

**TABELA 1 – DESCRIÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE POR TIPO, PORTE, AÇÕES E LOCALIZAÇÃO - (PORTARIAS MS nº400/1977 e MPAS nº3046/1982)**

TIPOS DA UNIDADE		PORTE POPULAÇÃO	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA
<b>Posto de saúde (PS)</b>		Até 500 hab	Ações desenvolvidas por técnicos ou atendentes de enfermagem e visitadora sanitária - imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, tuberculose, hanseníase, verminose. Vincula-se a uma unidade de maior porte (centro de saúde)	Área Rural ou comunidades dispersas na periferia das cidades pequenas.
<b>Centro de Saúde</b>	<b>Tipo I (CSI)</b>	De 500 a 2000 hab.	Ações desenvolvidas por 01 médico – clínico geral, atendentes de enfermagem e visitadora sanitária – clínica médica, imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, TRO, tuberculose, hanseníase, verminose, dispensação de medicamentos e alimentos. Vincula-se a uma unidade de maior porte (CSI, CSII ou CSIII) o médico pode fazer atendimento agendado e supervisiona a unidade.	Área rural com maior adensamento populacional, periferia de cidades médias urbanas
	<b>Tipo II (CSII)</b>	De 2000 a 5000 hab.	Ações desenvolvidas por 02 médicos – clínica-médica e pediatria, 01 dentista; atendentes de enfermagem e visitadora sanitária – clínica médica, imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, TRO; dispensação de Medicamentos e alimentos. Vincula-se a uma unidade de maior porte (CS III) que lhe faz supervisão.	Área urbana, sede de município; adensamento populacional
	<b>Tipo III (CSIII)</b>	De 5000 até 20.000 hab.	Ações desenvolvidas por 03 médicos, 2 dentistas; técnicos e atendentes de enfermagem, nutricionista e visitadora sanitária – clínica médica, pediatria. Ginecologia e obstetrícia; imunização, curativo e acompanhamento da mulher e da criança, TRO. Vincula-se a uma unidade de maior porte (Unidade Mista)	Áreas urbanas das cidades médias e grandes, bairros de capitais, adensamento populacional.
<b>Unidade Mista</b>		Até 50.000 hab.	Centro de saúde com ações ambulatoriais e ações hospital com internação (50 leitos) nas 04 clínicas básica (médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica) – leitos de emergência, enfermaria conjunta materno infantil; pequenas cirurgias; centro cirúrgico-obstétrico; sem UTI; banco de leite e de sangue.	Sede de município; bairros com população vulnerável de municípios de médio e grande porte, adensamento populacional
<b>Unidade de Emergência</b>		Até 50.000 hab.	Emergência 24 horas (pronto atendimento) com no mínimo 4 leitos de observação; outros serviços emergenciais – TRO; curativo e pequenas cirurgias; ; apoio diagnóstico – análise clínica., dispensação de medicamentos e alimentos.	Sede de municípios pequenos com CSI ou CSII
<b>Hospital Local</b>		De 50.000 a 100.000 hab.	Ações hospitalares – com internação (50 a 100 leitos) nas 04 clínicas básicas (médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica) e outras definidas pelo perfil epidemiológico; leitos de emergência, pequenas cirurgias; centro cirúrgico, centro obstétrico; UT com pelo menos 4 leitos; banco de leite; banco de sangue; apoio diagnóstico – análise clínica e RX.	Sede de municípios médios e em distritos sanitários de capitais.
<b>Hospital Regional</b>		De 100.000 a 200.000 hab.	Ações hospitalares – com internação (máximo 150 leitos) nas 04 clínicas básicas (médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica) e outras definidas pelo perfil epidemiológico; leitos de emergência, pequenas cirurgias; centro cirúrgico, centro obstétrico; UT com pelo menos 2 leitos; banco de leite; banco de sangue; apoio diagnóstico – análise clínica e RX. Ambulatório aberto.	Região de Saúde dos Estados ou Bairros ou distritos sanitários de capitais
<b>Hospital de Especialidades</b>		Mais de 200.000 hab.	Ações hospitalares com leitos (máximo 150 leitos) voltados para grupos específicas – infantil, ginecologia e obstetrícia, doenças infecciosas, saúde mental. Ambulatório fechado.	Estado ou regiões ou detritos de grandes capitais.
<b>Hospital Terciário</b>		Mais 200.000 hab.	Ações de alta complexidade e alta densidade tecnológica – hospitais universitários, pesquisa, com leitos de internação voltados para as finalidades do hospital. Ações ambulatoriais fechadas.	Nacional, Regional, Estadual

GONDIM, G.M.M. Elaboração própria, 2010. Com base na Portaria MS nº 400/77 e Portaria 3046/1982.

A avaliação que se faz deste processo, apoiado nas propostas do Plano CONASP e no PNE I, no período 1982-1995, sob os auspícios do Banco Mundial é que:

“No âmbito dos estados, a centralização era evidente, prevalecia e materializava-se na forma de programa verticalizado, cuja execução ficava restrita à competência de uma Gerência Estadual. Essa forma atomizada e isolada de atuar não permitia uma integração com as estruturas permanentes da Secretaria Estadual de Saúde. Isto sempre contribuiu para fragilizar a execução do Projeto, apesar de constituir-se na única fonte disponível de recursos para investimento em infraestrutura das ações básicas de saúde e para modernização gerencial nos estados” (LEAL, 1999:67).

É necessário destacar que embora a proposta inicial da regionalização tenha se dado de forma vertical e centralizada, tanto o programa - PNE I, quanto à política que lhe deu suporte, foram ‘bem aceitos’ pela população na medida em que se tentou atender, com oferta de serviços, às desigualdades sociais em populações do nordeste.

“A decisão política do governo federal em implantar o Projeto Nordeste para diminuir o grau de desigualdade social e econômica da região em relação ao restante do país foi respaldada pela população que demandava melhoria nos serviços sociais prestados. Nesse sentido, vale salientar a natureza da relação que se estabeleceu entre o meio social e o processo governamental, onde a prioridade identificada foi concretizada por meio da contratação de um empréstimo com o Banco Mundial, atendendo aos anseios dos diferentes atores envolvidos” (LEAL, 1999:69).

Com toda a contradição que evoluiu esse processo – os propósitos, a condução e o financiamento, a expansão da oferta de serviços de saúde em territórios remotos, produziu melhoras expressivas nos indicadores de morbidade e mortalidade de saúde e nas condições de saúde nos estados beneficiados durante o período de vigência do Projeto, contribuindo para eficiência de alguns programas que lhes foram agregados (BRASIL, 1996).

As Figuras 7a – hierarquização dos EAS e 7b – Distribuição espacial dos EAS, mostram o desenho da regionalização/hierarquização segundo níveis de complexidade tecnológica (7a), destinados a atender certo contingente de população em uma região determinada, e sua distribuição espacial no território (7b). Vêm-se os serviços básicos de saúde situados na base da pirâmide (7a) que devem atender a maior parte dos problemas de saúde das populações adscritas a esses EAS, localizados em recortes territoriais específicos. Observa-se que a pirâmide é uma representação ascendente de

níveis de atenção, simbolizando um escalonamento na oferta de serviços em graus de complexidade tecnológica crescente, em conformidade com o perfil da demanda e das necessidades de saúde.

Figura 7a – Hierarquização dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

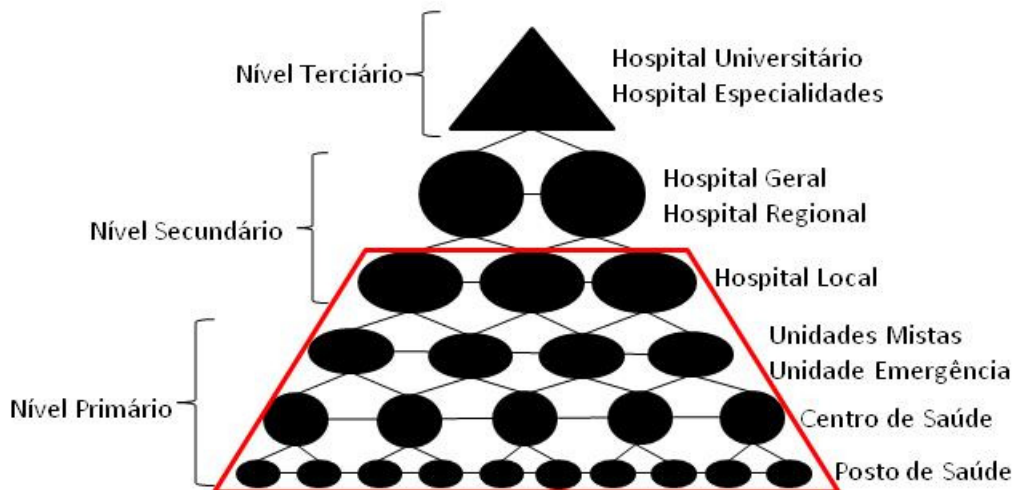
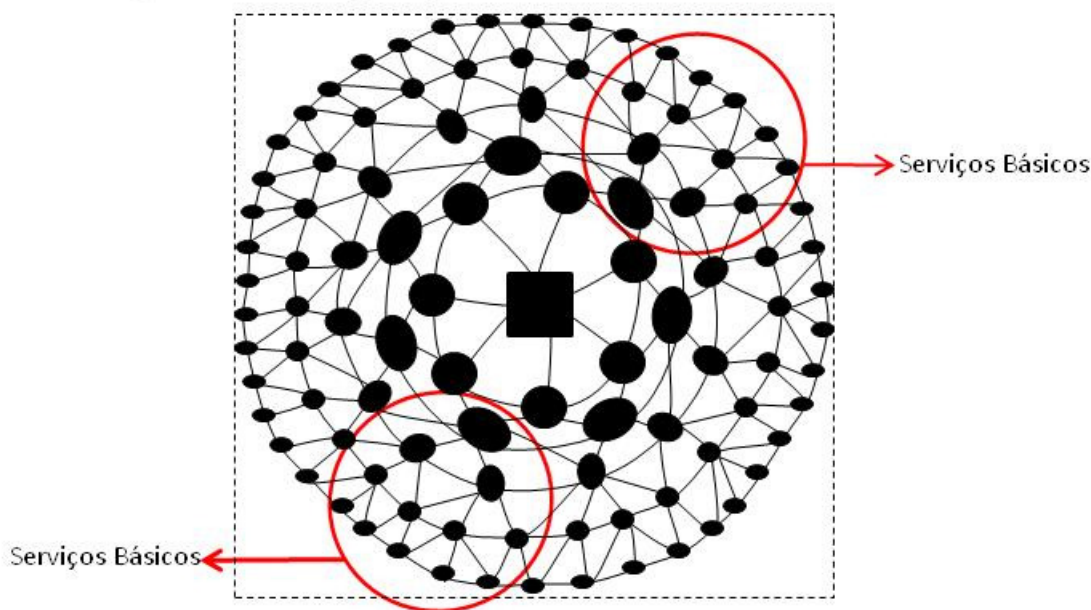


Figura 7b – Distribuição Espacial dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde



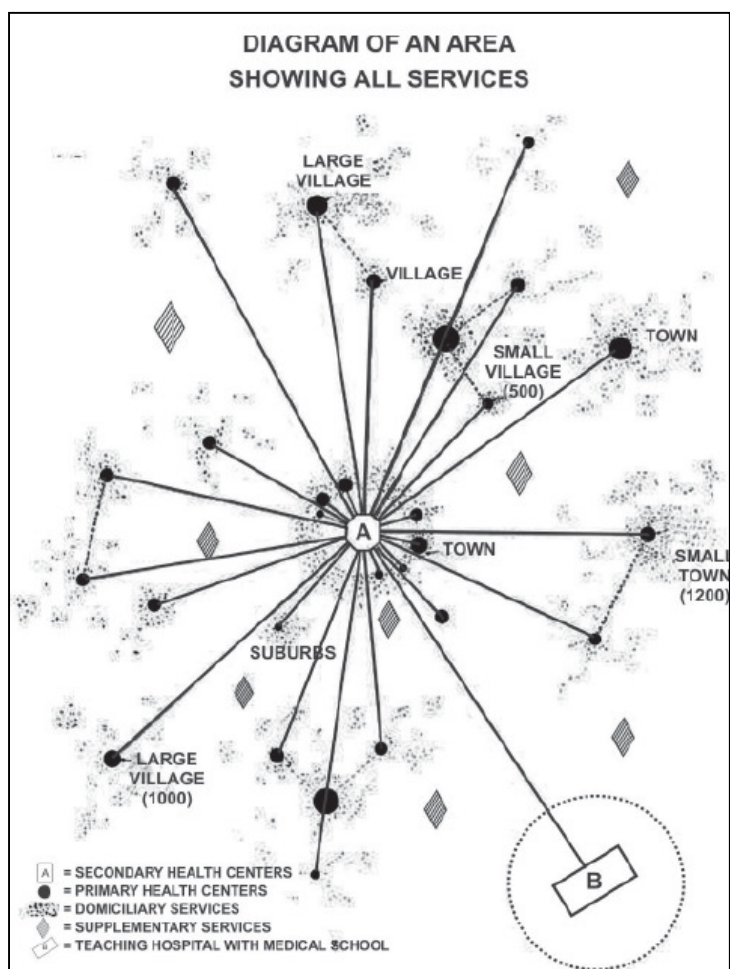
GONDIM, G.M.M. Elaboração própria, com base nas Portarias MS nº 400/77 e MPAS nº 3046/82

Pode-se também representar a pirâmide, por sua projeção em um plano circular que circunscreve sua base (7b). Esse desenho atende melhor a lógica de distribuição territorial de unidades interconectadas, e responde, mais adequadamente, a localização/dispersão espacial consoante ao tamanho da população e a capacidade de resposta de cada uma delas. Fica evidente a importância das unidades que compõem os ‘serviços básicos’ (nível primário e parte do secundário) no processo de regionalização da

atenção, representadas no quadrilátero (7a) e nos círculos (7b). Observa-se que mesmo nesse momento primeiro da regionalização, já se delineia uma lógica espacial de organização do sistema de saúde voltada para serviços básicos, circunscritos na figura 7a em um quadrilátero e na figura 7b em círculos -, os quais são bastante semelhantes com a organização dos serviços do relatório Dawson (Figura 8).

Há uma nítida similaridade entre as duas propostas (Figura 7b e Figura 8), onde se verifica que unidades menores (nível primário) estão distribuídas em populações dispersas no território, articuladas às de maior complexidade (nível secundário) localizadas em cidade maiores. O lugar central é uma unidade de grande porte (Hospital Escola), a qual todas as demais estão vinculadas.

**Figura 8 – Diagrama de uma Região de Saúde por Níveis de Atenção**  
(Dawson, 1920)



Fonte: MSGB, 1964

Tal relatório propõe a reestruturação dos serviços de saúde, colocando para o Estado a responsabilidade de prover e controlar as políticas e os serviços de saúde, estes últimos

devem ser organizados em regiões específicas, com o fim de oferecer ações preventivas e curativas. Diz ainda, que as ações devem ser coordenadas e distribuídas em espaços delimitados em função das necessidades comunitárias. A localização dos serviços obedece à distribuição espacial da população e dos fluxos dos meios de transporte e do comércio e, de acordo com as circunstâncias de cada lugar e população, varia em tamanho e complexidade (SILVA JUNIOR, 2006).

Por essa razão, se afirma que o modelo inglês de regionalização influenciou diferentes proposições no campo da saúde, desde os modelos de organização de Sistemas Nacionais de Saúde, as políticas públicas e aos modelos de atenção em todo no mundo.

“O relatório Dawson tem sido considerado um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais. Pode-se considerar que as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, filiam-se a essa tradição. Alguns desses conceitos posteriormente serviriam de base para o SUS – o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e na territorialização, a integração sanitária da clínica e da saúde pública, e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade” (CAMPOS, 2006:34).

Nessa direção, pode-se afirmar que tanto a Atenção Primária à Saúde no plano internacional, quanto a Atenção Básica, Programa de Agente Comunitário de Saúde e (PACS) Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil são propostas pautadas em estudos que tomaram por base a proposta de Dawson, no que tange a alguns dispositivos relacionados à descentralização da gestão, a integralidade do cuidado, a integração das práticas e a distribuição de unidades de saúde em territórios-população (SILVA JUNIOR, 2006; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007; KUSCHNIR & CHORNY, 2010).

### ***3.1.1. Atenção Primária à Saúde (APS)***

A APS como proposta de enfrentamento aos problemas de saúde é mencionada pela primeira vez na Assembléia Mundial de Saúde em 1979, embasada nos princípios dos Cuidados Primários de Saúde enunciados em Alma-Ata, também com contribuições das proposições de organização regional dos serviços de saúde da Inglaterra, sob a égide do relatório do Lord Dawson of Penn de 1920 (STARFIELD, 2002a, 2002b; MENDES, 2002). Os elementos essenciais definidos em Alma-Ata sobre APS são assim descritos:

“(...) a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentos saudáveis e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional” (MENDES, 2002:9)

A OMS na intenção de operacionalizar as metas definidas em Alma-Ata enfrentou alguns problemas, na medida em que, nos países desenvolvidos todas ou algumas delas já haviam sido cumpridas, enquanto que, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos alcançá-las era algo muito distante. Isso gerou entendimentos conceituais diferenciados sobre o significado da APS variando de acordo com as interpretações: como programa seletivo e focalizado; como nível de atenção referido a serviços não especializados de primeiro contato, e como estratégia abrangente para organização dos sistemas de saúde, como modelo assistencial (MENDES, 1999, 2002; STARFIELD, 2002a, 2002b; GIL, 2006; GIOVANELLA & MENDONÇAS, s/d; CONIL, 2002). Sua definição mais abrangente foi dada pela OMS em 1978:

“À atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social das comunidades. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção”(OMS, 1978)

Essa definição trouxe implicações importantes para os Países quando da organização do sistema e da rede de serviços de saúde. Para atingir as metas e atender aos pressupostos da APS, fazia-se necessário criar uma série de mecanismos até então inexistentes:

- Melhorar a acessibilidade e o uso de serviço com qualidade e efetividade para dar respostas aos problemas de cada lugar e a população específica;
- Prover equipes de saúde capazes de assegurar a longitudinalidade do cuidado a indivíduos e famílias com regularidade e humanização;
- Garantir no território e fora dele, todo o tipo de atenção – da mais simples a mais complexa, desde que necessária, para cumprir com a integralidade das ações, sob a responsabilidade de condução da equipe local;

- Capacitar as equipes de saúde para coordenar a oferta de atenção, com base no conhecimento sobre o território e a população;
- Focar a atenção na família, o que requer vínculo e proximidade e orientar a comunidade onde estão inseridas, a partir do reconhecimento da situação de saúde e das condições de vida da população.

De acordo com STARFIELD (1994, 2002) nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde com base na APS, por razões que vão desde exigências das novas tecnologias com foco nas especializações, ao descrédito no médico generalista (*general practitioner*). No entanto, ressalta a autora em estudo<sup>44</sup> comparativo realizado entre 12 países ocidentais industrializados, existem diferenças notáveis entre aqueles que melhor aderiram à proposta da APS e os que se distanciaram. Verificou-se que nos primeiros há maior probabilidade de melhores níveis de saúde, custos mais baixos, maior satisfação da população e menor uso de medicação.

No Brasil, desde 1920 se realizam experiências em serviços de saúde que poderiam ser chamadas de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva: a saúde pública como serviço estatal com ações de prevenção de doenças e a atenção médica curativa individual ofertada pelas Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) no campo do seguro social. Já em 1940 os Sistemas Nacionais de Saúde (SNS) verticais e focados em doenças específicas, e os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) com ações preventivas coletivas e assistência médica curativa (CUENTO, 2004; GIL, 2006; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007; CONIL, 2007).

A APS como modelo de mudança na atenção à saúde ocorre a partir de intervenções abrangentes pautadas nas propostas de Alma-Ata, via medicina comunitária integral. Inicialmente, como mencionado em capítulo anterior, com ações seletivas focadas em populações e agravos específicos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Norte e Nordeste; o Prev-saúde em centros urbanos de maior porte; Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) em municípios-capital; Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) voltado à saúde da mulher e Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) a crianças. O SUDS substitui formalmente essas ações que continuaram a ser implementadas pelos Estados.

---

<sup>44</sup> Para melhor compreensão do estudo citado, ver STARFIELD, B. Is primary care essencial? *Lancet*, 344:1133, 1994.

(NORONHA & LEVCOVITZ, 1994; BUSS, 1995; SCHRAIBER, 1996; NASCIMENTO, 2006; CONIL, 2008)

A partir de 1980 a APS retoma seu caráter abrangente e inscreve-se no movimento de Reforma Sanitária pela valorização do primeiro nível de atenção. A constituição de 88 estabelece princípios e diretrizes para um sistema de saúde universal, descentralizado, integral, resolutivo, humanizado e com participação social, os quais, sem sombra de dúvidas foram pautados, em uma releitura das recomendações dos cuidados primários à saúde em sua vertente ampliada de orientação dos sistemas de saúde (MACINKO J.U, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007).

Com o SUS e o incremento da descentralização, a rede de APS que se encontrava sob a gestão dos estados, é transferida para os municípios, movimento denominado por MENDES (2001) de municipalização autárquica. Ampliam-se as perspectivas da gestão municipal que oportuniza a criação de novas unidades básicas de saúde. A experiência dos DS fortalece tanto o movimento de estruturação da APS quanto ao protagonismo dos municípios na condução do processo de descentralização em seu território.

Nos anos 1990, diante do projeto neoliberal em diminuir o papel do Estado na formulação e condução das políticas sociais públicas, surgem várias propostas baseadas na APS, no campo da saúde pública. A mais expressiva, por sua capilaridade, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído como estímulo a descentralização das ações voltadas para área materno-infantil em áreas deficitárias e expandido em caráter emergencial para cobrir a epidemia de cólera nas regiões Norte e Nordeste realizando ações preventivas focais - um típico programa de APS seletiva.

Estruturava-se em base populacional e territorial, estabelecendo vínculo do agente com a comunidade e as famílias. O modelo se expande para outras regiões, respondendo a objetivos e demandas políticas dos municípios e se integra aos sistemas municipais de saúde de forma abrangente assegurando maior efetividade junto à população (BRASIL, 1994, 1997, 2006).

O conjunto das experiências baseadas na APS no Brasil foi exitoso em seus resultados junto a população. Ao mesmo tempo permitiu o acúmulo de conhecimento científico, tecnológico e prático, burilado nos serviços, na gestão e na academia nos anos



subseqüentes. Embora não tenham sido institucionalizadas como políticas públicas influenciaram e contribuíram decisivamente para as atuais propostas de modelos de organização do sistema de serviços de saúde em base territorial – o PSF e a ABS.

### ***3.1.2. Modelos Centrados na Família***

Intervenções em saúde voltadas às famílias são praticadas no Brasil desde os anos 70, com o incentivo de instituições de ensino, assistenciais e de classe à formação de um profissional médico de família, na perspectiva de humanizar a medicina, combater a especialização e, em termos estratégicos, estimular programas de formação de médicos generalistas voltados para atender a famílias. (PAIM, 1985, 1996; SCHRAIBER, 1996; VASCONCELOS, 1999).

Sua implantação foi controversa, principalmente sua expansão no início dos anos 90, onde as primeiras experiências refletiam, por um lado a medicina preventiva liberal dos EUA dos anos 60 de ‘combate a pobreza’, e de outro, o fato delas terem sido financiadas na América Latina pelos países centrais, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundações como a Kellogg ou a Ford, junto com programas de governo americano, como o Ponto Quatro<sup>45</sup> e a Aliança para o Progresso<sup>46</sup>, causando forte resistência do movimento sanitário brasileiro (MOYSÉS, 2002; MERHY & FRANCO, 1999; MERHY, 2001; SILVA JUNIOR, 2006; HÜBNER & FRANCO, 2007)

“Ao pensarmos em saúde da família como possibilidade de reorganização da atenção à saúde, não estamos nos referindo à proposta americana e sua ideologia preventivista, ou à estratégia de mera diminuição de custos da Medicina Comunitária, mas sim a um programa amplo de reformas sociais, coerente com a construção de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, num processo de crítica à medicina preventiva e sua base filosófica, servindo de base para um sistema nacional de saúde que considere os

---

<sup>45</sup> O Programa Ponto Quatro (substituído por United States Agency for International Development - USAID) fez parte da cooperação intragovernamental Brasil:EUA que marcou uma série de acordos realizados a partir do pós-guerra no Brasil, mediados pela Comissão Mista Brasil-EUA (1950) para avaliar questões econômicas-políticas e propor medidas para fortalecer o nacional-desenvolvimentismo. Ver SOLA, M.L. *Idéias Econômicas e Decisões Políticas: desenvolvimento, estabilidade e populismo*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo: FAPESP, 1998.

<sup>46</sup> A Aliança para o Progresso nasce no contexto da Guerra Fria (anos 60) dando seqüência aos fatos criados pelo nacional-desenvolvimentismo de Vargas na década anterior, reforça a política de penetração dos EUA na economia dos países da América Latina. Significa uma mudança de tática em relação ao ‘terceiro mundo’ frente à ameaça ‘comunista’: mudança paradigmática na política externa dos EUA, com a oferta ‘generosa’ de apoio econômico e político aos países periféricos. Ver BIELSCHOWSKY, R. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1988.

princípios da cobertura universalizada, pública, intersetorial, algo adaptado à nossa cultura, e enquanto serviços de saúde, organizados nos moldes dos modelos de Cuba, Inglaterra, ou Canadá” (HÜBNER & FRANCO, 2007:177).

Nesse contexto, a família tem sido vista como um sujeito a quem se dirige ações de proteção, promoção, tratamento e reabilitação e como elemento estratégico para quaisquer mudanças que se desejam efetivar nos modos e estilos de vida dos indivíduos e da comunidade. No entanto, alguns estudiosos nessa área aludem à necessidade de se abandonar às pretensões universalistas na definição de família, dado que hoje sua composição e estrutura são bastante diferenciadas, estando imersa em um meio sócio-econômico-cultural, cujos valores e condições materiais interferem e influenciam sua maneira de ser e agir.

É preciso vê-la como sujeito singular, multifacetado, dinâmico e complexo que estabelece interações entre seus membros, a sociedade e os processos sociais que se realizam nos territórios em que vivem e trabalham (TRAD & BASTOS, 1998; SARACENO, 1990; OLIVEIRA & BASTOS, 2000).

“Assim, os membros de uma família compartilham uma casa, as famílias de um bairro compartilham as instituições organizacionais de seus bairros, os trabalhadores de uma empresa compartilham o espaço institucional da empresa e de suas organizações sindicais, etc. (...) Uma das formas mais importantes que adquire esta interação de populações em espaços institucionais é a ocupação de territórios e sua construção social. Por isso, as hierarquias organizacionais de caráter territorial constituem boa aproximação do estudo de populações. Ainda que, certamente, nem todos os fenômenos de saúde tenham uma arquitetura territorial” (CASTELLANOS, 1997:51).

Seguindo esse entendimento, modelos de atenção e programas centrados em família, para além das considerações singulares sobre esse sujeito social no que tange a sua composição e as relações que estabelece com as redes sociais no território, voltam-se também para os modos de viver dessas pessoas (estilos de vida, *habitus*), possibilitando o uso de uma abordagem sistêmica das condições de vida e da situação de saúde da população, reconhecendo os diferentes níveis de agregação dos determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença-cuidado – os proximais, os intermediários e os distais (TRAD & BASTOS, 1998; CASTELLANOS, 1997; OMS/SDSS, 2005; PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

### ***A) O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)***

Caracterizado inicialmente como uma estratégia do MS/ FUNASA para responder a uma demanda deficitária em APS e para assegurar, prioritariamente, assistência ao grupo materno-infantil, na região nordeste do Brasil, já em 1991 a idéia do PACS se configura como Programa em alguns estados<sup>47</sup>, priorizando as ações de informação e educação em saúde. *“A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)”* (VIANA & DAL POZ, 2005:230).

Na implantação do programa ficou estabelecido que o ACS devesse residir na comunidade onde trabalharia pelo menos por dois anos, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, preferencialmente ter o 1º grau, ter disponibilidade de 8 horas diárias para exercer seu trabalho e o mesmo deveria ser responsável, em média por 100 a 250 famílias (MS, 2005). Pela primeira vez tem-se um trabalhador (não graduado) responsável por um número de pessoas, sobre as quais deve centrar suas ações, seus conhecimentos e seus cuidados (promoção e proteção).

Posteriormente, com a entrada da cólera no país, o programa se estende em caráter emergencial aos estados da Região Norte e Nordeste onde os ACS assumem papel relevante no controle e prevenção da doença. Dessa forma, se constitui nos moldes de APS restrita, para cobrir um esforço focal sobre uma epidemia em regiões específicas do Brasil, trazendo em sua racionalidade técnico-operacional a centralidade do atendimento a famílias e a comunidade de territórios delimitados, do qual o ACS deveria ser oriundo e manter residência. (MS, 2005).

O PACS com o objetivo de melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, também estava incumbido de contribuir para a construção dos sistemas locais de saúde. A informação e a discussão sobre o programa com a população se constituíam uma das principais metas, que deveria ser atingida por meio da contínua sensibilização das comunidades permeando todas as etapas de implantação e implementação do programa (MS, 2005).

---

<sup>47</sup> Segundo Viana & Dal Poz (2005), nos Estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará já existia ACS, como Política Estadual, o MS apenas institucionalizou a experiência e a estendeu para país.

“O Programa também introduziu a visão ativa da intervenção em saúde, de não ‘esperar’ a demanda ‘chegar’ para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica” (VIANA & DAL POZ, 2005:230-231).

Ressalta-se que é o primeiro movimento vindo do gestor federal onde ‘o discurso’ destaca e explicita a importância da participação da população na formulação e implementação de um programa, abrindo a perspectiva para o fortalecimento de profissionais e usuários na produção social da saúde.

O destaque fundamental do PACS em abrangência nacional é que, mesmo caracterizado como uma ação vertical do MS apresentou condições inovadoras para sua implantação nos Estados e Municípios, as quais asseguravam, minimamente, coerência com seus propósitos e com os resultados esperados.

“(…) A escolha do agente (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc.) e as condições institucionais da gestão da saúde no nível local (grau de participação dos usuários; formação dos conselhos de saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível etc.)” (VIANA & DAL POZ, 2005:231).

No Ceará, onde a experiência se iniciou desde 1987, de acordo com SILVA & ROGRIGUES (2000) atribui-se a esse ‘trabalhador singular’ (ACS), a responsabilidade direta pela diminuição significativa<sup>48</sup> da mortalidade infantil durante o período 1991-1995, o que lhes rendeu um prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, no ano de 1993. Além do impacto mencionado, o programa introduziu novos conceitos para a assistência à saúde como adscrição de população, territorialidade, inclusão de ações no núcleo familiar, e participação comunitária dentre outros.

Por essas razões, alguns autores<sup>49</sup> mencionam o programa, como uma estratégia indireta que contribuiu para a implementação SUS, para a formulação de outros programas e para a organização dos sistemas municipais de saúde. Isso porque no momento de adesão dos municípios ao programa, solicitava-se o cumprimento de alguns requisitos:

---

<sup>48</sup> Segundo AGUIAR (1998:61) em entrevista com Eugênio Villaça Mendes essa redução foi em torno de 30% da mortalidade infantil no Estado do Ceará.

<sup>49</sup> Para melhor aprofundar o conhecimento sobre estas experiências ver VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). Reforma em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 165).

existência de conselho municipal de saúde, criação de uma unidade básica de referência para o programa, um profissional de nível superior disponível para realizar supervisão e dar retaguarda às ações de saúde e um fundo municipal de saúde para receber os recursos destinados ao programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde (NOGUEIRA et al, 2000; SILVA & RODRIGUES, 2000; VIANA & DAL POZ, 1998, 2005).

“(…) não foi apenas o fato de ter definido estratégias de implantação que fez do programa um instrumento de (re)organização do SUS, mas também o grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa (agentes e comunidade)” (VIANA E DAL POZ, 2005:232).

Dessa forma o PACS como uma experiência ‘que deu certo’ se consolida em 1994, como programa institucional, passando a fazer parte dos mecanismos de financiamento do SUS – pagamento por procedimentos regulado por tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). É inquestionável sua expressiva contribuição para a formulação do Programa Saúde da Família nos anos subseqüentes, onde os ACS são incorporados como parte da equipe, e para a abertura de espaços democráticos de participação da comunidade nos territórios de sua atuação.

Embora o PACS mencione a importância do trabalho do ACS em áreas e populações delimitadas - adscrição de clientela e territorialidade, nenhum desses aspectos é trabalhado como conteúdos geográficos, seja nos artigos de referência pesquisados, seja nos documentos oficiais, quando muito, servem para descrever e situar o trabalho desse profissional em um espaço-geometria, sem lhe atribuir os conteúdos que lhes dão sentido e significado (FERNANDES 1992; SILVA & DALMASO, 2002; FERRAZ & AERTS 2005; LIMA et al, 2007).

### ***B) O Programa de Saúde da Família (PSF)***

A partir da trajetória e das experiências anteriores, formula-se em 1993 o PSF nos mesmos moldes iniciais do PACS – introdução em pequenos municípios e APS de caráter restrito. Com algumas críticas iniciais, esta proposta teve o mérito e o avanço de ter sido dialogada com diferentes atores institucionais do SUS e fora dele (do MS, SES; secretários municipais de saúde; consultores internacionais e especialistas em APS), não

se restringindo às regiões norte e nordeste, mas agregando experiências isoladas e inovadoras experimentadas no sul e sudeste, com o ‘médico de família’. Destacam-se processo realizado pelo Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre; em Niterói e em São Paulo (AGUIAR, 1998; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2007).

“A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitou inquietações e críticas diversas. De um lado, a preocupação com a tentativa de ressurreição do médico de família, não só pelo conteúdo ideológico que conformava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas também pelo seu potencial anacronismo face à complexidade tecnológica da medicina moderna e às formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. De outro lado, a possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do PACS, expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, ampliava a suspeição contra o PSF” (PAIM, 2001:144).

TRAD & BASTOS (1998) mencionam que o PSF se diferencia do médico de família, principalmente, por introduzir mudanças radicais nas práticas e no processo de trabalho em saúde, a partir de ações extramuros, no território, desenvolvidas por vários profissionais com foco no domicílio, nas famílias e na comunidade. Também marca diferença por sua inserção no interior das políticas públicas de saúde e no contexto do SUS, abrangendo em suas ações conteúdos que integram o modelo à prática assistencial, processo de trabalho e formação de pessoas.

Dessa forma o PSF se institucionaliza de um lado calcado na experiência exitosa dos ACS, em especial na supervisão feita pelo enfermeiro no PACS do Ceará e, de outro no incipiente modelo do médico de família. A gestão do programa ficou a cargo do gestor federal (FUNASA) com um sistema de financiamento via convênio entre o MS, estados e os municípios. A concepção do programa consta do documento do MS (1994) - ‘Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa’ -, entendido como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, cuja implantação deve ocorrer, prioritariamente, em áreas de risco. Utiliza-se o ‘*Mapa da Fome*’ do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como balizador para a escolha dessas áreas (VIANA & DAL POZ, 2005).

“O mecanismo de financiamento desse período é o convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios (áreas citadas pelo *Mapa da Fome*), obedecendo aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo

da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal” (p.233).

Ressalta-se nesse primeiro momento de constituição do PSF a preocupação com a ausculta a população sobre ‘o desejo’ de instalação do programa, uma postura que se contrapõe a uma ação vertical e que, no entanto, traz uma abordagem nova para as práticas de saúde - voltada para pactuação e o comprometimento entre as partes com a melhoria da qualidade de vida e a situação de saúde das comunidades. Outra contradição é o mecanismo de convênio – burocrático e pouco flexível, não compatível com os propósitos da descentralização/municipalização e de ampliação da autonomia dos municípios na gestão local da saúde.

Junto com a constituição do PSF ocorre, simultaneamente, o processo de normatização do SUS, com as Normas Operacionais Básicas, as quais vão, sobretudo, oferecer elementos para efetivar a descentralização, por meio de mecanismos de financiamento de ações, de regulação e qualificação da gestão, que devem induzir mudanças no modelo de atenção vigente - centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, criando formas inovadoras de prestação de serviços; ampliar a participação e o controle social – via conselhos de saúde e possibilitar a responsabilidade compartilhada entre os três entes federados.

A principal característica da NOB-SUS/91 e sua substituta NOB-SUS/92 é a introdução de formas de financiamento, diferenciadas daquelas praticados com o SUDS – negociação e pactuação via Programação e Orçamentação Integradas (POI). O repasse ‘automático’ de recurso via convênio por serviços contratados, permite forte controle por parte da união e cria uma lógica equivocada de relacionamento entre os três entes federados, tirando dos estados sua função de coordenação/articulação do sistema nessa esfera de gestão – os municípios dialogam diretamente com o nível federal do SUS.

Esse desenho operacional é bastante criticado por alguns estudiosos, frente ao discurso contraditório da descentralização versus centralização. Mesmo com toda crítica, houve uma grande adesão dos municípios aos convênios, tendo como lado positivo maior compromisso da gestão municipal com o SUS e a descentralização (LEVCOVITZ et al, 2001; TEIXEIRA, 2002; VIANA & DAL POZ, 2005; GIL, 2006).

Nesse cenário a NOB-SUS/93 surge para *‘disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde (p.2)’*. Fundamenta-se na lei orgânica nº 8.080/90 e no documento *‘Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei’*. Seu texto é claro quanto a descentralização/municipalização, explicitando como deve ser o entendimento e a implementação desse processo:

“Implica em redistribuição de poder; redefinição de papéis entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social. Envolve dimensões políticas, sociais e culturais e pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que decidem. Requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como participação e controle social. O financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhado pelas três esferas de governo e com responsabilidade sanitária. Deve haver um período de transição, as medidas de caráter inovador devem ser instituídas nos estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção - gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população. A regionalização deve ser entendida, como uma articulação e mobilização municipal considerando as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços, e vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (MS/GM, 1993:1-2).

Apesar do conjunto de medidas e inovações propostas por esta norma, seu grande avanço foi efetivar a transferência de recursos ‘fundo a fundo’ em municípios em condições de gestão semiplena, o que lhes assegurava, pelo menos de início, maior autonomia no uso dos recursos. Outro grande ganho para a descentralização/municipalização foi à criação das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) como mecanismo de controle transitório sobre a distribuição e uso dos recursos, as quais imprimiram um ritmo de compartilhamento das decisões entre estado e os municípios, sem, no entanto definir qual o papel da instância estadual na nova configuração do sistema (BODSTEIN, 2002).

O PSF mais à frente foi um instrumento de pressão para o cumprimento das exigências de habilitação dos municípios proposta pela NOB-SUS/93, determinando o seu ritmo de implantação em 1994, dado que portarias da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) instruíam que só seriam cadastrados no SIA-SUS, como unidades do PSF, ambulatórios localizados em municípios enquadrados em uma das modalidades previstas por essa norma: incipiente, parcial e semiplena, como passos intermediários no processo de



descentralização, no qual a categoria semiplena corresponde à gestão autônoma dos recursos de saúde no nível municipal (VIANA & DAL POZ, 2005:261).

Com a transferência da gestão do programa para a SAS em 1995, rompe-se com a idéia de programa vertical conveniado, iniciando uma nova fase, tanto em relação ao seu financiamento – pagamento por procedimento via SIA/SUS, diferenciado em relação a outros procedimentos do SUS e aparentemente mais flexível e menos burocrático -, quanto aos seus propósitos - passa a ser colocado na arena política e no contexto das práticas de saúde como um instrumento estruturante de reorganização do processo de trabalho do SUS e de mudança de modelo de atenção. Nesse momento ocorre uma maior integração com o PACS, apontando uma fusão entre os dois, dado que os ACS também compõem as equipes do PSF.

O MS através de medidas indutoras cria mecanismos de Expansão e Consolidação da ESF, dentre estes institui o Programa de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF) negociado em 2002, com recurso do Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimentos (BIRD), com igual contrapartida do governo federal brasileiro, e vigência de sete anos a partir de 2003. O principal foco deste programa é buscar a conversão do modelo em municípios com mais de 100 mil habitantes e a adoção de metodologias de acompanhamento e avaliação, que permite uma avaliação crítica da realidade onde a ESF está implantada (HEIMANN&MENDONÇA, 2005)

“A expansão e a qualificação da Atenção Básica (...) pela estratégia Saúde da Família, (...) parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo CNS. (...) a concepção supera a antiga (...) exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (...). A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (...)” (DAB/MS, 2007).

A equipe básica da ESF é reafirmada sendo composta por seis agentes comunitários de saúde, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista e um técnico de higiene bucal, que devem cobrir todas as necessidades de saúde das famílias adscritas aos territórios sob sua responsabilidade sendo a territorialização a ferramenta

metodológica que possibilita aos profissionais reconhecer as condições de vida e a situação de saúde da população em territórios.

Os recortes territoriais seguem critérios populacionais, tais como: a área de abrangência - vinculada a uma unidade de saúde; a área de atuação refere-se a um quantitativo de família; a área é de responsabilidade de uma equipe de saúde, constituindo-se por várias micro-áreas e população em torno de 600 a 1000 famílias (máximo de 4500 pessoas); a micro-área compreende um conjunto de famílias com tamanhos entre 440 a 750 pessoas, constituindo-se na unidade operacional do ACS. Essas delimitações espaciais podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, seja em áreas urbanas ou em localidades periféricas, incluindo populações dispersas em áreas rurais (BRASIL, 2000; BARCELLOS & PEREIRA, 2005).

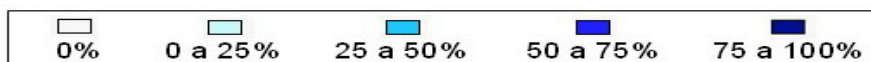
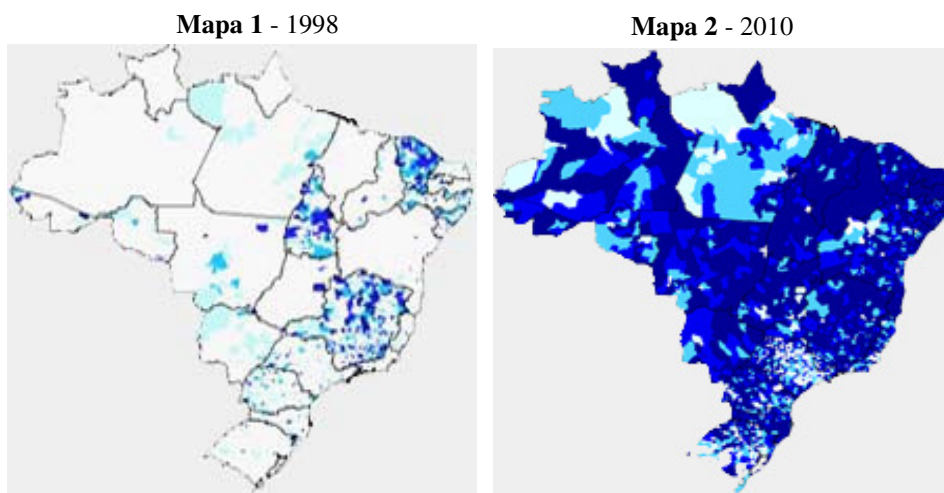
Percebe-se, no entanto que os desenhos operacionais (territoriais?) da ESF são imprecisos na definição dos limites espaço-populacional, onde se constata, por um lado, pessoas moradoras de área adscrita e não cadastradas na unidade e, de outro, pessoas cadastradas, porém residentes fora da área adscrita. Embora pouco definidos em suas delimitações, esses territórios da ESF são importantes fontes primárias para as análises epidemiológicas, e, potencialmente, têm a vantagem de possibilitar a captura de dados ambientais, demográficos, de saúde e de condições de vida (FIOCRUZ/PROESF, 2006).

Os Estudos Linha Base do PROESF no período 2003 -2005 apontam avanços da ESF na melhoria da situação de saúde de populações, no entanto, indica alguns desafios para a consolidação da ESF como concepção de APS abrangente: a diversidade dos contextos municipais exige arranjos operacionais diferenciados; a composição e concepção atuais de família necessitam de aportes teóricos e práticos singulares para humanização do cuidado; a equipe requer formação permanente, e o médico em particular, generalista, para efetividade da atenção e garantia da integralidade das ações sob a coordenação da ESF, com vistas a assegurar o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos (MS, 2006).

É indiscutível a abrangência que a ESF assume no Brasil após sua definição como estratégia estruturante da ABS. Nos mapas 1 e 2 produzidos pelo Departamento de Atenção Básica do MS (2010), observa-se a velocidade de implantação das equipes nos municípios em 12 anos. Em alguns estados/municípios a implantação tem sido mais

lenta, principalmente em função de algumas variáveis políticas, geográficas, populacionais e étnicas. Por exemplo, a região norte tem grande dispersão de população em uma ampla extensão territorial; a hidrografia determina o acesso a lugares remotos dificultando a implantação de equipes e a acessibilidade da população aos serviços; as diferentes etnias indígenas e suas culturas que precisam ser trabalhadas a priori.

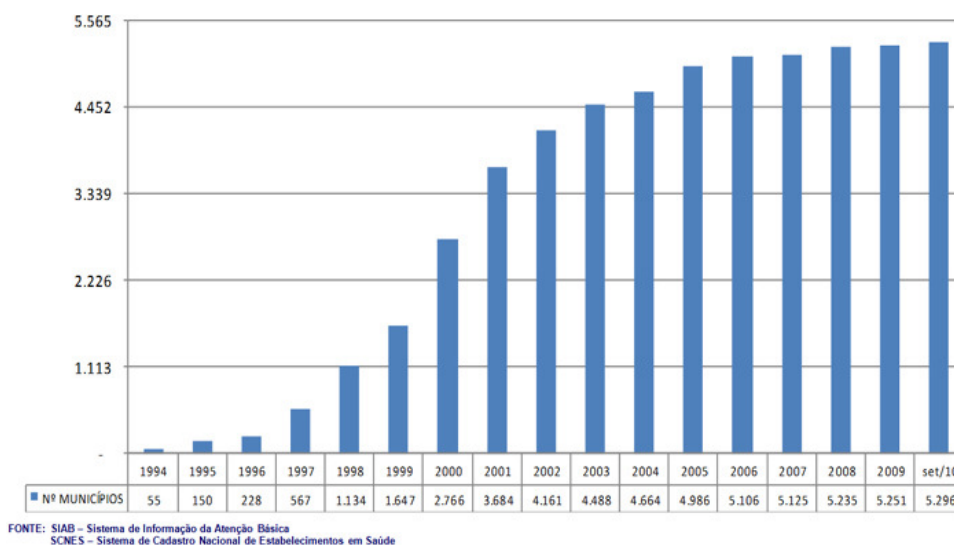
**Evolução da Implantação das equipes Saúde da Família  
BRASIL - 1998 - SETEMBRO/2010**



A implantação do programa nos os centros urbanos, com mais de 500 mil habitantes, foi mais lenta e apresentou algumas dificuldades: a grande concentração e diversidade de população, a ocupação urbana dificulta a implantação de equipes autônomas – às vezes são 'inquilinas' das unidades básicas, sem condições adequadas para sua operacionalização; o elevado grau de exclusão social aos serviços de saúde, agravos característicos das grandes cidades e a oferta de serviços em uma rede consolidada, mas mal distribuída e desarticulada (GIOVANELLA & MENDONÇA s/d).

No Gráfico 1 observa-se a evolução do número de município com equipes implantadas, com uma aumento acelerado após 1998. Esse fato não significa que toda a população destes municípios encontra-se coberta por ações da ABS. No entanto, não deixa de ser relevante a existência de equipe(s) da ESF em quase a totalidade dos municípios brasileiros.

**Gráfico 1 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – SETEMBRO/2010**



Diante das constatações apresentadas pelos estudos Linha Base do PROESF, algumas indicações foram apontadas, dentre estas a necessidade de se criar outros arranjos e composição de equipe para implantação nesses territórios, levando em consideração as condições locais – de vida e saúde, que vão requerer menos ‘normatividade’ e mais criatividade em um processo permanente de pactuação (MS/FIOCRUZ, 2005).

Embora a ESF seja notadamente um sucesso de cobertura nacional, ainda se tem uma série de problemas a serem superados. Alguns autores afirmam que qualquer política social que inclua famílias como objeto e sujeito de suas ações terá, necessariamente, que romper com posturas clientelistas, assistencialistas e tutelares para superar as desigualdades sociais e criar estratégias inclusivas sob a responsabilidade do Estado.

A intersetorialidade é outro entrave apresentado, por se entender que articular saúde a outras políticas sociais é fundamental para a cidadania, porém, não bastam médicos, remédios, hospitais, centros de saúde, é preciso agregar outros valores as políticas sociais do Estado, em especial àquelas para as populações excluídas, onde questões setoriais tornam-se problemas das famílias porque de baixa qualidade e pouco efetivas (VASCONCELOS, 1999; CARVALHO, 2000).

Nessa perspectiva, para se construir a viabilidade social das propostas de mudança faz-se necessário incluir parcelas da sociedade civil nos processos decisórios e efetuar transformações de cunho político, mas também, subjetivas, que incidam nos

comportamentos e práticas. Efetuar a integração/interação entre os sujeitos da mudança (equipe de saúde, famílias e comunidade) é fundamental para o desenho de um novo modelo de atenção à saúde, pautado na solidariedade, no respeito do outro, no aprendizado mútuo e no compartilhamento de práticas, afetos e significados para produzir saúde e bem-estar (TRAD & BASTOS, 1998; CARVALHO, 2000).

Da mesma forma, ressalta-se que a ausência de análise do potencial explicativo que o território pode evidenciar sobre os problemas e as necessidades de saúde de uma população, empobrece o diagnóstico e as intervenções no nível local ao excluir os sujeitos sociais que habitam e vivem nesses lugares específicos. É preciso acionar as dimensões do território para consecução de novos rumos para as práticas locais de saúde (APS/AB/ESF), entendê-lo como espaço de produção e reprodução social, considerar que as condições de vida e o impacto das ações de saúde sobre as populações situadas geograficamente definem as suas condições de saúde (OPS, 1992; MISOCZKY & BECH, 2002).

Daí a importância e a urgência, no campo da saúde, de se tomar o território como categoria e campo explicativo/ analítico, em função das inúmeras possibilidades teóricas e práticas que oferece para revelar os problemas sanitários existentes, decorrentes da produção/apropriação do território pelos diversos atores sociais - do Estado e da sociedade, diante dos inúmeros obstáculos ainda a serem vencidos pelo SUS.

### ***3.1.3. A Atenção Básica à Saúde***

Com a conferência de Alma-Alma em 1978 a ABS como sinônimo de APS vem sendo enfocada como um dos eixos de sustentação da organização dos sistemas de saúde em todo mundo. Idealizada como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde vem sendo pensada, desde sempre, como um conjunto de ações indispensáveis para resolver grande parte dos problemas de saúde de populações circunscritas em espaços específicos.

Significa, uma combinação de ações, não só as destinadas a doenças e doentes, mas aquelas voltadas para a promoção da saúde e a proteção de riscos e agravos, bem como as que fortalecem as comunidades e permitem aos profissionais de saúde conhecer a população sobre seus cuidados e responsabilidade - como vivem, trabalham, adoecem e

morrem, construindo vínculo e particularizando as intervenções junto aos indivíduos, os grupos sociais e as famílias (HAIMANN & MENDONÇA, 2005).

No Brasil a ABS vem se estruturando no interior do movimento de descentralização/municipalização das ações e dos serviços de saúde, posta como atribuição da gestão municipal, desde as ações integradas de saúde (AIS). Embora incorpore elementos conceituais e teóricos da APS, se diferencia da mesma por não se constituir em ação focal restritiva, conformada por um cardápio básico de serviços a serem ofertados a populações em situação de grande vulnerabilidade. Ao contrário, constitui-se a partir das críticas aos modelos iniciais do PACS e do PSF, e se expande como possibilidade de mudança no modelo assistencial vigente, assegurando o acesso às ações e serviços de saúde mais adequados e de qualidade para população brasileira.

Como visto em capítulo anterior a NOB-SUS (1996:2) cujo tema é ‘Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão’ efetua mudanças significativas na organização da atenção quando coloca o município como *“responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”* e na relação/comunicação com a população criando *“vínculo dos serviços com os seus usuários”*. Estabelece níveis de atenção no intuito de transformar o modelo de atenção:

1. À assistência como *“atividades dirigidas às pessoas, individual e coletivamente onde se desenvolvem as ações “no âmbito ambulatorial e hospitalar e em outros espaços especialmente o domicílio”*;
2. Às intervenções ambientais relacionadas *“as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental”* e,
3. Às políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, *“relativas às políticas macroeconômicas ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos”*.

Define também as condições de gestão dos municípios – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal -, e explicita o que denomina por Atenção Básica - primeiro nível de atenção-, calcada na concepção ampliada de saúde e na integralidade das ações.

O PSF (integrado com o PACS) torna-se a estratégia fundamental para a reorganização dos serviços de saúde e elemento permanente de consolidação do SUS, sendo estimulado por financiamento específico agregado ao Piso da Atenção Básica (PAB), a partir da população coberta pelo programa<sup>50</sup>. Assim a NOB-96, aprofunda o caráter inovador do PSF e explicita uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios, pólos, secretarias estaduais e o nível central do MS (VIANA & DAL POZ, 2005:241).

“A partir de 1998, ano em que a NOB/96 efetivamente entra em vigor, há uma alavancagem importante no ritmo e no alcance do processo descentralizador (...) no final do ano de 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros encontravam-se enquadrados em alguma das duas modalidades de gestão definidas pelo MS, sendo que deste total 89,5% (4.928 municípios) estavam habilitados na condição Plena da Atenção Básica” (LEVCOVITZ et al, 2001).

Com a expansão da ESF a partir de 1998, se publica o Manual para Organização da Atenção Básica (1999) no qual consta uma definição de AB para a organização nos sistemas de saúde e amplia sua responsabilidade, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios. Também estão contempladas as estratégias de operacionalização e a gerência do Piso da Atenção Básica. A gestão da AB é delegada aos municípios por meio dos mecanismos explicitados na NOB-SUS/96.

O Manual conceitua a ABS como *“um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”* (MS/SAS, 1999:9), e ressalta a necessidade de ampliá-la para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Ao mesmo tempo em que se consolida a ABS via descentralização e implantação da ESF, expandem-se à rede de serviços municipais de saúde, impulsionada pelos mecanismos de transferência de recursos da NOB/96. Esse avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde.

---

<sup>50</sup> Estão assim definidos os incentivos ao PSF: de 3% para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município; 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município, e 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município (MS/GM, 1996:15)

“Os grandes avanços no âmbito da descentralização político-administrativa, com fortalecimento dos gestores locais e as mudanças na organização da atenção básica induzidas pela NOB SUS 01/96, evidenciam a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população” (SOUZA, 2001:453).

Embora se indiquem os bons resultados advindos dessa Norma no que tange a ampliação da descentralização e a habilitação dos municípios, há uma contradição na alocação dos recursos, pagos por procedimentos, fundo a fundo (PAB fixo e variável). A separação do montante referente à ABS, a média e alta complexidade reforça o caráter centralizador na definição da política de saúde pela esfera federal. A despeito da importância dada ao aumento no repasse de recursos, há um descompasso na correspondência de autonomia aos municípios na determinação dos rumos da política - tornam-se menos efetivos na execução das ações e mais dependentes de recurso federais, ficando a descentralização e a participação da comunidade subsumidas no discurso da ‘eficiência’ dos gastos em saúde (MARQUES & MENDES, 2003:405)

Na continuidade do processo de indução federal a organização do sistema de saúde nas esferas subnacionais, edita-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-01/2001), com a intenção de complementar as ações da ABS com a média e a alta complexidade, e de ordenar o processo descentralização via regionalização. Seu objetivo geral é *“promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”* (MS, 2001). Para atingir este objetivo propõe um processo de regionalização como uma macroestratégia de reorganização assistencial.

TREVISAN & JUNQUEIRA (2007:896) fazem uma crítica bastante pertinente sobre a indução federal, realizada por meio das normas ao processo de descentralização: *“o sistema é operado por NOBs ‘federais’, o conceito de descentralização cai em uma espécie de ‘vácuo decisório’ plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato ‘de Brasília’.*

A regionalização, embora não sendo atribuição da ABS, se coloca na perspectiva de viabilizar o planejamento integrado, conformando sistemas funcionais de saúde traduzidos em redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios



delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, maximizando os recursos disponíveis (MS, 2001:15)

Propõe três estratégias articuladas para atingir os objetivos desenhados: a elaboração de um plano diretor de regionalização (PDR) e a definição da organização regionalizada da assistência; fortalecimento da capacidade gestora dos SUS, e atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios as normativas anteriores, em especial a NOB/96. A elaboração do PDR é um dos pontos mais importantes propostos na NOAS/01/01, que deve ser elaborado sob a coordenação do gestor estadual (SOUZA, 2001; SOUZA, 2000).

O PDR ainda não se constitui como uma realidade na gestão da saúde via articulação estado/municipal como indica o artigo 198<sup>51</sup> da Constituição Federal quanto à hierarquização e regionalização. Os planos ainda não estão bem incorporados a essas duas esferas de gestão do SUS. Ademais, em algumas situações é interpretado como um retorno a centralização dado pela designação dos estados no comando da regionalização e a ‘(des)concentração’ dos recursos financeiros via Brasília, configurando uma nítida disputa de poder e de forças entre os atores sociais implicados.

“A descentralização da gestão de saúde sofreu, (...) uma solução de continuidade com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. (...) A autonomia municipal na gestão de saúde, obviamente, acaba reduzida com essa forma de regionalização. Quando a ela se soma a centralização real do orçamento autorizativo da União, a autonomia do município na gestão de saúde se reduz a uma frase eloqüente em que a retórica passa a ocupar quase todo o espaço da realidade” (TERVISAN & JUNQUEIRA, 2007:899).

Sob o clima de insatisfação criado pela NOAS/01/2001, há a necessidade de se estabelecer um ‘Pacto pela Saúde’, que garanta maior equivalência na distribuição de poder com maior coesão entre os atores envolvidos. As Diretrizes do Pacto Pela Saúde (2006) trás elementos importantes para o processo de pactuação no SUS definidos em três dimensões - Pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto, dentre outras coisas, permite identificar situações particulares e estratégicas para os gestores do

---

<sup>51</sup> (...) as ações e serviços de saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

sistema, para os trabalhadores da saúde e, principalmente, para o usuário da rede. Seu aspecto mais relevante é a possibilidade de identificar critérios de necessidades para o bom funcionamento do sistema.

Simultaneamente ao Pacto, define-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incorporando os atributos da APS de forma abrangente – porta de entrada do SUS e ponto de estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1994, 1997). Dentre os critérios estabelecidos para a operacionalização da política, é dada ênfase a definição de recortes territoriais - incorporando todas as nomenclaturas proposta pelas NOB/01/1996, a NOAS/01/2001, ao reconhecimento da população por meio de diagnósticos de condições de vida e situação de saúde, e a identificação dos determinantes sociais que definem os problemas e necessidade de saúde.

Essas exigências se constituem em ferramentas fundamentais para o reconhecimento dos conteúdos do território como condições contextuais que podem fortalecer o sistema, a rede de atenção, os trabalhadores da saúde e a população usuária dos serviços. O desenho da rede deve seguir os indicativos dos recortes espaciais propostos, nos quais ‘o território’ enquanto espaço estratégico das práticas de saúde é reiterado, sistematicamente, no discurso em todas as enunciações que aludem à organização da atenção (MS, 2006):

Primeiro conjunto de sentidos:

“Territórios bem delimitados; território adscrito; no âmbito do seu território; respectivo território; território estadual; território nacional; definição precisa do território; na região; território do município; dentro do território”.

Segundo conjunto de sentidos:

“Características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; território e população pelo qual tem responsabilidade sanitária; território de atuação; território onde a equipe ESF atua; mapeamento e reconhecimento da área adstrita; território a ser coberto, com estimativa da população residente; mapeamento das áreas e micro-áreas; território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada; problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território; considerando a dinamicidade existente no território; trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios”.

Constata-se a ‘força do território’ nos enunciados do gestor federal, mesmo que a polifonia seja a marca do discurso. Cada um dos sentidos identificados corresponde a um significado e a uma escala que denotam ‘o uso’ do território na saúde. São discursos que revelam os diversos conteúdos do território: a) jurídico-político - adscrição, como espaço de poder, jurisdição e limites; b) cultural – espaço de identidade, seu território, como pertencimento; c) econômico - a região, como características econômicas, políticas, etc.; d) sanitário – as características epidemiológicas, como espaço de produção de saúde-doença, e, e) sociológico – recursos, dinamicidade do território, relações, determinações sociais da saúde.

Embora o discurso seja enfático sobre as razões do uso do território na saúde, sua operacionalização se ‘esfumaça’ e nos faz lembrar a metáfora Marxiana de que *“tudo que é sólido desmancha no ar”*<sup>52</sup>:

- Por um lado, dada as constantes novas/velhas propostas que surgem na gestão do sistema – as Redes de Atenção – hierárquicas ou poliárquicas; os Teias (Territórios Integrados de Atenção à Saúde); os NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família); as UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento à Saúde); a Clínica Ampliada; os DS (Distritos Sanitários), dentre outros, sem que se explicitem seus pressupostos, sua inserção nas políticas consolidadas pelo SUS e os ajuste aos contextos onde são implantadas, para não haver solução de continuidade na oferta de atenção à população.
- Por outro, em função da (ir)racionalidade técnico-administrativa das unidades operativas do sistema - a lentidão burocrática, a baixa sustentabilidade financeira -, a pouca comunicação entre os elementos da rede de atenção, e a prática social não inclusiva pela ausência ou pouca participação da população na definição da política local e dos correspondentes recortes territoriais.

---

<sup>52</sup> Marx e Engels, referindo-se à burguesia no Manifesto Comunista de 1848, afirmam: “dissolvem-se todas as relações sociais, antigas e cristalizadas (...) as relações que as substituem tornam-se antiquadas antes de se ossificar (...). Tudo que era sólido e estável se esfumaça, tudo o que era sagrado é profanado, e os homens são obrigados, finalmente, a encarar suas condições de existência e suas relações recíprocas. (...)”. Berman, M. toma como metáfora a máxima do Manifesto, em seu livro “Tudo que é Sólido Desmancha no Ar – a aventura da modernidade” (1986), para falar da modernidade/pós-modernidade, da velocidade e da fluidez da vida contemporânea, o que parece influenciar fortemente o setor saúde e as políticas de saúde.

Nesse sentido, observa-se nos processos instituintes do SUS a fragilidade operacional da política diante das sucessivas e abruptas mudanças do Estado na arte de governar:

- a fluidez das normas que aparecem e desaparecem no transitório dos discursos e são de difícil implementação;
- a ausência de mecanismos dialógicos junto aos territórios-população - para além dos conselhos e comissões, de modo a incluir atores sociais historicamente excluídos dos processos decisórios;
- a pouca autonomia da gestão municipal – ampliar seu protagonismo na pactuação/formulação da política local, em um processo democrático ascendente que potencialize a ação política a partir do conflito e da contradição, na perspectiva da produção social da saúde e da consolidação do SUS.