

A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000

I¹ Ana Luisa Barros de Castro, ² Cristiani Vieira Machado I

Resumo: Este artigo analisa a condução federal da política de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000, buscando identificar elementos de continuidade e mudança com relação ao período anterior. A pesquisa se baseou no marco teórico do institucionalismo histórico e no conceito de *path-dependence*. A metodologia compreendeu uma diversidade de estratégias: revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de entrevistas com atores-chave da política. Foi possível identificar continuidades e mudanças na condução federal da política nacional de atenção básica no período estudado. A predominância de continuidades, ressaltando-se a persistência do Programa de Saúde da Família como estratégia hegemônica para a reorientação da atenção básica no país, configura uma situação de *path-dependence*. Observaram-se também mudanças incrementais, a exemplo de iniciativas de fortalecimento da articulação intersetorial e inovações importantes, com destaque para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Persistem, no entanto, problemas estruturais no âmbito da atenção básica, cuja superação é importante para viabilizar a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde no país.

► **Palavras-chave:** atenção básica à saúde; política de saúde; Programa de Saúde da Família.

¹ Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: analuisasb@yahoo.com.br

² Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Endereço eletrônico: cristiani@ensp.fiocruz.br

Recebido em: 10/05/2011
Aprovado em: 06/04/2012

Introdução

Nas últimas décadas, a discussão sobre atenção primária à saúde (APS) destacou-se no setor. Diversos autores abordam-na por uma perspectiva abrangente e a definem como o nível de atenção que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, o que contribuiria para a melhoria dos cuidados (STARFIELD, 2002; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006). No entanto, a compreensão do termo “atenção primária à saúde” varia ao longo do tempo nos diferentes contextos políticos e socioeconômicos. O predomínio de uma concepção mais abrangente ou de uma concepção restrita e seletiva se relaciona às particularidades dos sistemas de saúde, implementados sob interesses conflitantes.

No plano internacional, nos anos 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desempenharam papel importante na difusão do conceito de atenção primária à saúde. A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS juntamente com o UNICEF, realizada em 1978 em Alma-Ata, é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente. Nessa conferência, a APS foi adotada como estratégia para alcançar a meta “Saúde Para Todos no ano 2000”, e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (CUETO, 2004).

Contudo, nos anos 80, as agências internacionais passaram a defender diferentes propostas. Enquanto a OMS manteve seu posicionamento a favor da APS abrangente, o UNICEF adotou uma concepção mais seletiva. Nos anos 90, o Banco Mundial destacou-se na difusão de propostas de reformas dos sistemas de saúde baseadas na focalização e na adoção de “cestas básicas” de serviços (MATOS, 2001). O cenário de crise econômica e a emergência dos governos neoliberais favoreceram a disseminação desse discurso seletivo, principalmente para países pobres (CUETO, 2004).

As reformas dos sistemas de saúde dos anos 80 e 90 revelaram que a APS assumiu características distintas nos países europeus e latino-americanos. Nos primeiros, em geral, o termo atenção primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. Já nos países periféricos, com frequência, o termo corresponde a programas seletivos, dirigidos a populações pobres (GIOVANELLA, 2006). Embora nas reformas latino-americanas tenham prevalecido propostas de APS

seletiva, recentemente observou-se um movimento de resgate de uma concepção abrangente de APS (OPAS/OMS, 2005).

No Brasil, nos anos 90, optou-se pela utilização do termo atenção básica (AB) em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Segundo Fausto (2005), essa opção, na época, ocorreu em virtude da associação do termo “atenção primária” ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Heimann e Mendonça (2005), essa denominação teria sido adotada visando à defesa de um modelo de atenção que se diferenciasse da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

Há ainda autores que analisam a atenção básica à luz dos princípios do SUS, particularmente o da integralidade (PINHEIRO et al., 2008). Essa abordagem tem se mostrado promissora para a compreensão das concepções de atenção básica vigentes e para a avaliação do cuidado nos distintos contextos.

Este artigo enfoca a condução federal da política de atenção básica no Brasil, de 2003 a 2010, analisando continuidades e mudanças em relação à década anterior. Inicialmente, faz-se uma breve discussão da trajetória da atenção básica no início da implantação do SUS até 2002, visando resgatar elementos que influenciam a configuração atual da política. Em seguida, apresentam-se a metodologia e os resultados da pesquisa. Por fim, discutem-se alguns desafios para a consolidação dessa política no país.

A atenção básica e o SUS

As ações atualmente designadas como “atenção básica” possuem longa trajetória histórica, caracterizada por diferentes fases de inserção na política de saúde brasileira (FAUSTO, 2005). Entretanto, a partir da Constituição de 1988 e da criação do SUS, observam-se mudanças profundas no que diz respeito à atenção básica no Brasil.

O movimento sanitário brasileiro dos anos 80 propôs a reorganização do sistema de saúde, com participação popular, universalização do acesso e conformação de um sistema público, descentralizado e com mudanças no modelo assistencial, a partir de uma concepção ampliada de saúde e da afirmação do binômio saúde e democracia (PAIM, 1997).

Nesse período, a atenção básica não teve destaque no debate do movimento sanitário no país, ainda que as ações básicas de saúde tenham se expandido. Fausto (2005) aponta que os esforços de construção da agenda reformista estavam concentrados na garantia de uma proposta ampla, que contemplava a mudança do modelo de atenção, mas não enfatizava a atenção básica, em parte devido ao contexto adverso das reformas internacionais.

Somente na década seguinte a atenção básica passa a ocupar papel de destaque na agenda setorial, favorecida pelo avanço da descentralização e pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, inspirado em experiências locais similares e precedido pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde, o PACS (FAUSTO, 2005).

A criação do PSF evidenciou uma nova aliança na política de saúde, com participação de vários atores: gestores locais, técnicos do Comunidade Solidária e do UNICEF, e associações comunitárias (VIANA; DAL POZ, 1998). A tríade de apoio político constituída – comunidade, municípios e Ministério da Saúde – favoreceu a entrada do programa na agenda federal. Seu caráter inovador e seu foco na família tornaram-no atrativo como marco de governo, o que contribuiu para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 90, quando foram definidas as bases da política de atenção básica no SUS centradas no PSF. Em termos normativos, a NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) marca a adoção do PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica no país, o que foi sedimentado por regras posteriores.

As mudanças geradas pelo PSF desde sua criação - no modelo de atenção, na organização do sistema e nas modalidades de alocação dos recursos - fizeram com que este se constituísse em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil (VIANA; DAL POZ, 1998).

A rápida expansão do programa, sob indução federal, favoreceu a ampliação do acesso às ações de saúde; porém, evidenciou problemas do SUS não equacionados, na medida em que o modelo de atenção proposto exigia recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema de referências para diversos níveis de complexidade. Ao final de 2002, a preocupação com a qualidade da assistência e com a garantia da integralidade ganhou destaque no debate setorial.

O início de uma nova conjuntura política nacional em 2003, representada pela eleição de Lula à presidência da república, após 15 anos de promulgação da

Constituição Federal de 1988 e de criação do SUS, estimulou a reflexão sobre avanços, limites e perspectivas do sistema de saúde brasileiro.

No que diz respeito à política nacional de atenção básica, cabe questionar: o PSF ocupou lugar de destaque na agenda federal entre 2003 e 2010, como no governo anterior? Que concepção sobre a atenção básica predominou na política nacional e que estratégias foram adotadas pelo Ministério da Saúde no período?

A partir dessas questões, este estudo buscou compreender a inserção na agenda da política federal de atenção básica entre 2003 e 2010 e suas características, com ênfase na identificação de continuidades e mudanças em relação à década anterior.

Metodologia

Partimos do referencial do institucionalismo histórico, que valoriza o papel das instituições na mediação entre estruturas sociais e comportamentos individuais (STEINMO; THELEN; LONGSTRETH, 1992).

A literatura valoriza dimensões como temporalidade e sequência, uma vez que eventos ocorridos anteriormente influenciam a trajetória de decisões políticas e seus desfechos, o que ajuda a explicar os elementos de continuidade na política (PIERSON, 2004).

Trabalhos recentes situados nessa vertente têm focado também as dinâmicas de mudança institucional, que podem se relacionar a conjunturas críticas ou a alterações graduais de diversos tipos (MAHONEY; THELEN, 2010). A proposta dos autores de uma análise mais integrada dos elementos de persistência e de mudança institucional contribuiu para a identificação da presença das mudanças, bem como de seu tipo, nas regras da política de atenção básica no período estudado

Com base no referencial teórico-metodológico, foram definidas três categorias de análise. A primeira, “Inserção da atenção básica na agenda federal da saúde”, partiu da definição de Kingdon (1995), segundo a qual “agenda” configura uma lista de temas ou problemas que, em dado momento, atraem a atenção de governantes e de indivíduos a eles associados.

A segunda categoria de análise, “concepções e estratégias de atenção básica”, se relaciona ao conteúdo da política no âmbito nacional, particularmente ao conceito de atenção básica enunciado no desenho da política, e às principais

estratégias federais. Nesse sentido, a categoria visa à compreensão da forma como a atenção básica é interpretada e a política, conduzida na esfera federal.

A última categoria, “continuidades e mudanças na política”, é transversal às demais. A partir das contribuições do institucionalismo histórico e dos resultados empíricos relativos à inserção na agenda e ao conteúdo da política, buscou-se identificar e analisar as continuidades e mudanças na condução federal da política de atenção básica no período estudado.

A pesquisa envolveu diversas estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de entrevistas semiestruturadas. A análise documental considerou os principais documentos federais da saúde e 608 portarias ministeriais referentes à atenção básica. Analisaram-se também atas das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do período, visando identificar questões relativas à atenção básica debatidas nessas instâncias.

Já a análise de dados secundários foi feita a partir dos sistemas de informações oficiais do SUS e dos dados disponíveis na página oficial do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB). A análise do financiamento considerou o peso da atenção básica no orçamento do Ministério da Saúde e as estratégias que repercutiram nas transferências federais. Para tanto, foram consultadas duas fontes: o Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público (Siga Brasil); e a base de dados de recursos federais do SUS.

Foram realizadas ainda sete entrevistas semiestruturadas com atores-chave selecionados a partir dos critérios de cargo ou função ocupada, poder institucional e tempo de atuação na política de atenção básica (quatro dirigentes federais do DAB; um técnico federal e dois assessores dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 183/07).

Resultados

A atenção básica na agenda federal

A política de atenção básica em saúde teve expressivo destaque na agenda federal no período de 2003 a 2010, assim como no governo anterior. O

primeiro indicativo disso é a *presença do tema nos principais documentos oficiais*, que enfatizam a importância da atenção básica para a mudança do modelo de atenção e a efetivação do acesso universal e integral no SUS. O destaque no Plano Plurianual – PPA (BRASIL, 2003a) e no Plano de Metas 2003 (BRASIL, 2003b) dava indícios a respeito dos rumos da política nos anos subsequentes e da compreensão do gestor federal sobre o papel da atenção básica no sistema. A valorização dessa política na agenda federal pode ser vista também a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica e da inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

No plano “Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011” (BRASIL, 2008), que se inseria na política de desenvolvimento do governo Lula e partia da afirmação da saúde como uma área que vincula o crescimento econômico ao social, a atenção básica correspondia a aproximadamente 13% das metas setoriais.

O segundo aspecto que endossa o destaque conferido à atenção básica concerne à *ênfase da política na fala dos entrevistados*. Houve unanimidade quanto à persistência dessa política na agenda de prioridades do Ministério da Saúde no período. Para corroborar tal afirmativa, foram mencionados os seguintes fatos: a presença do tema nas metas do PPA; o acompanhamento das metas de expansão da atenção básica e do PSF pela Casa Civil; e o crescimento do aporte de recursos para a área.

O terceiro aspecto refere-se à *presença intensa do tema da atenção básica nas reuniões da CIT e nas reuniões do CNS*, instâncias fundamentais para a formulação nacional da política de saúde. Conforme resume a tabela 1, no período, o debate sobre a atenção básica foi mais frequente e diversificado na CIT, o que parece estar relacionado à composição e ao papel dessa instância, visto que os gestores das três esferas buscaram detalhar aspectos operacionais das propostas federais, em várias rodadas de negociação. Quanto ao fluxo decisório, muitas propostas foram encaminhadas ao CNS para apreciação preliminar e principalmente para aprovação final, após acordos na CIT. Observou-se, no entanto, que as questões mais estratégicas da política de atenção básica foram debatidas no CNS, inclusive com vetos a propostas ministeriais.

Tabela 1. Frequência e principais temas relativos à atenção básica debatidos nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, de 2003 a 2010.

Ano	CIT	CNS
2003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 77,7%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Pacto de indicadores da Atenção Básica; · Financiamento da Atenção Básica; · Critérios de avaliação da atenção para fins de habilitação em GPAB-A; · PROESF; · Assistência Farmacêutica Básica; · Saúde Bucal; · Qualificação e profissionalização dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de vigilância em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 13,3%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Reorganização da atenção básica; · PROESF.
2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 88,8%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · PROESF; · Assistência Farmacêutica Básica; · Saúde Bucal; · Financiamento da Atenção Básica; · Equipe em transição para o Saúde da Família; · Regulamentação do trabalho de médicos da equipe de saúde da família em Hospitais de Pequeno Porte; · Política de medicina natural e práticas complementares; · Implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das ações básicas de saúde do SUS; · Núcleos de Saúde Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 23,1%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Saúde Bucal; · Financiamento da Atenção Básica; · Equipe em transição para a Saúde da Família; · Política nacional de saúde indígena.

Ano	CIT	CNS
2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 55,5%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Assistência Farmacêutica Básica; · Núcleos de Saúde Integral; · Política de medicina natural e práticas complementares; · PROESF; · Acompanhamento das condicionalidades para a Bolsa Família no âmbito da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 50,0%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Equipe em transição para o Saúde da Família; · Assistência Farmacêutica Básica; · Núcleos de Saúde Integral; · Política de medicina natural e práticas complementares.
2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 63,6%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · PROESF; · Política Nacional de Atenção Básica; · Mudança na modalidade de financiamento para as ações de alimentação e nutrição; · Pró-Saúde e Telessaúde; · Concurso público estadual de base local para as equipes de PSF; · Indicadores da Atenção Básica; · Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES; · Diretrizes Nacionais para elaboração de editais de seleção pública de Agente Comunitário de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 45,4%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Política de medicina natural e práticas complementares; · Política Nacional de Atenção Básica; · Saúde Bucal; · Pró-Saúde e Telessaúde.

Ano	CIT	CNS
2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 66,6%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES; · Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família; · Política Nacional de Atenção Básica; · Assistência Farmacêutica Básica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 14,2%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Residência multiprofissional; · Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 30,0%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Assistência Farmacêutica Básica; · Núcleo de Apoio à Saúde da Família; · Programa Saúde na Escola; · Acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 13,3%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Núcleo de Apoio à Saúde da Família; · Reajuste do PAB fixo.
2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 58,3%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Política Nacional de Alimentação e Nutrição; · Repasse do PAB fixo, variável e do financiamento específico para a construção das UBS do Saúde da Família; · Política Nacional de Promoção da Saúde; · Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; · Implantação do Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família; · Investimento na Atenção Básica como componente da Atenção Integral às Urgências. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 7,14%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Inclusão do tema hanseníase na capacitação das Equipes de Saúde da Família.

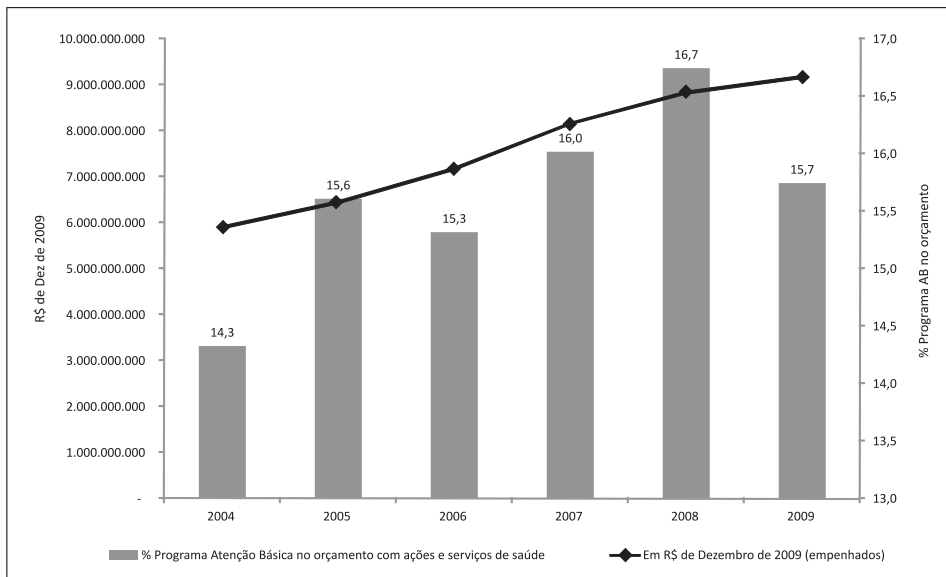
Ano	CIT	CNS
2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 60,0%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Incorporação de Agente de Combate de Endemias na Atenção Primária à Saúde; · Enfrentamento da Influenza Pandêmica; · Definição de critérios diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul; · Política Nacional de Alimentação e Nutrição; · Acompanhamento das Condicionaisidades de Saúde do Programa Bolsa Família; · Saúde Bucal; · Carreira especial no âmbito do SUS para profissionais de saúde da atenção básica em áreas de difícil acesso e/ou provimento; · Programa Saúde na Escola. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 43,75%</i> ▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> · Seminário Nacional sobre o Sistema de Atenção Básica; · Política Nacional de Saúde Bucal; · Estruturação da Atenção Básica; · Assistência Farmacéutica Básica.

Fonte: Elaboração própria, a partir das atas das reuniões da CIT e do CNS.

O quarto aspecto está relacionado ao *financiamento dessa política*. Esforços foram feitos para a correção do valor do Piso de Atenção Básica (PAB-fixo), apesar das dificuldades para manter aumentos sistemáticos. Houve inovações, associadas à agenda social do novo governo, de combate às desigualdades regionais e inclusão de populações especiais, tais como quilombolas, assentados e indígenas, até então pouco consideradas pelas regras do SUS. Pela primeira vez, foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS. A utilização desses indicadores está associada à busca da equidade, uma das atribuições da esfera federal em um país federativo e desigual como o Brasil.

Outra mudança na estrutura do financiamento ocorreu por meio da regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica, criado em 2007, em decorrência do Pacto de Gestão. Observa-se que o valor da execução orçamentária do Ministério da Saúde com o Programa Atenção Básica apresentou tendência ascendente no período, embora o peso desse programa no orçamento tenha diminuído em 2009, em relação aos dois anos anteriores (figura 1).

Figura 1. Evolução do Programa Atenção Básica no orçamento do Ministério da Saúde em valores ajustados pela inflação e como percentual dos gastos com ações e serviços de saúde - Brasil, 2004 a 2009.



O quinto e último aspecto refere-se ao *caráter transversal e inovações geradas por essa política*, que se constituíram como objeto de vários setores. Cabe ressaltar as mudanças na estrutura regimental do Ministério da Saúde, em 2003, com a criação das secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) - voltadas para intervenção nas áreas de insumos e de recursos humanos - e a unificação da Secretaria de Assistência à Saúde com a de Políticas de Saúde, visando à coordenação de políticas no campo da atenção.

A atuação da SGTES envolveu a proposição de novas diretrizes para a educação permanente em saúde e incentivos à regularização das relações de trabalho no SUS, com ênfase na atenção básica. Por exemplo, programas voltados para mudanças curriculares e de formação nos serviços de saúde, propostos em parceria com o Ministério da Educação – como os de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) - orientaram-se principalmente para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concepções e estratégias da atenção básica

A visão a respeito do papel da atenção básica nos sistemas de saúde adotada pela nova gestão foi a mesma predominante no final dos anos 90. Ela foi explicitada com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) e está em consonância com o referencial trazido por Starfield (2002), bastante citado nas entrevistas.

A concepção abrangente apresentada nesse documento valoriza a dimensão preventiva e a clínica, sendo a atenção básica compreendida como:

um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p.10).

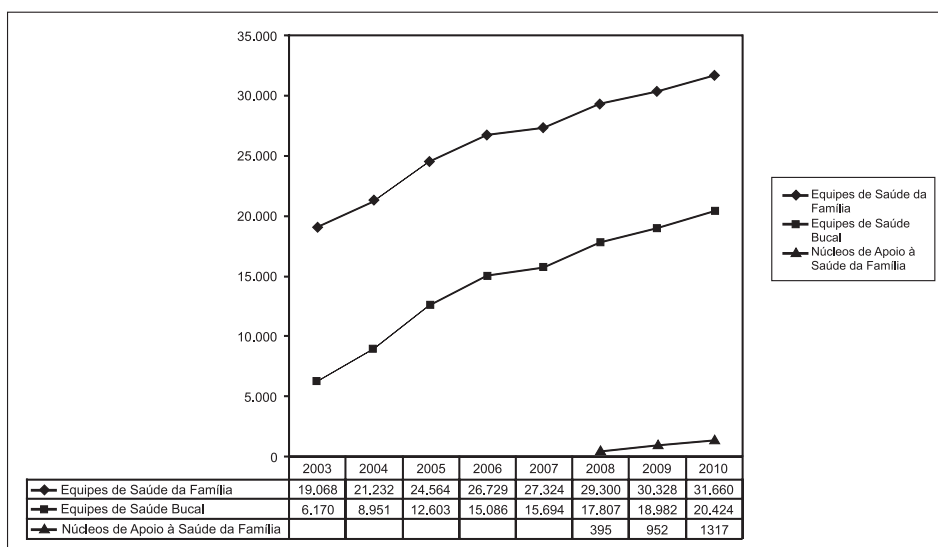
Sobre o significado dos termos atenção básica e atenção primária, vários entrevistados afirmaram que atualmente os utilizam como sinônimos, embora

assumam que nos anos 90 a distinção entre eles foi necessária. Todos enfatizaram que a concepção de atenção básica que norteia a política brasileira é abrangente e vincula-se aos princípios do SUS.

O Programa Saúde da Família persistiu como eixo central para organização da atenção básica no país e passou a ser chamado de estratégia, para diferenciá-lo da ideia de programa (SAMPAIO, 2008). Permaneceram a ênfase no caráter substitutivo e a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde. Para Teixeira e Paim (2005), os esforços visando à mudança no modelo de atenção no SUS a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização, como a ESF, poderiam ser considerados um “marcador” da vontade política no novo governo.

Embora as metas anunciadas não tenham sido alcançadas, houve ampliação significativa e contínua da ESF, com crescimento de 43,8% no número de equipes implantadas. A proporção da população abrangida pela estratégia passou de 31,9% em 2002 para 52,8% em 2010. Em 2005, o montante de transferências relativas ao PSF ultrapassou o do PAB-fixo, expressando a rápida expansão do programa, sob indução federal (CASTRO; MACHADO, 2010). Também houve expansão expressiva de estratégias associadas, como as Equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (figura 2).

Figura 2. Evolução do número de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados. Brasil, 2003-2010.



No que concerne às demais estratégias de atenção básica, enfatizou-se o fortalecimento da articulação intra e intersetorial. Observaram-se parcerias com o Ministério da Educação visando à qualificação de profissionais da ESF. Destaque-se ainda a inserção da ESF em macropolíticas do governo federal, como o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e situadas nos Territórios da Cidadania. Além disso, a implementação da agenda social federal para grupos vulneráveis impôs demandas ao Ministério da Saúde, cuja contribuição se deu por meio da atenção básica, com extensão da cobertura ou criação de incentivos financeiros específicos.

Embora haja evidências do destaque do tema no período estudado, foi possível identificar a configuração de dois momentos que marcam a inserção da política de atenção básica nesse governo. O primeiro, 2003-2005, é caracterizado pela presença de visões distintas no interior do Ministério da Saúde com relação ao modelo de atenção básica, incluindo certo questionamento da ESF como modelo único para reorganização da atenção básica. O segundo momento, 2006-2010, é caracterizado pela reafirmação da centralidade da ESF na política nacional de atenção básica.

Entre 2003 e 2005, houve debates relacionados a propostas de mudanças do modelo de atenção básica em voga desde 1994. Alguns dirigentes reconheciam a importância de discutir a organização da ESF, em virtude da realidade nos serviços ser distinta da idealizada, e defendiam a flexibilização de diretrizes para que a estratégia se aproximasse das diferentes realidades dos municípios brasileiros. Os pontos de tensão no debate se referiam a três questões principais: a ESF como modelo único ou a possibilidade de indução de outros modelos de atenção básica; a flexibilização da ESF, no que diz respeito à composição da equipe e carga horária dos profissionais; e o enfrentamento de limitações no modelo de atenção proposto.

Em documentos oficiais do período (BRASIL, 2005; 2006b), registram-se posições favoráveis a experiências com modelos variados de atenção básica. No entanto, esses mesmos documentos recomendam que tais experiências incorporem os princípios da ESF de territorialização, adscrição de clientela e estabelecimento de vínculo, sugerindo a existência de distintos projetos para a atenção básica naquele momento, o que levou ao estabelecimento de consensos em bases genéricas. Tal questão também foi apontada nas entrevistas.

As propostas debatidas nesse período foram as de “Equipes em transição para a Estratégia de Saúde da Família” e “Equipes Matriciais”. As primeiras tinham como objetivo induzir a transição para a ESF a partir da rede existente, que contava com profissionais de diferentes especialidades. Já a segunda visava à resolutividade, no âmbito da atenção básica, de questões referentes à saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares.

Em meados de 2005, com a mudança da gestão ministerial e de vários dirigentes, a presença de projetos distintos para a atenção básica é atenuada. Ainda que em meio a questionamentos e visões distintas, o modelo do PSF configurado em 1994/1995 se reafirmou como a estratégia prioritária para a atenção básica a ser induzida e apoiada pelo gestor federal. Essa opção política foi evidenciada em 2008 com a criação dos NASF, a serem compostos por diferentes profissionais de saúde com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. A criação do NASF resultou de um debate que já vinha sendo feito no Ministério e nas reuniões da CIT e do CNS desde 2004. A proposta original, porém, denominava-se Núcleo de Saúde Integral. A tabela 2 caracteriza as duas propostas.

Tabela 2. Quadro comparativo entre a proposta do Núcleo de Saúde Integral e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Principais aspectos	Núcleo de Saúde Integral (2004)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)
Objetivos	<p>Qualificar Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolutividade e integralidade das ações;</p> <p>Ampliar o acesso às ações de Atividade Física, Saúde Mental, Reabilitação, Alimentação e Nutrição e Serviço Social;</p> <p>Ampliar a implementação de práticas que contribuam para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto-cuidado;</p> <p>Promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania.</p>	<p>Ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.</p>
Modalidades	<p>Alimentação e Nutrição;</p> <p>Atividade Física;</p> <p>Reabilitação;</p> <p>Saúde Mental;</p> <p>Serviço Social.</p>	<p>NASF 1</p> <p>NASF 2</p>

Principais aspectos	Núcleo de Saúde Integral (2004)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)
Atribuições do município	<p>Elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos;</p> <p>Garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades;</p> <p>Estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade;</p> <p>Integrar os Núcleos ao sistema de saúde local.</p>	<p>Definir a composição dos NASFs, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações;</p> <p>Definir o território de cada NASF;</p> <p>Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF;</p> <p>Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF.</p> <p>Selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;</p> <p>Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;</p> <p>Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF;</p> <p>Realizar avaliação de cada NASF;</p> <p>Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais de cada NASF;</p>
Atribuições do estado	<p>Contribuir para a implementação da proposta apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos.</p>	<p>Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF.</p> <p>Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1;</p> <p>Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASFs;</p> <p>Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização;</p> <p>Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASFs;</p>

Principais aspectos	Núcleo de Saúde Integral (2004)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)
Financiamento	<p>O valor do incentivo irá variar de acordo com a composição dos núcleos, atendendo às necessidades específicas de cada município;</p> <p>Ao implantar as demais modalidades, os municípios passarão a receber o incentivo integral;</p> <p>Incentivo federal de Implantação: Incentivo por modalidade de ação: R\$ 1.000,00</p> <p>Incentivo por Núcleo com três modalidades: R\$ 3.000,00.</p> <p>Incentivo federal de custeio: Implantação por modalidade, composição mínima de 2 profissionais: Reabilitação – R\$ 1.500,00 Saúde Mental – R\$ 1.500,00 Atividade Física e Saúde 1 - R\$ 1.200,00 Atividade Física e Saúde 2 - R\$ 1.900,00</p> <p>Implantação do Núcleo com três modalidades, equipe mínima de 5 profissionais: R\$ 5.400,00</p>	<p>Incentivo federal de Implantação: NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</p> <p>Incentivo federal de custeio: NASF 1: o valor de 20.000,00 NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00</p>

O NASF representa uma iniciativa de enfrentamento de antigas questões. A primeira delas refere-se à ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica, visto que grande parte dos problemas de saúde ainda não tem sido solucionada nesse nível. Na prática, principalmente nos grandes centros, muitas vezes a entrada no sistema de saúde ocorre pelas emergências e Pronto Atendimentos. Isso se deve a diferentes fatores; entretanto, permanece o desafio de garantir a efetividade e resolutividade das ações desenvolvidas na atenção básica.

Outra questão, relacionada à anterior, diz respeito aos profissionais que atuam na atenção básica. A inclusão das especialidades médicas básicas e de outros profissionais de saúde era uma reivindicação das diferentes categorias profissionais, por motivos que vão desde a preocupação com a atenção integral, até aspirações de cunho corporativista. No entanto, ainda que o Ministério da Saúde reconhecesse a necessidade de ampliar a equipe multiprofissional atuante na atenção básica, não se admitia a incorporação de outros profissionais na equipe mínima, cujo modelo era a Estratégia Saúde da Família, apoiada na ideia da porta de entrada constituída por médico generalista exercendo a função de filtro para acesso aos serviços especializados. Cabe destacar que a função de filtro de um médico depende de sua formação, mas também de um processo de educação continuada e da disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos que lhe permita intervir em problemas concretos (CAMPOS, 2005).

O fato é que o NASF foi uma inovação importante, que afirmou a ESF nos moldes originais como porta de entrada do sistema, abriu espaço para a incorporação de outros profissionais na lógica de apoio matricial e contou com rápida adesão municipal em vários estados desde o primeiro ano de implantação.

Em suma, foi possível identificar elementos de continuidade e mudança na condução federal da política nacional de atenção básica no período estudado. A ênfase na Saúde da Família representou a principal continuidade com o modelo anterior de condução dessa política, embora tenha havido um momento de questionamento do modelo como estratégia única para reorganização da atenção básica no SUS. A ESF se reafirmou como uma política de elevado grau de institucionalidade, perpassando sucessivas gestões federais e gerando mudanças em várias áreas da política. A tabela 3 caracteriza os dois momentos identificados na política de atenção básica na esfera federal entre 2003 e 2010.

Tabela 3. Configuração dos diferentes momentos que marcam a inserção da política nacional de atenção básica à saúde na esfera federal. Brasil, 2003 a 2010.

Período	Momento de questionamento do modelo de atenção básica	Momento de reafirmação do modelo centrado no PSF
	2003 – 2005	2005 – 2010
Dirigentes	<p>Até 11/07/2005</p> <p>Ministro da Saúde: Humberto Costa</p> <p>Secretário Executivo: Gastão Wagner de Sousa Campos/ Antônio Alves</p> <p>Secretário de Atenção à Saúde: Jorge Solla</p> <p>Diretor (a) do DAB: Afra Suassuna</p>	<p>De 11/07/2005 até 31/03/2006:</p> <p>Ministro da Saúde: José Saraiva</p> <p>Secretário Executivo: José Agenor Álvares da Silva</p> <p>Secretário de Atenção à Saúde: José Gomes Temporão</p> <p>Diretor (a) do DAB: Luis Fernando Sampaio</p> <p>De 31/03/2006 a 16/03/2007:</p> <p>Ministro da Saúde: José Agenor Álvares da Silva</p> <p>Secretário Executivo: Jarbas Barbosa/ Paulo Curi</p> <p>Secretário de Atenção à Saúde: José Gomes Temporão</p> <p>Diretor (a) do DAB: Luis Fernando Sampaio</p> <p>A partir de 16/03/2007:</p> <p>Ministro da Saúde: José Gomes Temporão</p> <p>Secretário Executivo: Márcia Bassit</p> <p>Secretário de Atenção à Saúde: José Carvalho de Noronha/ Alberto Beltrame</p> <p>Diretor (a) do DAB: Luis Fernando Sampaio/ Claunara Schilling Mendonça</p>

Período	Momento de questionamento do modelo de atenção básica	Momento de reafirmação do modelo centrado no PSF
	2003 – 2005	2005 – 2010
Principais documentos orientadores da política	Plano Plurianual – Saúde (2003) Plano de Metas 2003 (2003) Plano Nacional de Saúde (2005)	Pacto pela Saúde (2006) Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006) Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011 (2007) Oficina de Qualificação do NASF (2010)
Mudanças organizacionais relevantes para a APS	Criação de quatro secretarias (SCTIE, SGTES, SVS, SGEP) e a reorganização de duas (SAS e SE); Extinção da SPS e transferência do DAB para a nova SAS	Debates sobre a criação de uma “Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde” na estrutura do Ministério, mas a proposta não se concretiza.
Concepção de APS	Nível de atenção (porta de entrada) estruturante do sistema, caracterizado por um conjunto de atributos, explicitados no referencial teórico proposto por Starfield (2002)	Mesma concepção adotada no período anterior, entretanto, quando a PNAB é publicada, ocorre o detalhamento dos princípios norteadores e fundamentos da atenção básica
Principais estratégias	Reajuste dos principais incentivos de atenção básica; Ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica, com destaque para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; Integração da atenção básica com os demais níveis de atenção e áreas do ministério; Expansão da Saúde bucal; Articulação com as áreas de saúde mental e vigilância em saúde; PROESF; Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação.	Continuidade de estratégias anteriores. Iniciativas em parceria com o Ministério da Educação voltadas para a reorientação da formação dos profissionais de saúde; Incorporação de novos profissionais à estratégia de Saúde da Família com a criação dos NASFs

Período	Momento de questionamento do modelo de atenção básica	Momento de reafirmação do modelo centrado no PSF
	2003 – 2005	2005 – 2010
Macro políticas do governo federal com as quais a APS se relaciona	Bolsa Família	Territórios da Cidadania
Caracterização do momento	<p>Presença de visões distintas no interior do Ministério da Saúde com relação ao modelo de AB, incluindo certo questionamento ao PSF como estratégia única para reorganização da atenção básica no país;</p> <p>Discussões relacionadas a propostas de mudança ou flexibilização do modelo de atenção básica em voga desde 1994;</p> <p>Pontos de tensão no debate: PSF como estratégia única; flexibilização do modelo de PSF; enfrentamento de problemas ou limitações da estratégia no que tange ao modelo de atenção proposto;</p> <p>Propostas apresentadas: equipes em transição para a estratégia de SF e equipes matriciais (Núcleo de Saúde Integral).</p>	<p>O modelo de PSF conforme configurado em 1994/1995 se reafirma como a estratégia prioritária para a atenção básica a ser induzida e financiada pelo gestor federal;</p> <p>Criação de medidas de reforço da atenção básica bastante vinculadas ao PSF;</p> <p>Importante inovação: a criação dos NASFs.</p>

Fonte: Elaboração própria.

GM: Gabinete do Ministro; SAS: Secretaria de Atenção à Saúde; SE: Secretaria Executiva; SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde; SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; MEC: Ministério da Educação

Discussão

Nos anos 2000, foi possível observar elevado grau de continuidade na condução da política nacional de atenção básica, embora tenham ocorrido mudanças incrementais. A ênfase na Estratégia Saúde da Família e o esforço de sua expansão nos grandes centros urbanos persistiram, com destaque para iniciativas de ampliação dos profissionais atuantes na atenção básica, particularmente nas áreas de saúde bucal e nas contempladas pela proposta dos NASF.

No que diz respeito à inserção da atenção básica na agenda federal, ainda que essa tenha sido uma política prioritária em todo o período estudado, foi possível identificar a configuração de dois momentos diferentes. Entre 2003 e 2005, observou-se a presença de visões distintas em relação ao modelo de atenção básica e à inserção da ESF. Os principais pontos de discussão diziam respeito à composição da equipe mínima, a exigência de carga horária semanal de 40 horas para médicos e à necessidade de fortalecer a perspectiva da clínica ampliada no modelo de atenção. Parte desses questionamentos relacionava-se à preocupação em adequar a estratégia às diferentes realidades municipais e à detecção de dificuldades na sua operacionalização. Nesse momento foram discutidas propostas de flexibilização do modelo original do PSF, porém sem êxito, demonstrando a dificuldade de implementação de mudanças nessa política.

No momento seguinte, 2006 a 2010, permaneceram questionamentos, mas identificam-se a reafirmação da estratégia nos moldes vigentes e a criação de medidas de reforço da atenção básica vinculadas à Saúde da Família, revelando a influência no período recente da trajetória histórica percorrida por esta política. A criação do NASF reafirma a ESF como prioritária para a atenção básica no SUS, ao deslocar o debate da flexibilização da porta de entrada para o âmbito do apoio matricial.

A identificação desses dois momentos da política federal é consoante com a relevância das dimensões de temporalidade e sequência para explicar as continuidades na política (PIERSON, 2004). Escolhas e caminhos definidos na década anterior, particularmente o destaque conferido ao PSF entre 1994 e 2002, moldaram a política de atenção básica nos anos seguintes. Isso porque, nesse período relativamente curto de nove anos, a implementação do PSF envolveu a configuração de um arcabouço normativo expressivo, incentivos financeiros próprios, estratégias de formação de profissionais específicas, mobilização de

diferentes atores sociais, importante expansão e capilaridade nacional das equipes. Tais fatores conferiram uma significativa institucionalidade a essa estratégia, que delimitou, tanto as possibilidades de escolhas relativas ao modelo de atenção, como mesmo a realização de ajustes a partir de 2003.

Resistências a alterações no modelo de atenção básica nacionalmente induzido desde meados dos anos 90, fortemente baseado no PSF, podem ser explicadas por fatores de ordem econômico-financeira, político-institucional, social e simbólica. Na primeira dessas dimensões, os “custos” de mudança se relacionam aos investimentos já realizados na estratégia pelas três esferas de governo e à existência de incentivos financeiros específicos, em contínua expansão. No âmbito político-institucional, o peso do PSF se expressa nas estruturas de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde, na existência de orientações normativas e de sistemas de informações próprios e na definição de outras políticas. No que concerne à dimensão social, além da expansão do acesso às ações e serviços de atenção básica, o PSF propiciou a geração de empregos, incluindo os de agentes comunitários de saúde, que abrem oportunidades de trabalho para pessoas de comunidades assistidas. Acrescente-se ainda a dimensão simbólica, referente à associação do PSF com a ideia de transformação do modelo de atenção à saúde, vinculada aos princípios do SUS e ancorada em experiências locais, o que confere à estratégia uma importante base social de apoio.

Em que pese a predominância de elementos de continuidade na política nacional de atenção básica, observaram-se também mudanças graduais na política, a exemplo do fortalecimento da articulação intersetorial, de alterações na política de educação permanente e da adoção de inovações importantes, como o NASF. Tais mudanças se aproximam do que Mahoney e Thelen (2009, p.15) caracterizam como *layering*, ou seja, a introdução de novas regras sobre as regras existentes, sem rompê-las ou ignorá-las. Em geral, elas procuraram dar respostas a limitações que vinham sendo identificadas na implementação da política de atenção básica, sem colidir com suas bases institucionais prévias.

Ressalte-se que este trabalho enfocou as continuidades e mudanças na condução federal da política de atenção básica de 2003 a 2010, sem pretensão de esgotar o vasto debate acadêmico sobre o tema.

Além de a ESF ter favorecido a ampliação da oferta e da cobertura da atenção básica, estudos apontam mudanças na organização e nas práticas em saúde

(PINHEIRO et al, 2008). Pesquisas recentes sugerem ainda que a estratégia teria favorecido a redução da mortalidade infantil em alguns locais (MACINKO et al, 2007; AQUINO, OLIVEIRA; BARRETO, 2008).

Por outro lado, vários estudos têm identificado desafios relacionados à precariedade dos vínculos de parte expressiva dos profissionais da ESF (FACCHINI et al, 2006; CAMARGO JR et al, 2008), ao financiamento (PEREIRA et al, 2006; VIANA et al, 2006), à integração da rede de serviços (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004), entre outros. Além disso, nos grandes centros urbanos, a estratégia depara-se com uma dinâmica distinta da dos municípios de menor porte, caracterizada por uma rede de atenção à saúde diversificada e especializada, em que a participação do setor privado é significativa (BOUSQUAT, COHN; ELIAS, 2005). Nesse sentido, caberia questionar a adoção da ESF como modelo único para a organização da atenção básica em todos os municípios brasileiros. Assim, embora fundamentada por diretrizes abrangentes, a implementação da Estratégia Saúde da Família esbarra em dilemas históricos e estruturais do sistema de saúde, nem sempre enfrentados de maneira efetiva (CONILL, 2008).

Em um país imenso e desigual como o Brasil, a esfera federal mantém atribuições fundamentais na superação de problemas - relativos ao financiamento, aos recursos humanos, às relações público-privadas, entre outros – que ainda restringem a consolidação da atenção básica como alicerce do SUS, na perspectiva da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.¹

Agradecimentos

A pesquisa recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq e da Fundação Carlos Chagas de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. Cristiani Vieira Machado é bolsista de produtividade do CNPq.

Referências

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*, Washington, v.99, n.1, p. 87-93, 2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P.E. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A.L.A., ELIAS, P.E.M.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 244-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento*. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol 2. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf> Acesso em: 21 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <[http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf)> Acesso em: 15 ago.2007.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Planejamento do Ministério da Saúde. *Plano de Metas 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

CAMARGO JR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p. S58-S68, 2008.

CAMPOS, G.W.S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica em el Sistema único de Salud em Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, v.8, n.4, p.477-483, 2005.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.24, Sup 1, p. S7- S27, 2008.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, Washington, v.94, n.11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <<http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864>> Acesso em: 2 out. 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

FACCHINI, L.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 669-681, 2006.

FAUSTO, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. 261 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GIOVANELLA, L. A Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 951-963, 2006.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, Sup 2, p.S331-S336, 2004.

HEINMANN, L. S.; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

KINGDON, J.W. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: HarperCollins, 1995. 240p.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*, v.65, n.10, p. 2070-2080, 2007.

MAHONEY, J.; THELEN K. *Explaining institutional change. Ambiguity, Agency and Power*. New York: Cambridge University Press, 2010. 236 p.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 377-389, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: PAHO/WHO, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2007.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. M. T. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PEREIRA, A.T.S. et. al. A sustentabilidade econômico-financeira do PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 607-620, 2006.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. 208p.

PINHEIRO, R. et al. *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. 360p.

SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W. (Ed.). *Primary care on the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006. 286p.

SAMPAIO, L.F.R. Debate sobre o artigo “Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família”. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Supl 1, p. S19–S21, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002. 726p.

STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Ed.). *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. 257p.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.29, n.31, p. 268-283, 2005.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.8, Supl 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A.L.A et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

Nota

¹ A.L.B.de Castro participou da coleta e análise de dados, da discussão dos resultados e da redação final do artigo. C.V. Machado participou da análise de dados, da discussão dos resultados e da redação final do artigo.

Abstract

The federal primary health care politics in Brazil in the 2000's

This paper analyzes the conduct of the federal primary health care politics in Brazil in the 2000's, seeking to identify elements of continuity and change in the previous period. The research was based on the theoretical framework of historical institutionalism and the concept of path dependence. The methodology included a variety of strategies: literature review, document analysis, analysis of secondary databases, budget analysis and interviews with key stakeholders of the policy. It was possible to identify continuities and changes in the conduct of national policy for federal primary care during the study period. The predominance of continuities, emphasizing the persistence of the Family Health Program as a hegemonic strategy for reorientation of primary care in the country, creates a condition of path-dependence. There were also incremental changes, such as initiatives to strengthen inter-sectoral coordination and important innovations, notably the creation of the Centers for Family Health Support. There are, however, structural problems within primary care, and it is important to overcome them to enable the effective change in the health care model in the country.

► **Key words:** primary health care; health politics; Family Health Program.