

Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil

Kathleen Elane Leal Vasconcelos¹
Valdilene Pereira Viana Schmallier²

Resumo: *O objetivo deste trabalho é discutir o significado que a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume na política sanitária brasileira. Para tanto, com base em documentos e no debate internacional, enfoca a Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto política de reorganização do modelo de atenção à saúde nos últimos anos. Tendo como referência o significado assistencial que a ESF vem assumindo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se problematizar as distorções no campo da ampliação do acesso universal e integral aos serviços sanitários desde o seu processo de implementação, sendo realizada uma análise do discurso político do Ministério da Saúde sobre a Estratégia e as críticas realizadas à mesma por alguns autores que discutem o projeto contra-hegemônico na saúde.*

Palavras-chave: *política de saúde; atenção primária à saúde; estratégia Saúde da Família.*

¹ Assistente Social, mestre em Sociologia, Doutoranda em Serviço Social pela UFPE. Docente do Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba. Endereço Profissional: Centro de Ciências Sociais Aplicadas / CCSA - Departamento de Serviço Social. Rua Antônio Guedes de Andrade, 114, Catolé. Campina Grande/PB. E-mail: kathyleal@yahoo.com.br

² Assistente Social, mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela UFPE. Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Endereço Profissional: Centro de Ciências Sociais Aplicadas / CCSA - Departamento de Serviço Social, Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife – PE. E-mail: valdileneviana@uol.com.br

Introdução

No último decênio, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem assumindo grande destaque no cenário sanitário brasileiro: de experiências pontuais em alguns municípios, o Programa Saúde da Família (PSF) é atualmente tomado como *estratégia*, sendo sua expansão e qualificação assumidas como parte do conjunto de prioridades do Ministério da Saúde (Brasil, 2007).

Percebemos, dessa maneira, o papel de relevo que a *atenção básica* vem ganhando nas discussões e políticas do setor. Nesse cenário, o objetivo de nosso artigo é sumariar esse debate em nível nacional, analisando o significado que a citada Estratégia tem adquirido no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto de fortes embates entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de contra-reforma do setor saúde brasileiro.

Atenção Primária à Saúde: raízes históricas

A priori, é importante sinalizar que, embora apareça no contexto nacional, a partir de meados dos anos 1990, como uma novidade, o processo acima referido é parte de um fenômeno internacional que se tingiu de cores mais fortes na década de 1970: as discussões em torno da Atenção Primária à Saúde (APS)³.

Para situarmos sua gênese, cumpre situar que a APS emerge como uma crítica à racionalidade, hegemônica na organização da maioria dos sistemas de saúde em nível mundial, que surgiu desde o alvorecer do século XX e se edificou de maneira mais sólida a partir de meados dos anos 1950: o modelo médico assistencial privatista. Atrelado aos interesses da

³ É curioso observar que o governo federal adota o termo “atenção básica” à saúde (AB), evitando aquela terminologia por considerar que está associada à concepção seletiva de APS (Heimann; Mendonça, 2005), como veremos adiante.

reprodução do capital no campo sanitário, este modelo se traduz em incentivos à expansão dos serviços privados de saúde e à indústria de medicamentos, insumos e equipamentos hospitalares. Seu referencial está sistematizado num documento elaborado nos EUA, o Relatório Flexner⁴, de 1910. Propunha como foco da formação e dos serviços de saúde a doença e o indivíduo, tendo como figura central o médico e como unidade organizacional principal o hospital (Mendes, 1996). De acordo com Paim (1999), em tal modelo não há uma preocupação com a integralidade da atenção, nem o compromisso com o impacto dos serviços sobre o nível de saúde da população⁵.

Em síntese, o modelo assistencial privatista (tendo o sanitarista como auxiliar) cinde a saúde entre a cura e a prevenção, colocando o hospital como espaço por excelência da assistência sanitária e reduzindo as unidades de saúde pública ao campo da prevenção. Seu foco prioritário, portanto, são as redes de atenção secundárias e terciárias; a atenção primária à saúde, nesse contexto, não teria muita relevância.

Diante dos limites e fragilidades de tal modelo no que se refere aos impactos na saúde da população, variadas críticas lhes têm sido direcionadas em nível mundial. Já na década de 1920, foi construído um documento que com ele se confrontou

⁴ Segundo Mendes (1996), as características de tal paradigma são as seguintes: a) a ênfase no individualismo; b) o biologismo; c) a especialização médica; d) a ênfase na tecnificação do ato médico; e) o curativismo.

⁵ Por esse modelo assistencial ser incapaz de alterar os níveis de saúde da população, os serviços públicos vêm adotando, de maneira complementar e subordinada, o modelo “sanitarista”. Conforme aponta Paim (1999), este corresponde à saúde pública tradicional e enfrenta os problemas de saúde da população através de campanhas (vacinação, combate às endemias, etc), programas especiais (saúde da criança, saúde da mulher, ações de controle da tuberculose e hanseníase, entre outros) e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Sua atenção se concentra no controle de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e tem como objeto os fatores de risco e de transmissão: é quase um trabalho de bombeiro do tipo “apagar incêndio”, para usar a expressão do autor em tela.

diretamente: o Relatório Dawson⁶. Conforme Giovanella e Mendonça (2008), este propunha uma rede de serviços organizada, regionalizada e hierarquizada, com prestação de serviços de atenção primária à saúde por equipes de médicos e pessoal auxiliar, com cobertura para toda a população, em unidades de saúde que estivessem próximas da moradia das pessoas: o Centro de saúde. Este era considerado “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob a condução dos médicos generalistas (...) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas” (Roemer, 1985, apud Giovanella; Mendonça, 2008, p.588).

Tais propostas, entretanto, não foram imediatamente concretizadas nem mesmo na própria Inglaterra, em virtude das pressões das corporações médicas (Novaes, 1990). Porém, a partir dos anos 1950, subsidiaram iniciativas de reorganização dos sistemas de saúde, especialmente no âmbito dos países que adotaram Estados de Bem-Estar Social.

É importante mencionar que, entre as décadas de 1930 e 1940, emerge, nos EUA, o movimento de medicina preventiva que, partindo da história natural das doenças e tendo como disciplinas básicas para a intervenção a epidemiologia e a clínica, propunha uma série de medidas preventivas que ampliariam uma lacuna da prática médica: a atitude preventiva e social (Paim, 2006). “Apontava para a possibilidade de redefinição das responsabilidades médicas através de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal” (Arouca, 2003, apud Paim, 2008, p.549). Essa proposta, no entanto, teve influência bastante limitada, por se restringir, de maneira geral, a experiências isoladas desenvolvidas por centros de saúde “escola”, ligadas aos departamentos de medicina preventiva das universidades, sem

⁶ Sistematizado por Bertrand Dawson, do Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde da Inglaterra, com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde no país (Novaes, Op.Cit).

interlocução com as organizações de saúde estabelecidas, configurando-se em atividades paralelas aos serviços oficiais de saúde.

Nos anos 1960, diante dos altos custos dos serviços médicos, tidos como dificultadores do acesso por parte de amplas parcelas da população (Merhy; Franco, 2007), adentram no cenário sanitário outras propostas de modelos assistenciais. É assim que se delinea um movimento baseado no preventivismo: a medicina comunitária. Como mostram os autores em foco, este movimento foi planejado como parte de uma estratégia de “guerra à pobreza”, nos EUA, por agências governamentais e acadêmicas, no cenário da Guerra Fria. Pautava-se na ideia funcionalista de “integração” dos “marginalizados”. Nesse sentido, “tratava-se de uma tentativa de operacionalização da filosofia da medicina preventiva, acrescentado-se outras ideias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização” (Paim, op.cit, p.550). Merhy e Franco (op.cit) assinalam que, mesmo incorporando novas práticas preventivas na atenção à saúde, estando voltada para a comunidade e defendendo a necessidade de trabalho multiprofissional, o processo de trabalho seguia médico-centrado e a medicina comunitária aparecia mais como uma prática complementar à lógica flexneriana: por ampliar a assistência médica a amplas camadas anteriormente excluídas, “acaba por favorecer ‘a acumulação de capital na indústria da saúde, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de ‘produtos médicos’” (Id ibidem, p.75).

Conforme Viana e Fausto (2005), a medicina comunitária instrumentalizou e fundamentou a APS através de programas docentes-assistenciais, que tiveram sua institucionalização na década de 1970. Paim (op.cit) indica que a efetivação desse movimento se configurou de duas maneiras: de uma maneira focal em alguns países, quando se reduzia a atividades experimentais, vinculadas a Centros de Saúde-Escola; e de um modo expansionista, quando se apresentava como programas de extensão de cobertura.

No decênio em tela, num contexto de forte crise estrutural do capitalismo, as críticas ao modelo médico assistencial privatista se adensam: as políticas de saúde universais desenvolvidas pelos Estados de Bem-Estar Social são criticadas, diante dos crescentes custos com saúde, advindos da consolidação do modelo hegemônico. O ideário neoliberal paulatinamente se expande, sendo abraçado por governos de vários países a partir da década seguinte.

Essa conjuntura é balizada também pelas mobilizações de diversos movimentos sociais que, desde os anos 1960, travavam embates por direitos sociais, lutas pela libertação das colônias africanas e pela redemocratização dos países da América Latina. No campo da saúde, no bojo das críticas ao modelo sanitário predominante, defendia-se, segundo Giovanella e Mendonça (2008), a construção de modelos de atenção à saúde diferentes da proposta estadunidense hegemônica, que levasse em consideração as realidades nacionais. Punha-se em questão a especialização progressiva e o elitismo médico, forjando-se propostas de articulação de práticas populares e de democratização do conhecimento médico (Id *ibidem*).

Nesse cenário, em meio às reivindicações por mudanças no modelo sanitário, de um lado; e às recomendações neoliberais de corte nos gastos de públicos e de enxugamento do Estado no que tange às políticas sociais, de outro, emerge com forte tonalidade as proposições em torno da APS.

Em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a meta Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000). Dois anos após, organiza a Conferência Internacional de Alma-Ata, cuja declaração final é marco fundamental para a discussão sobre a APS (a qual passa a ser considerada uma estratégia para se alcançar SPT 2000), bem como sobre promoção da saúde.

Na Conferência é feita uma proclamação para a ação dos governos, profissionais de saúde e de desenvolvimento e a comunidade mundial no sentido de proteger e promover a saúde de todos os povos (OMS, 1978). De acordo com o documento, a saúde é vista como direito humano fundamental, devendo ser

assegurada através da adoção, por parte dos governantes, de medidas sanitárias e sociais adequadas. A grave desigualdade existente no estado de saúde da população, especialmente nos países “subdesenvolvidos” é vista como inaceitável e “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para um desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (Id ibidem, p.3).

Na Conferência, sistematiza-se uma definição de APS, que passa a ser amplamente utilizada:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a um coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con um espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social e económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, idem, p.4).

Na visão de Giovanella e Mendonça (2008), a Conferência de Alma-Ata se coloca como um marco das críticas ao modelo médico hegemônico. As autoras em foco mostram sua Declaração foi contundentemente criticada por várias agências internacionais, por ser analisada como muito abrangente e pouco propositiva. Suas denúncias às desigualdades sociais, as críticas aos gastos dos países com armamentos e conflitos militares (em lugar de serem aplicados no desenvolvimento de políticas

sociais), bem como seu chamado a uma nova ordem econômica e mundial internacional (OMS, 1978), que nem remotamente poderiam ser vistos como radicais, foram de encontro ao nascente neoliberalismo.

Como resultado de tais críticas, segundo Fausto e Viana (2005), em 1979 foi organizada, pela Fundação Rockefeller, a Conferência de Bellagio, na Itália, na qual se defendia que, enquanto não era possível garantir APS integral, dever-se-ia adotar uma noção seletiva, através de pacotes de intervenções de baixo custo para combater as principais morbidades dos países pobres (Giovannella, Mendonça, op.cit).

Não fazendo distinções entre a concepção elaborada em 1978 e as divulgadas após a Conferência de Bellagio, Merhy e Franco (2007, p. 78) afirmam que “Alma-Ata revive as propostas da Medicina Comunitária, em novas bases e de forma mais bem acabada”. Dessa forma, partiria de uma lógica racionalizadora, buscando responder aos investimentos necessários à assistência com o menor custo possível: como os Estados não teriam mais recursos suficientes para uma atenção universal, deveriam adotar uma proposta minimamente eficiente, de baixo custo, inserindo amplas camadas da população nas ações básicas de saúde (Id ibidem). Segundo esses críticos, o referencial de Alma-Ata propõe a organização de um modelo de serviços de saúde, com base na correspondência linear e sequencial entre as ações de saúde e a História Natural das doenças, com uma estruturação da ação mais simples a mais complexa (a questão dos níveis de complexidade da atenção). Desse modo, de acordo com os autores em foco, a APS se inscreve no ideário preventivista de racionalização de custos, sendo funcional à lógica neoliberal, mostrando-se insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde e sem contrariar os interesses das grandes corporações econômicas na área de equipamentos biomédicos. Além disso, não romperia com a micropolítica do processo de trabalho médico no cotidiano dos serviços, não tendo potência para alterar o modelo assistencial.

As tensões entre a concepção ampliada (que estaria prevista no documento resultante de Alma-Ata) e a restrita (defendida pelos organismos multilaterais) de APS perpassam os anos 1980 e 1990, porém é a última que assume a direção do debate e das propostas, sendo abertamente instrumental às ideias neoliberais em curso. Nesse contexto, diversas experiências de APS restrita foram desenvolvidas em países periféricos, através de programas de extensão de cobertura.

No último decênio do século XX, a proposta foi abraçada pelo Banco Mundial e outras agências multilaterais, via incentivo à implantação de “cestas básicas” de serviços de saúde.

De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor, para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto-contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados para o atendimento à criança. As ações de média e alta complexidade ficam, portanto, a cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo “consumidor”. É a proposta de racionalizar custos do Estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde (MERHY; FRANCO, 2007, p.93).

Assim, em suas recomendações de contenção de gastos públicos e focalização das políticas sociais, tais instituições apontam para a necessidade de divisão na prestação de serviços de saúde: os serviços de atenção básica *versus* os secundários e terciários. Uma expressão desse processo, segundo Correia (2005), é a ampliação da rede pública nos serviços de atenção básica, enquanto se restringe o acesso aos demais serviços, baseada no equivocado pressuposto de que entre a população pobre predominam as doenças infecto-contagiosas (quando na verdade ela também é vítima das doenças crônico-degenerativas),

que não exigem uso de equipamentos dispendiosos e tratamentos sofisticados (Id *Ibidem*).

É importante explicitar que, a partir dos anos 2000, percebe-se um giro nas discussões sobre a APS (Fausto; Viana, 2005). Isso advém do fato de que alguns organismos, como a *Comissão Econômica para a América Latina* e o Caribe (CEPAL) e o *Banco Interamericano de Desenvolvimento* (BID), vem defendendo a superação da polarização do universalismo x focalismo nas políticas sociais, propondo o *universalismo básico*, através do qual os Estados precisariam desenvolver um conjunto de ações essenciais, a serem oferecidas com alta qualidade para toda a população (Id *Ibidem*). As autoras em tela colocam que a OMS vem defendendo esse “novo universalismo”⁷, pautado na noção de sustentabilidade do governo. Nesse contexto, Giovanella e Mendonça (2008) mencionam que atualmente constata-se um movimento de renovação da APS, através da OMS e da OPAS, no sentido de alcançar a meta dos Objetivos do Milênio das Nações Unidas.

Do exposto, fica evidente que o conceito de APS é extremamente complexo, polifacético, num debate que subentende “questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas, com consequências diferenciadas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde” (Giovanella, 2008, p.21), resultando na existência de distintas interpretações sobre o significado da atenção primária⁸. Para

⁷ Foge aos limites desse artigo adentrar nessa discussão, tão polêmica e recente. Para uma análise crítica da proposta, cf Minteguiaga (2009).

⁸ Segundo Vasconcelos (2001), há três diferentes propostas de APS em disputa: a) assistência *médica* primária – transposição para os serviços locais do modelo dominante nos consultórios privados, centrado na consulta médica, com as demais atividades entrando de maneira subalterna; b) atenção primária *seletiva* à saúde – como não haveria recursos materiais e humanos disponíveis para atender necessidades globais de toda população, as atividades sanitárias deveriam ser restritas a um pequeno número de problemas de saúde que abrange grande número de pessoas (ações pouco onerosas e que possam obter eficácia). As tarefas seriam bem definidas e padronizadas, não demandando maior qualificação profissional; c) atenção primária *integral*.

Giovanella e Mendonça (op.cit), a APS pode ser vista como cesta restrita de serviços ou como concepção para um novo modelo assistencial que tenha como norte as necessidades dos usuários.

Dessa maneira, não havendo uniformidade em seu uso, as experiências de APS precisam ser situadas nos referenciais teórico-políticos e sanitários que as norteiam, bem como no contexto sociopolítico e econômico em que se desenvolvem. Como exemplo disso, as mencionadas analistas informam que, nos países europeus, a APS se configura como serviços ambulatoriais de primeiro contato, integrados a sistemas de saúde universais. Já nos países do socialismo real, os centros de saúde (denominados de policlínicas) foram o modelo de atenção ambulatorial predominante, de forma inclusiva e integral, articulando serviços clínicos e preventivos, universais e gratuitos, financiados com recursos públicos. Nos países periféricos, no entanto, a APS diz respeito, frequentemente, a programas seletivos, focalizados, de baixa resolatividade, com recursos de baixa densidade tecnológica, sem acesso a outras redes de atenção. Seria uma tradução restrita dos objetivos de Alma-Ata (Giovanella e Mendonça, 2008). Tendo tais considerações como horizonte, adentraremos agora no debate específico sobre APS no Brasil.

A APS no cenário brasileiro

Como sabemos, até o final dos anos 1980, a política de saúde nacional, norteada pelo paradigma flexineriano, era marcada pela centralização administrativa e financeira e cindida entre saúde pública e assistência médica (previdenciária). Nesse quadro, Campos (2008) pontua que o Brasil, desde os anos 1930, importou ideias restritas sobre APS dos EUA, pensando os centros de saúde somente como instrumentos da saúde pública e não como serviços integrados a um sistema nacional, concepção

que praticamente amputou do centro de saúde a responsabilidade pelo atendimento clínico. Eram destinados a trabalhar apenas com problemas de relevância coletiva, no caso, epidemias e endemias, por meio de vacinação, educação e programas para controle de grupos com risco epidemiológico alto. O modelo de intervenção se baseava em programas verticais, com normalização estrita, como foram os programas de puericultura, pré-natal, tuberculose, hanseníase, entre outros (Id. *Ibidem*, p.18).

Seguindo essa lógica, as experiências de APS no Brasil consistiam em ações pontuais ou em programas de extensão de cobertura, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implantado em 1976; o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, através do qual foram gestadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Destacam-se também, nos anos 1960, algumas iniciativas dos departamentos de medicina preventiva das universidades, nas quais se desenvolveram experiências de medicina comunitária através da integração docente-assistencial (Giovanella; Mendonça, *Op.Cit*). Já na década de 1970, foram organizados núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência - financiados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e instituições filantrópicas, como a Fundação Kellogg – que aglutinavam intelectuais críticos ao delineamento da política de saúde no período da ditadura militar, utilizando o espaço da medicina comunitária para politização da saúde, reflexão e elaboração de respostas aos problemas de saúde (Silva Júnior, 1998, apud Merhy, Franco, 2007).

Segundo Giovanella e Mendonça (*ibidem*), as experiências acima sinalizadas se difundiram e indicaram a urgência de reforma setorial, apregoada pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que emergia, abrindo o debate

nacional para a APS, num contexto mundial em que esta recebia ênfase, como vimos.

A criação do SUS, na Constituição Federal de 1988 - fruto das reivindicações daquele Movimento em meio a uma correlação de forças extremamente difícil, tensionada pelos interesses envolvidos com a manutenção do modelo hegemônico - objetivava a reorganização do setor e uma superação do modelo médico assistencial privatista que caracterizava a atenção à saúde no país.

Não é preciso discorrer sobre os hercúleos desafios para o SUS: basta lembrar que a travessia entre o texto legal e sua implementação vem sendo tensa, lenta, inconclusa, principalmente em virtude dos desafios de construir um sistema pautado em valores e princípios associados ao Estado de Bem-Estar social em uma conjuntura na qual o governo federal brasileiro se curva à ideologia neoliberal e aos interesses mercantilistas associados ao setor privado na saúde - que realimentam o projeto médico-assistencial-privatista -, processo que tingiu de conotações sombrias os avanços obtidos.

É neste terreno minado, em que, se por um lado ainda se celebrava a conquista legal do SUS e se iniciava a empreitada de uma reforma sanitária seguindo preceitos do MRS, por outro se constatava o desmonte do projeto de seguridade social garantido legalmente, que o governo federal anuncia, em 1991, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

De acordo com Silva e Dalmaso (2002), este programa foi concebido em nível nacional a partir de avaliações positivas sobre experiências com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que aconteciam em alguns locais do país, como Ceará, Vale da Ribeira, São Paulo. Nessas iniciativas, segundo as autoras, percebia-se a capacidade dos ACS, por oferecerem procedimentos simplificados de ações de medicina preventiva, contribuírem para resolver ou evitar parte dos problemas que congestionavam sistema de saúde, bem como para a redução da morbi-mortalidade no Brasil (Id *ibidem*). Inicialmente voltado

para as áreas rurais e periurbanas da região Nordeste, em seguida, emergencialmente, para a região Norte (com o objetivo de contribuir no combate à epidemia de cólera), o programa visava oferecer algumas ações de atenção básica onde não houvesse condições para interiorização da assistência médica (Giovanella; Mendonça, 2008). Segundo estas analistas, depois o programa se expande pelo país, como resposta às demandas das secretarias municipais de saúde por recursos para operacionalizar a rede básica⁹.

Silva e Damaso (2002) apontam que, nas avaliações em relação ao PACS, constatou-se a necessidade de maior articulação com a rede de serviços existente, evitando o esgotamento e o desgaste das ações dos ACSs, já que sua integração ao sistema possibilitaria maior efetividade ao seu trabalho, bem como a realização de ações intersetoriais. É com esse objetivo que, embora também criado como programa especial, isolado, o PSF foi depois integrado ao PACS (Paim, 2008).

Fazendo um balanço deste programa, Giovanella e Mendonça (op.cit, p.600) sintetizam que, “com atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e elenco restrito de ações, o PACS correspondia assim a um programa de atenção primária seletiva”, ou seja, um programa especial voltado para pobres (Paim, 2008).

Estratégia Saúde da Família: proposições e avanços

Formulado a priori como programa, com caráter restrito de APS, o PSF foi implantado, em 1994, inicialmente em pequenos municípios, objetivando absorver a demanda reprimida

⁹ Aqui cabe também demarcar que algumas experiências de APS que vinham sendo desenvolvidas no país, a exemplo dos municípios de Natal/RN e Niterói/RJ. Neste município, foi implantado, em 1991, o Programa Médico da Família, que teve grande destaque em nível nacional, sob a influência da experiência desenvolvida em Cuba, servindo de referência para as discussões sobre a formulação do PSF em nível nacional.

na atenção básica, porém com baixa capacidade de garantir continuidade da assistência (Giovannella; Mendonça, op.cit).

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, instrumento que ofereceu largos subsídios ao processo de descentralização e municipalização no país, constituiu-se no elemento desencadeador da expansão do programa. No citado documento, a “atenção básica à saúde”¹⁰ foi definida como primeiro nível da atenção, concretizada especialmente através do PSF, objetivando a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2007). Vigorando a partir de 1998, a citada norma, especialmente através da indução financeira, contribuiu para a expansão da APS nos diversos municípios brasileiros, principalmente nas pequenas localidades, nas quais anteriormente não existiam recursos para esse tipo de atenção (Heimann, Mendonça, 2005). Ainda segundo estas autoras, também em 1998 foi publicado o Manual da Atenção Básica, no qual se amplia a responsabilidade dos estados e municípios, atribuindo-se a estes últimos o papel de organização da APS.

Outro marco da crescente importância da APS no país foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, com destacada ênfase para o papel da ESF. No mesmo ano foi aprovado o Pacto pela Vida, que “reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde” (Conill, 2008, p.13). Para se ter uma ideia do espraiamento da ESF no país, ela está implantada atualmente em 5.259 municípios, cobrindo 51,58% da população através de 30.931 equipes (Brasil, 2010).

Cumprir destacar também a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹¹, a partir de 2008, “dentro do

¹⁰ Como indicamos anteriormente, no Brasil, o governo federal adota o termo atenção básica: a AB superaria a proposição preventivista e se pautaria no paradigma da determinação social da saúde (Heimann; Mendonça, 2005).

¹¹ Os NASF foram criados através da Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008. Propõem um modelo de atendimento que reúna profissionais de modo

escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009). Hoje existem 1.093 equipes dos NASF atuando em nível nacional (BRASIL, 2010).

Diante da trajetória da ESF¹², percebemos que a mesma está associada à descentralização e municipalização desencadeados com criação do SUS e, como vimos, assume um papel central na política de saúde nacional. Analisemos agora os elementos envolvidos em sua implementação.

Começemos sinalizando as críticas que emergiram desde a criação do PSF, em virtude da identificação de suas proposições com exigências das agências multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, em suas recomendações de contenção de gastos públicos. Dentre os elementos que sugerem tal linha analítica, destacamos, a priori, dois: as diretrizes oficiais orientando que a implantação da Estratégia fosse realizada nas áreas do Mapa da Fome do IPEA; e o interesse do Banco Mundial em incentivar a ESF¹³.

transdisciplinar, a fim de construir vínculos terapêuticos e de responsabilidades entre as equipes da ESF e o nível secundário, atuando de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes básicas da SF.

¹² Explicitada de forma bastante didática por Heimann e Mendonça (2005), que identificam na história da Estratégia quatro etapas: a fase da emergência (1994-1995); a fase da fusão entre PACS e PSF (1995-1997); a fase da expansão (1998-2002); a fase da consolidação e expansão planejada (2003-2010).

¹³ Este interesse se expressa, por exemplo, em um convênio assinado com o governo brasileiro através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) ¹³, estratégia negociada em 2002, com financiamento internacional no valor de 275 bilhões de dólares do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird) e igual contrapartida do governo brasileiro (Heimann; Mendonça, 2005).

Cumprir indicar que, já na sua gênese, o Ministério da Saúde (MS) alardeia que o PSF seria algo distante de um pacote básico de saúde e sim uma estratégia reestruturante dos sistemas municipais de saúde (Brasil, 1997). Sendo assim, conforme afirmarmos em momento anterior, em lugar do termo APS, o Ministério da Saúde do Brasil vinha adotando o termo AB, justamente para se contrapor à conotação restrita de APS apregoada pelos organismos multilaterais¹⁴.

Heimann e Mendonça (2005) afirmam que, no Brasil, a APS assume feições próprias, em virtude do papel do Movimento de Reforma Sanitária e suas reivindicações de mudança de modelo assistencial incorporadas pelo SUS, o que se constituiria em forte resistência à adoção da APS seletiva. Desse modo, a Estratégia se constituiria em um caminho para o avanço na efetivação do SUS, configurando-se como porta de entrada do sistema e induzindo mudanças no modelo de atenção.

De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006), norteada pelos princípios da SUS, a ESF vem sendo implantada não apenas para organizar temporariamente a APS, mas para (re)estruturar o sistema, através do redimensionamento das prioridades de ação em saúde, por focar a prevenção e a promoção da saúde; bem como pela reafirmação de uma nova filosofia de atenção, pautada nos atributos da APS¹⁵.

Fazendo um balanço da Estratégia, o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) considera que sua implementação tem trazido importantes avanços para a saúde pública do país, especialmente por ter provocado um importante movimento no sentido de

¹⁴ Não obstante, constatamos que, nos últimos anos, essa posição parece estar sendo revista, como se pode perceber no documento das Diretrizes do NASF (Brasil, 2009), onde se utiliza textualmente a terminologia APS.

¹⁵ Estes, segundo Standifield (2002, apud Giovanella e Mendonça, 2008) seriam: a) a prestação de serviços de primeiro contato (porta de entrada *obrigatória*, devendo ser acessível a cada novo episódio); b) a responsabilidade longitudinal; c) a garantia de cuidado integral; d) a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

reordenar o modelo de atenção no SUS, ao buscar uma racionalidade mais ampla no uso das demais redes de atenção. Demonstra também que a ESF está consolidada nos municípios brasileiros, configurando-se a Atenção Básica em pauta política importante dos gestores públicos, além do modelo de atenção à Saúde do Brasil se colocar como referência internacional (Brasil, 2007). Assinala ainda que a Estratégia tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde¹⁶ das populações assistidas pelas equipes e sinaliza o aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, resultado das mudanças das práticas das equipes de saúde.

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) pontuam que é inegável a expansão do acesso da população à APS, simultânea ao processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF. Nesse sentido, afirmam os autores, a experiência gerou um “comprometimento de recursos federais para a expansão da rede assistencial local e autonomia municipal na orientação da estratégia” (Id *ibidem*, p.802). Segundo estes analistas, a ESF seria, portanto, uma oportunidade de expandir o acesso da atenção à saúde, de consolidar a municipalização, de facilitar a regionalização pactuada entre municípios e de coordenar a integralidade da atenção. Os mencionados autores consideram que a ESF constitui o modelo de APS brasileiro, mas convive com outros modelos no interior do SUS, já que ainda não se rompeu propriamente com o modelo assistencial privatista (Id *ibidem*).

Heimann e Mendonça (2005) discorrem que a Estratégia, desde sua criação, tem tido destaque na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma da política de saúde nacional e “envolve mudanças no modelo de atenção, na organização do SUS e na modalidade de alocação de recursos e remuneração das ações básicas de saúde” (Id. *ibidem*, p.487).

¹⁶ Quanto aos indicadores de saúde (cf Brasil, 2005), Conill (2008), afirma que o impacto da ESF parece ser controverso.

Apesar da efetiva expansão da APS no país, a ESF vem sendo foco de inúmeras críticas, sobre as quais versaremos a seguir.

Estratégia Saúde da Família: estratégia-ponte para a consolidação do SUS ou cesta básica de serviços de saúde?¹⁷

Cohn (2009) afirma, em relação às produções teóricas sobre a ESF, que são poucas ou raras as investigações de natureza crítica, que se voltam para pontos de estrangulação da Estratégia, seja do ponto de vista macro, institucional ou da construção social da saúde como direito: a maioria das pesquisas partem do instituído pelo Ministério da Saúde, adotando acriticamente a ESF como instrumento de mudança do modelo assistencial e assumindo mais o papel de “consultoria propriamente dita” do que de questionamentos sobre a Estratégia.

Merhy e Franco (2007) buscam refletir acerca dos motivos que levaram à ampla adesão de defensores da Reforma Sanitária à ESF, avaliada pelos autores como uma proposta limitada na resposta às necessidades de saúde da população e que se apresenta frágil frente aos desafios para a mudança de modelo. Para os críticos, a Estratégia é parte do ideário que orquestrou a Reforma Sanitária Brasileira, possuindo seus erros e acertos: ambos teriam raízes comuns, já que “percebe-se que o mesmo campo teórico articula os dois movimentos, ou seja, as bases conceituais utilizadas da epidemiologia e da construção de uma prática ordenada pela vigilância à saúde” (Id *ibidem*, p.112). Os autores em tela identificam uma similaridade entre o PSF, a medicina comunitária e a Proposta de Cuidados Primários de Alma-Ata e analisam que a Estratégia se evidencia como um proposta concatenada com as proposições historicamente traçadas em relação à superação do modelo hegemônico.

¹⁷ Tomamos de empréstimo a expressão usada pela autora acima citada.

Outro ângulo interessante na discussão da ESF revela-se na contundente análise de Campos (2008), quando indica que há um relativo consenso internacional sobre vantagens de sistemas públicos baseados em APS. No entanto, avalia que, no Brasil a realidade não parece ser essa, especialmente nos grandes centros urbanos, onde o acesso da população à AB ainda acontece através de prontos-socorros/hospitais e dos pronto-atendimentos (que, a priori, estariam situados na atenção secundária, mas diante da precaridade da rede de serviços acabam se constituindo em porta de entrada), numa “perversa inversão nacional utilizada para ampliar o acesso da população pobre ao cuidado médico” (Id *ibidem*, p. 17). Assim, de acordo com o crítico, existe um amplo desacordo cultural, epistemológico e político sobre APS no Brasil e que o mais forte nessas divergências é que

sequer ficou ainda bem estabelecida a importância da atenção básica para a viabilidade do SUS, bem como para a reorientação do modelo brasileiro, ainda longe de constituir-se em um sistema regionalizado, que assegure atenção eficaz e simultânea à co-construção de autonomia entre os usuários (Id *Ibidem*, loc.cit).

Apesar disso, prossegue o analista, os gestores federais teriam subestimado esse obstáculo, tentando ultrapassá-lo através da indução financeira e da emissão de portarias doutrinárias. Nesse bojo, o autor coloca que se criou um fundamentalismo em volta dos dogmas organizacionais e sanitários com compõem a ESF: caberia aos demais aderirem ou serem considerados inimigos, não havendo abertura crítica para o diálogo com experiências alternativas internacionais ou nacionais (como as experiências de APS desenvolvidas em Niterói/RJ ou Campinas/SP).

Campos (2008) analisa também que a ESF não foi pensada como política estratégica, ou seja, construída de maneira pactuada e em co-gestão entre as esferas federativas. Na verdade, argumenta, o que tem havido é o uso de incentivos financeiros

como determinantes da política de saúde, fazendo com que o MS assumira o papel de definidor da mesma, contradizendo o princípio da descentralização prevista no SUS (Marques; Mendes, 2003). Estes autores indicam que o processo de municipalização foi fortemente induzido pelo citado Ministério, especialmente através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que “carimbavam” os recursos, classificando sua destinação, fazendo com que os municípios se tornassem meros executores de políticas elaboradas em nível federal. Franco e Merhy (2007) chamam a atenção de que, num contexto em que os recursos para a saúde são parcos, as possibilidades de financiamento de programas de saúde são promissoras, o que gera uma “natural e inquestionável adesão a proposta” (Id. *ibidem*, p.114). Campos (op.cit) ainda considera que, apesar do discurso favorável do MS à ESF, o repasse federal abrange apenas 30% dos gastos do município com a Estratégia (havendo, portanto, uma inadequação no financiamento) e que poucos estados tem estabelecido algum tipo de incentivo (Marques; Mendes, 2003). Nesse cenário, como mostram estes analistas, os municípios, antes federados mais atingidos pela crise fiscal, são responsáveis por 70% dos gastos com a ESF: “acabam financiando, em parte, as políticas federais, mesmo quando estas não constituem sua prioridade, comprometendo ainda mais qualquer ação voltada às necessidades de saúde da sua população” (Id *ibidem*, p.414). Assim, por um lado temos a escassez de recursos, fazendo com que muitos municípios utilizem todo PAB fixo e variável para custeio da Estratégia (Id *ibidem*), o que implica reduzir a AB à ESF¹⁸; por outro lado, a ênfase do Ministério da Saúde no financiamento da ESF/APS vem gerando um processo de

¹⁸ “É importante lembrar que não se pode confundir a Atenção Básica com as ações e serviços financiados pelo PAB, e sobretudo ao PSF. Devem ser considerados nesse nível de atenção todas as ações e serviços realizados pela vigilância sanitária, pela vigilância epidemiológica e pelo controle de vetores. Também as ações e serviços não hospitalares de controle de doenças devem ser incluídos no campo da atenção básica. O tratamento ambulatorial da Aids, por exemplo, é prestado na rede básica” (Marques, Mendes, *ibidem*, p.413).

sucateamento das demais redes sanitárias na esfera pública, dificultando a integralidade da atenção.

Destarte, os estudos são unânimes em apontar a necessidade de investimentos nas redes secundárias e terciárias e não apenas na atenção básica: este é o grande gargalo da ESF (Giovanella et al, 2009), que acaba por comprometer a continuidade da atenção e a integralidade. Este estudo realizado pela autora demonstrou os principais obstáculos à configuração da rede do SUS: a insuficiente oferta da atenção especializada¹⁹, agudizada pela baixa integração dos prestadores estaduais; a necessidade de maior interação entre generalistas e especialistas; a ausência de políticas federais para a atenção especializada.

Outro aspecto chave na análise da ESF no contexto atual se refere à pequena cobertura da Estratégia nos grandes centros urbanos (CONH, NAKAMURA, CONH, 2005; BOUSQUAT, CONH, ELIAS, 2005). Estes últimos autores alertam para a desproporção entre o percentual de população cadastrada e o número de municípios abrangidos pela ESF, o que evidencia sua disseminação nos pequenos e médios municípios e espelha constrangimentos para sua consolidação como modalidade organizativa da APS. Nesse sentido, diante do perfil da urbanização brasileira (caracterizada pela grande concentração populacional urbana; pelo incremento no número de grandes cidades nos últimos decênios; pela constituição de regiões metropolitanas com fronteiras geográficas tênues) e da centralidade da ESF na política de saúde, considerar a dinâmica dos grandes centros²⁰ é um elemento crucial para qualificá-la

¹⁹ Na cena atual, em virtude de questões históricas resultantes da adoção do modelo assistencial privatista no Brasil, os setores secundários e terciários do sistema de saúde encontram-se predominantemente na esfera privada. Como exemplo, podemos citar o setor de diagnose e terapia: segundo Giovanella e Mendonça (2008), das unidades que oferecem apenas tais serviços, somente 6% são públicas. Conforme as autoras em foco, é naqueles setores que se encontram as maiores dificuldades de acesso dos usuários do SUS.

²⁰ Os principais problemas na implantação da ESF nos grandes centros urbanos estão relacionados à oferta consolidada em rede desarticulada e mal

como estratégia nacional para reorganizar o SUS (BOUSQUAT, CONH, ELIAS, *ibidem*).

Além dos elementos acima referidos, estes autores chamam a atenção para a dinâmica populacional marcada pela construção de espaços urbanos complexos e desiguais e pela caracterização dos fluxos de pessoas, informações e mercadorias: na ESF-metrópole, ocorre uma tensão entre a lógica da adscrição de clientela com base domiciliar e a lógica urbana marcada por fluxos. É importante indicar que algumas iniciativas foram tomadas visando à expansão da ESF-metrópole, como a adoção de nova base de cálculo para incentivo financeiro que não a da cobertura populacional, mas que isso foi insuficiente e requisita a implantação de política específica para os grandes centros (CONH, NAKAMURA, CONH, 2005).

Em relação ao processo de trabalho desenvolvido na ESF, Campos (2008) coloca a necessidade de estudos mais cuidadosos e aprofundados, pois haveria indicações de que a ênfase na vigilância da saúde estaria muito mais em nível de discurso, predominando no cotidiano dos serviços o modelo baseado na queixa-conduta.

Outro ponto nodal da Estratégia seria a desvalorização da dimensão clínica na APS brasileira, implícita nas próprias diretrizes oficiais da ESF (Id *Ibidem*). Franco e Merhy (2007), corroborando de tal análise, sinalizam que, enquanto campo de conhecimentos e práticas específicas, a clínica é vista com “desconfiança” nos textos oficiais: subordinada à epidemiologia, parece assumir o papel de subsidiária na atenção básica,

distribuída (Giovanela, Mendonça, 2008), marcada pela existência de importante mix público-privado (Bousquat, Conh, Elias, 2005); ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde e agravos de saúde característicos dos meios urbanos (Giovanela, Mendonça, *Op.Cit*); aos problemas setoriais pela existência de sistemas municipais com baixos graus de eficácia e sustentabilidade na gestão e problemas de financiamento decorrentes da política de repasses (Conill, 2008); à violência urbana, trazendo repercussões para o cotidiano e a rotatividade das equipes (Id *Ibidem*; Bousquat, Conh, Elias, 2005).

distintamente do modelo europeu, canadense e cubano, como alerta Campos (op.cit). Assim, este autor mostra que “vários elementos da dimensão clínica foram desvalorizados, inclusive a ampliação do poder do pessoal da atenção primária para regular a relação com especialistas e hospitais” (Id Ibidem, p.18). Isso decorreria, de acordo com o citado analista, de uma ênfase preventivista na ESF, relacionada à influência norte-americana, aos movimentos de Saúde Coletiva e de Promoção da Saúde. Seguindo essa lógica, o país viria fazendo um esforço sistemático para superar o modelo biomédico, através da ampliação das equipes da ESF com ACS e do foco no território. No entanto, se perde ao “simplificar a tarefa de reconstruir uma outra clínica. Bastaria nos esquecermos da doença, tomar o coletivo como objeto e assegurar controle social e estaria completa a receita para um novo paradigma sanitário. Infelizmente, a tarefa epistemológica, organizacional e prática era bem mais complexa” (Id Ibidem, loc.cit).

Estudos como os de Conill (2008), Santos (2004) e Carneiro (2008) constataam que as equipes da Estratégia vivenciam diversas dificuldades no que diz respeito às condições de trabalho: precariedade da estrutura física para funcionamento das unidades de saúde, escassez de medicamentos e insumos, inexistência de um sistema de referência e contra-referência. A isso se alia uma política de pessoal insuficiente (Campos, op.cit); fragilidades na gestão; reivindicações em torno da ampliação das equipes mínimas; fragilidades das instituições de nível superior em relação a uma formação acadêmica que responda às demandas da ESF (cf Péret, 2001; Santos, 2004) e que enfatize a vigilância da saúde como prática sanitária, entre outros aspectos.

Conill (2008) enfatiza que tais dificuldades devem ser articuladas com outras mais gerais, como o baixo patamar de financiamento público; a persistência da segmentação do sistema e a ausência de integração dos serviços de APS, especialmente a ESF, com o restante da rede.

É fundamental explicitar que esse conjunto de dificuldades e desafios faz com o que a ESF seja considerada por

alguns autores como um programa “assistencial compensatório tapa-buraco” (Oliveira, 1999) ou uma “cesta básica” de serviços de saúde, aos moldes das proposições do Banco Mundial.

Aqui, no entanto, cabe considerar o argumento colocado por Giovanella (2008), quando situa que a realidade da APS no Brasil possui especificidades, por exemplo, em relação aos demais países da América Latina, nos quais a cobertura é segmentada e a atenção primária é desenvolvida via programas seletivos. Nesse sentido, a citada analista considera que no cenário nacional situação é mais complexa: formalmente universal, o SUS, especialmente via ESF, expandiu acesso à população antes excluída, através de um importante - embora insuficiente - leque de serviços, não podendo ser considerado residual. “Todavia, a abrangência da cesta a ser garantida pelo sistema público está sempre colocada em questão” (Id *ibidem*, p.23).

Concluindo, cumpre esclarecer que corroboramos com a análise de Conill (2008, p.14), quando afirma que a ESF “nem se constitui numa espécie de cavalo de Tróia nem tampouco representa a garantia de uma travessia messiânica para os problemas do SUS”. Isso porque ela se constitui em uma estratégia extremamente complexa, contraditória e, como parte do processo de construção do SUS, vem sendo tecida em meio a um terreno íngreme, tenso, no interior dos percalços vivenciados pelo sistema de saúde em geral. Há grandes desafios, problemas, mas a rota a ser assumida vai depender, em parte, da correlação de forças na esfera sanitária, tensionada pelo projeto de Reforma Sanitária e pelo projeto de contra-reforma na saúde.

Referências

ANDRADE, L.O.M. de; BUENO, I.C. de H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. CAMPOS, G.W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.

BOUSQUAT, A.; CONH, A; ELIAS, P.E.M. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In VIANA, A.L.d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (orgs). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. Pesquisa nacional registra a evolução do Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde. **Informe da Atenção Básica**. Ano VII, novembro/dezembro de 2005.

_____. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 10/02/2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)

_____. **Sala de situação: Saúde da Família**. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/?saude=http://189.28.128.178/sage/&botaoook=OK&obj=http://189.28.128.178/sage/>, acesso em 14/06/2010.

CAMPOS, G.W.de S. Debate sobre o artigo de Conill. Suficiências e insuficiências das política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Sup1, 2008.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB: um “neo-PSF às avessas”?** 2008. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB.

CONH, A. Apresentação. CONH, A (org). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.

CONH, A; NAKAMURA, E.; CONH, C. O Programa Saúde da Família entre o público e o privado. In VIANA, A.L.d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (orgs). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Sup1, 2008.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005 a. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

GIOVANELLA, L. Debate sobre o artigo de Conill. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Sup1, 2008.

_____.MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à saúde. GIOVANELLA, L et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3), 2009. Disponível em www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf, acesso em 16/11/2009.

HEIMANN, 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. LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARQUES, R.M.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2), 2003. Disponível em www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf, acesso em 16/11/2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINTEGUIAGA, A. De la focalización individual a la focalización de los derechos: crítica a la propuesta del Universalismo Básico. LOBATO, L. de V. C.; FLEURY, S. **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

NOVAES, H.de M. Bases conceituais: os relatórios Flexner e Dawson. **Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde (Silos)**. Análise conceitual e apreciação de programas selecionadas na América Latina. São Paulo: Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e da Saúde; Opas, Livraria Pioneira e editora, 1990.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Ginebra, 1978.

OLIVEIRA, A.M. de. PSF: programa social compensatório “tapa buraco”. Anais do **XXII Encontro Anual da ANPOCS**. Rio de Janeiro, 1999.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 1999.

_____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas**. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994- 1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifca Universidade Católica, Rio de Janeiro/RJ, 2001.

SANTOS, P. F. B. B. dos. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB / à luz da história oral temática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2004.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Dos Programas de Extensão de Cobertura aos Programas de Saúde da Família. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VASCONCELOS, E., M. Introdução. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

VIANA, A.L.d'A.; FAUSTO, M.C.R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil de assistência. In VIANA, A.L.d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (orgs). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

Recebido em 17/03/2011 e
aceito 24/04/2010

***Title:** Family Health Strategy: the focal point of the dispute of sanitarians projects in Brazil*

***Abstract:** The objective of this work it's to examine the meaning that Family Health Strategy ("Estratégia Saúde da Família," from now on ESF) takes upon in the Brazilian sanitary policy. To this extent grounded in documents and international discuss it focuses Primary Health Care as long as policy of reorganization of the health care model of late years. It holds as reference the welfare meaning which ESF shoulder the responsibility in the context of the Unique System of Health, we search render problematic some deviations which take place in the enlargement field of universal and integral access of professional sanitarian duties, since its implementation process. This work contains an analysis of political speech of the Ministry of Health about Strategy and criticism upon it for some authors who discusses the counter hegemonic project on the health welfare issue.*

***Keys-words:** Policy of health; primary health care; family health strategy.*