. Nesse sentido, uma outra iniciativa é o Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis da cidade de São Paulo⁵, destinado à formação dos ACS para a promoção de ambientes ecologicamente sustentáveis onde a saúde constitui o eixo de integração entre políticas públicas governamentais. Tanto na perspectiva da formação de redes integradas no âmbito do SUS, quanto na dimensão de integração intersetorial⁶, o PSF vem, ao longo desses quinze anos, proporcionando as bases para a efetivação de práticas concretas de promoção da saúde.

Quanto à expansão do PSF no país, há necessidade de diferenciar situações diversas. Nos pequenos municípios, o PSF teve um efeito organizativo e estruturante diante dos vazios assistenciais dos territórios^{7,8}. Já nos municípios de mais de 100.000 habitantes, a opção de implantação priorizou as áreas periféricas e zonas rurais^{7,8}. No contexto das grandes conturbações, é possível concordar parcialmente com Rocha e Caccia-Bava, no sentido de que, no conjunto do sistema local de saúde, o impacto da implantação do PFS pode ainda não ter alterado o modelo de atenção à saúde. Entretanto, é visível a ampliação do acesso nas áreas periféricas e rurais desses municípios^{9,10}, diferentemente do que afirmam esses autores ao citarem Elias. De fato, o efeito depende da integração sistêmica da rede, razão pela qual não é suficiente a implementação de modificações na base do sistema sem alterações organizativas nos outros pontos do sistema (nos níveis de complexidade média e alta). Nessa direção, o PSF vem pautando a elaboração de outras agendas que contribuem ao fortalecimento do SUS.

Em relação ao financiamento da atenção básica no âmbito do SUS, concordamos com as ponderações realizadas por Rocha e Caccia-Bava. O subfinanciamento da saúde vem se configurando como uma crise crônica que se agoniza a cada governo, evidenciando a insuficiência de recursos que respondam efetivamente às demandas¹¹. Segundo esse autor, a solução para os problemas de financiamento não deve ser vista apenas sob a ótica do financiamento; precisa-se, inicialmente, corrigir as desigualdades internas entre os níveis de complexidade do SUS (básica, média e alta). Além disso, é necessário assegurar uma fonte estável de financiamento para o conjunto do sistema. Complementando o raciocínio de Carvalho¹², consideramos relevante destinar os recursos segundo as prioridades estabelecidas com base nas reais necessidades de saúde da população e não no desenho de agendas concorrentes editadas por atores circunstanciais de governo em conjunturas diversas, com isso dificultando a consolidação de políticas públicas de Estado.

Torna-se oportuno esclarecer que, com a instituição dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para o pessoal do PSF, em 1996, foi aberto o debate em torno de uma agenda que respondesse aos desafios da revisão da formação e do perfil de profissionais aptos para as responsabilidades previstas no PSF. As instituições de ensino superior foram convidadas a compartilhar desse esforço de integração ensino-serviço no qual, junto ao Ministério da Saúde, configuraram uma agenda de curto, médio e longo prazo. No contexto de um novo governo, a ampliação do processo de educação permanente para o conjunto dos trabalhadores do SUS, apesar de meritória, diluiu as iniciativas de fortalecimento dos pólos, à época em curso.

Outras iniciativas no mesmo governo, a exemplo do PROSAÚDE e da Universidade Aberta do SUS, se configuraram em tentativa de continuar os esforços rumo às mudanças nos processos de formação, tanto na graduação, quanto na pós-graduação. Tais esforços não invalidam a construção de agendas combinadas e integradas, primeiro focadas na estratégia de saúde da família, e segundo destinadas aos demais trabalhadores do SUS.

Estamos de acordo com o que afirma Cavalcanti quando assinala a relevância da cultura avaliativa no âmbito da atenção básica. Com a mesma se preocupa Bodstein, e detalha a necessidade de se proporcionar evidências sólidas para tomada de decisão, por parte dos gestores, quanto à efetividade desse nível da atenção, tendo no PSF sua base organizativa.

Em concordância com as autoras, sinalizamos também para o fortalecimento em primeiro lugar do Sistema da Informação da Atenção Básica (SIAB), como um instrumento potencial de monitoramento e avaliação dessa política. Em segundo lugar, o funcionamento e aplicabilidade do SIAB devem impor como elemento agregador face aos demais sistemas de informação em saúde, visto sua capilaridade na base populacional. Em terceiro lugar, não podemos perder de vista a necessidade de ampliar os estudos e pesquisas que venham complementar a análise qualitativa e quantitativa tanto das estruturas, processos e efeitos do PSF nesses quinze anos de construção.

Uma construção que merece ser celebrada sem triunfalismo. Na mesma linha de raciocínio de Paim¹³ quando afirma ser lícito comemorar os vinte anos de formalização do SUS e festejar em 2009 as conquistas dos movimentos sociais em três décadas de luta, mas sem esquecer-se de criticá-la. Porque, segundo ele, a crítica pode reduzir os riscos do triunfalismo e da acomodação tão presentes no transformismo e na revolução passiva que têm marcado a história do Brasil.

Referências

1. Santos B de S. *A construção multicultural da igualdade e da diferença* [oficina do CES nº 135]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais; 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS 01/96*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
3. Sousa MF, Duarte EC, Rehem RM. Estudo de caso: redução da mortalidade infantil e o Programa Saúde da Família no Brasil. In: Costa VLC, Silva PLB, Biasotto Jr. G, organizadores. *Efetividade das políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América Latina*. São Paulo: NEPP/UNICAMP; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Parreira C, Sousa MF, Neves H. Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis: Integrando políticas públicas na cidade de São Paulo. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; 39:49-58.
6. Santana PR. *O programa saúde da família - PSF e as ações intersetoriais: potencial e limites* [tese]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
7. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Brasil. Saúde em debate* 2003; 27(65):257-277.
8. Sousa MF. *Programa de Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.
9. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM, organizadoras. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
10. Sobrinho EJMA, Sousa MF. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: Sousa MF, organizadora. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. p.155-170.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família no Brasil - uma análise de indicadores selecionados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Carvalho G. Financiamento da Saúde Pública no Brasil no Pós-Constitucional de 88. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2008; 2(1):29-38.
13. Paim JS. 20 anos de Construção do Sistema Único de Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2008; 2(1):47-65.