

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

**A CONSTRUÇÃO INTERNACIONAL DO CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE (APS) E SUA INFLUÊNCIA NA EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas de Saúde e
Planejamento

Orientador: Francisco Eduardo de Campos –
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

2003

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

**A CONSTRUÇÃO INTERNACIONAL DO CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE (APS) E SUA INFLUÊNCIA NA EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

2003

Ficha catalográfica

A282c	<p>Aguiar, Raphael Augusto Teixeira de A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil / Raphael Augusto Teixeira de Aguiar , 2007. 136f .</p> <p>Orientador: Francisco Eduardo de Campos Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Inclui anexos</p> <p>1. Atenção primária à saúde – Teses 2. Saúde pública - Teses 3. Saúde da família – Teses I. Campos, Francisco Eduardo de II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.</p> <p>CDD: 610.6 CDU: 614.2</p>
-------	--

Dissertação defendida e aprovada, em 2 maio de 2003, pela banca examinadora constituída pelos professores

Prof. Francisco Eduardo de Campos – Orientador

Prof. José Roberto Ferreira

Profa. Soraya de Almeida Belisário

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!

Mario Quintana

Agradecimentos

Aos meus pais pelo carinho e amor eternos;

Aos meus irmãos pela amizade e pelo convívio;

A minha avó querida por existir e iluminar os meus dias;

A Gutinha e família por todo o carinho;

Aos meus alegres e numerosos tios e primos;

Ao meu orientador Francisco Campos pela amizade e pelas oportunidades;

A Soraya, Beré e Mariângela pela paciência, apoio e disponibilidade;

A Cid Veloso e Roseni Sena pelo estímulo;

A todos os pesquisadores e funcionários do NESCON – UFMG pelos bons momentos de convivência, pelo carinho e pelo apoio;

Aos amigos e colegas de todas as horas;

Aos que lutam, incansavelmente, por dias melhores para o nosso povo e para todo o gênero humano.

Sumário

Introdução	1
Objetivos:	5
Metodologia	6
Primeira Parte - A Medicina Científica: Antecedentes, Origem e Contradições	11
1.1 – A era pré-flexneriana.....	12
1.2 – O Paradigma Flexneriano	15
1.3 – As contradições da Medicina Científica	20
Segunda Parte - Atenção Primária: A Construção de um Conceito	29
2.1 – Algumas idéias e iniciativas anteriores à Conferência de Alma-Ata	30
2.2 – A Conferência de Alma-Ata	42
2.3 – Considerações sobre APS e a meta "Saúde para Todos"	51
Terceira Parte – Alma-Ata revista e reinterpretada	55
3.1 – A APS revista após Alma-Ata	56
3.2 – As idéias do Banco Mundial para o setor.....	60
3.3 – O diálogo entre os discursos da OPAS, da OMS e do Banco Mundial	62
3.4 – A APS reinterpretada.....	66
Quarta Parte – Evolução político-social do setor saúde no Brasil e a APS	73
4.1 – Antecedentes e referencial histórico.....	74
4.2 – Medicina Comunitária e Medicina Familiar no Brasil	78
4.3 – A redemocratização do setor saúde no Brasil	85
4.4 – O SUS pós-constitucional: indefinições e retrocessos.....	93
4.5 – A busca de um novo modelo assistencial para o SUS.....	96
4.6 – O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).....	102
Quinta Parte: Peculiaridades da APS no Brasil – A Atenção Básica	111
Comentários Finais	121
Referências Bibliográficas:	127
Anexos	136

Lista de abreviaturas utilizadas

ABEM	– Associação Brasileira de Educação Médica
AIS	– Ações Integradas de Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
CEME	– Central de Medicamentos
CONASP	– Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
DATAPREV	– Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
NHS	– National Health System
FAS	– Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FESP	– Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA	– Fundação Nacional de Saúde
IAP	– Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	– Instituto de Arrecadação da Previdência Social
IDA	– Integração Docente-Assistencial
INAM	– Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
NOB	– Norma Operacional Básica
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Panamericana da Saúde
OPS	– Organização Panamericana da Saúde
PAB	– Piso da Atenção Básica
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	– Programa das Ações Integradas de Saúde
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PITS	– Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PIB	– Produto Interno Bruto
Prev- Saúde	– Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROMED	– Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PSF	– Programa de Saúde da Família
SILOS	– Sistemas Locais de Saúde
SINPAS	– Sistema Nacional de Previdência Social
SUCAM	– Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema único de Saúde
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	– World Health Organization

Resumo:

Este trabalho disserta sobre a construção do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), desde seus antecedentes até a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978 – mostrando, a seguir, os desdobramentos posteriores de sua evolução, a sua relação com as propostas do Banco Mundial a partir da década de noventa e o seu impacto no processo de redemocratização do sistema de saúde brasileiro. O objetivo central do estudo é demonstrar a influência do ideário de Alma-Ata no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), bem como sua presença na estrutura de APS que ora se tenta implementar no país, denominada Atenção Básica. Utilizou-se, neste estudo, a pesquisa bibliográfica de documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), do Banco Mundial e do Ministério da Saúde, bem como de textos acadêmicos sobre o assunto. Conclui-se que há, na documentação oficial relativa ao SUS e à Assistência Básica, uma nítida influência dos preceitos de Alma-Ata, o que não acontece com as propostas levantadas pelo Banco Mundial para o setor saúde.

Palavras-Chave:

Atenção Primária à Saúde; Alma-Ata; Banco Mundial; SUS; PSF

Introdução, Objetivos e Metodologia

Introdução

A assistência à saúde observada em uma certa sociedade não pode ser desvinculada do contexto socioeconômico e cultural que a abrange. Atrás do poder da medicina e do médico, do ritual xamânico e do medicamento, sempre houve um papel social exercido em nome da arte ou ciência de curar ou aliviar o sofrimento. A manutenção da saúde das populações no mundo ocidental esteve relacionada diretamente, nos últimos séculos, ao processo de consolidação dos Estados Nacionais e à manutenção da força de trabalho necessária à acumulação de riquezas por esses Estados soberanos, seja durante a vigência do sistema mercantilista ou do capitalista.

Esse compromisso do Estado com a melhoria coletiva e difusa da saúde em nome dos interesses nacionais contrastou-se, todavia, com o contexto que começou a se desenvolver na Europa a partir de 1942, descrito por Foucault (1976): em plena guerra mundial, durante a qual cerca de quarenta milhões de pessoas perderam a vida, foi apresentado ao parlamento inglês o *Plano Beveridge*, documento que serviu de modelo, na Inglaterra e em outros países, à organização da saúde após a Segunda Guerra Mundial.

O *Plano Beveridge*, além de estabelecer as bases para a seguridade social britânica, reafirmou o compromisso do Estado com a saúde de sua população, já existente desde o século XVII, através da chamada *Lei dos Pobres*. A novidade, segundo Foucault, consistiu na garantia desse dever estatal de forma a assegurar não a integridade da força física nacional, como de praxe, mas o direito à saúde entre os homens como um fim em si, para desfrute do próprio homem. Surgiu, a partir daí, uma nova *política do corpo*, e a intervenção do estado sobre o corpo de seus súditos ou cidadãos passou a ser um de seus objetivos principais. De forma semelhante à teocracia romana, que tinha como prioridade o salvamento das almas de seu povo – mesmo que contra a vontade do seu portador –, a *somatocracia* moderna insinuou-se no cuidado físico e nas relações entre saúde e doenças, impondo-se nas ações referentes ao corpo e sua saúde.

O mesmo século XX – que assistiu ao surgimento do plano Beveridge – testemunhou também a ampliação do conceito de saúde a partir da promulgação do estatuto da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946. Desde então o que chamamos *saúde* passou a ser também interpretado como um bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças – como o fora em épocas durante as quais se revestia das questões nacionalistas. A universalização desse direito seria sacramentada na oitava década do século XX, quando foram lançados o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e a meta *Saúde para Todos no ano 2000*.

Pode-se dizer, segundo Paim (1986), que as necessidades humanas, incluindo-se entre elas aquelas vinculadas à saúde do homem, não se apresentam abstratamente, pois

... "Referem-se sempre à dinâmica das classes sociais nas suas formas concretas de enfrentamento econômico, político e ideológico. São, portanto, social e historicamente determinadas, a despeito de nossos desejos, 'direitos' e vontades". (Paim, 1986: 135).

O alcance da extensão do direito à saúde a todos os seres humanos pode ser interpretado, portanto, de duas formas. A primeira, essencialmente humanista, destacaria a chegada de um novo tempo para o homem: mais do que uma máquina portadora e reprodutora de força-motriz, ele seria então visto como um ser portador de necessidades e de direitos em relação a elas. A manutenção de sua integridade física, psíquica e social – em vez de se vincular a interesses de uma elite proprietária dos meios de produção – seria um recurso para a prosperidade não de um Estado ou empresa, mas de todo um povo, ou mesmo de todo o gênero humano.

A outra concepção da universalização do direito à saúde é, segundo Paim (1986), menos emocional: interpretar-se-ia tal direito como uma nova roupagem para a velha necessidade de manutenção da ordem social e da integridade da força de trabalho, em um mundo cada vez mais globalizado. A *Saúde para Todos* seria, assim, um prenúncio da globalização da economia e, conseqüentemente, da necessidade capitalista de garantir sua força-motriz.

A delimitação dessa questão mostra-se extremamente difícil. A verdade é que, como seres humanos, vivemos sempre menos tempo do que aquele gasto pelos processos sociais experimentados por nós, a despeito de nossa impaciência em compreendê-los e neles influir. Não há verdades absolutas na ciência moderna: o que chamamos *verdades* são fragmentos que conseguimos apenas apreender, e que são maiores do que a nossa compreensão. Eles serão deixados como herança para que as novas gerações possam juntá-los – sempre beneficiadas por novas visões das experiências humanas. Falta-nos, portanto, visão suficiente para entendermos um processo tão recente como a universalização do direito à saúde.

Dito isso, resta-nos ainda a *emoção* – no dizer de Paim – de constatarmos o quão bem-vindos são esse direito e os mecanismos explicitados pela Carta de Alma-Ata para o seu alcance – ainda que possam, por vezes, parecer-nos inespecíficos ou inoperacionalizáveis. Por mais que a viabilidade plena do direito universal à saúde possa estar distante, sua concretização dificilmente se realizaria de outra forma que não aquela contida na Carta de Alma-Ata: através da autodeterminação dos povos e do investimento direto de seus recursos – muitos dos quais são atualmente alocados para a fabricação de armas, desperdiçados por ineficiência do estado ou usados no pagamento de dívidas com juros insustentáveis – no seu próprio bem-estar e prosperidade.

As dificuldades na implementação da meta *Saúde para Todos*, somadas às dificuldades econômicas enfrentadas pela maioria dos países em desenvolvimento, contribuíram para que outras vozes se levantassem e sugerissem medidas governamentais centralizadas no pressuposto da impossibilidade do direito universal à saúde e da supremacia dos serviços privados em relação aos públicos. Essa corrente de pensamento foi expressa, sobretudo, pelo Banco Mundial, a partir da última década do século XX – tendo se mostrado influente, até os dias de hoje, em vários países e mesmo nos discursos da OMS e da OPAS.

O Brasil, país no qual, por muito tempo, notou-se uma dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência à saúde – delegada ao setor privado –, sofreu um processo de (re)democratização nesse setor, iniciado no crepúsculo do regime militar. Esse fenômeno

ocorreu através da ação de técnicos, profissionais e usuários do sistema de saúde, e a ele foi dado o nome de *Reforma Sanitária*. O Sistema Único de Saúde brasileiro, progressivamente delineado desde então, parece guardar alguma relação com os ideais de Alma-Ata, como se constatará no decorrer deste estudo.

Esta dissertação procurará reconstituir o processo de construção da APS e da meta *Saúde para Todos* a partir de seus antecedentes e relacioná-los à consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro. A sua hipótese principal é que a redemocratização da saúde no Brasil baseou-se nos conceitos de APS e da *Saúde para Todos*, proferidos na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978. Demonstrar-se-á, também, que as propostas de desuniversalização da saúde, feitas pelo Banco Mundial e hegemônicas na América Latina a partir dos anos noventa, não foram aceitas oficialmente no país, contrariando a tendência observada em outros países em desenvolvimento.

Objetivos:

1) Geral:

Analisar o processo de construção do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito internacional, a sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a sua inserção na estrutura assistencial vigente.

2) Específicos:

- Analisar antecedentes à Conferência de Alma-Ata que introduzam o conceito de APS.
- Revisar o processo de surgimento do conceito de APS e suas interpretações.
- Analisar as congruências e diferenças entre a proposta de Alma-Ata e a do Banco Mundial.
- Identificar e analisar o conceito de APS no arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Metodologia

Pequeno Poema Didático

*O tempo é indivisível. Dize,
Qual o sentido do calendário?
Tombam as folhas e fica a árvore,
Contra o vento incerto e vário*

*A vida é indivisível. Mesmo
A que se julga mais dispersa
E pertence a um eterno diálogo
A mais inseqüente conversa.*

*Todos os poemas são um mesmo poema,
Todos os porres são o mesmo porre,
Não é de uma vez que se morre...
Todas as horas são horas extremas...*

E todos os encontros são adeuses!

Mário Quintana

O objetivo geral deste trabalho é a análise do processo de construção do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito internacional, a sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a sua inserção na estrutura assistencial vigente.

Realizou-se, para tal, uma revisão bibliográfica de experiências anteriores à Conferência de Alma-Ata e de documentos relativos a esse evento, editados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Também foram analisados documentos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), do Banco Mundial, do Ministério da Saúde; a Constituição Federal, leis, decretos e portarias que tenham regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) – como a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas – ou que estejam relacionados ao momento de transição vivido pela Reforma Sanitária.

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), utilizado neste estudo, é aquele que foi definido pelo documento conhecido como Carta de Alma-Ata – produzido ao fim da Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, ocorrida em Alma-Ata, no Casaquistão, em 1978. Esse conceito se encontra reproduzido na página 43 deste trabalho, e suas diferenças em relação à proposta do Banco Mundial – também descrita neste estudo – encontram-se condensadas na tabela que compõe o anexo I, na página 135.

Diferentes interpretações desse conceito, todavia, surgiram a partir das várias experiências de Atenção Primária à Saúde, documentadas após a Conferência de Alma-Ata. Essas linhas de entendimento da APS – por vezes antagônicas – foram descritas e categorizadas por autores como Tarimo & Webster (1997), Vuori (1985, apud Starfield, 1998) e também pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS & OMS, 1987).

Optou-se, neste estudo, pela categorização sistematizada por essas instituições, devido à importância de ambas no processo de construção do conceito de APS a ser estudado. Além disso, seu uso torna-se particularmente interessante na medida em que há semelhanças entre as suas interpretações e aquelas que foram adotadas pelo governo brasileiro na definição do Programa de Saúde de Família (PSF), em diferentes épocas do seu desenvolvimento. Na descrição das Recomendações de Alma-Ata – também propostas durante a citada conferência – utilizou-se a categorização proposta por Tarimo & Webster (1997).

A maior parte dos documentos provenientes da OMS e da OPAS que foram utilizados nesse trabalho, assim como as leis e normas operacionais brasileiras citadas, foram obtidos integralmente através de pesquisa em dois sistemas de buscas pela Internet – um pertencente à BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), acessível através do endereço eletrônico <<http://www.saudepublica.bvs.br>>, e outro conhecido como Google (<<http://www.google.com>>). Esta última ferramenta foi acessada diretamente ou através do sistema interno de buscas do *site* da OMS, ao qual encontra-se integrada.

As buscas se realizaram através da digitação de palavras-chave, como "Atenção Primária", "Atenção Básica", "Primary Care", "Basic Care", "Atención Primaria", "Alma-Ata", "Saúde para todos", "Health for All", "Salud para todos", "Health Promotion", "OMS", "OPAS", "OPS", "WHO", "PAHO", "Medicina Familiar", "Family Medicine", "Saúde de Família", "PSF". Essas palavras ou expressões foram digitadas separadamente, associadas umas às outras ou a expressões específicas, de forma a facilitar a busca (por exemplo, "Health for All" e "2000"). Não foram utilizados limites temporais para os resultados: a pertinência do uso dos documentos e publicações encontradas foi avaliada através da leitura de seu conteúdo ou de seu resumo.

Outras expressões foram digitadas em busca de documentação histórica específica, como "Zemstvo", "Dawson Report", "Barefoot Doctors", "National Health System" e "Lalonde Report". A literatura acadêmica disponível na Internet e utilizada neste trabalho foi encontrada a partir da digitação direta, nos sistemas de busca, dos nomes dos autores citados em referências bibliográficas de outras publicações.

Procurou-se, durante o trabalho, expor a dialética presente na literatura acadêmica sobre o assunto. Tanto a documentação oficial como a literatura dialogam entre si e com as observações do autor, uma vez que o observador também é parte de sua pesquisa e do processo ao qual observa. Segundo Minayo (2000),

“... Ninguém hoje ousaria negar a evidência de que toda ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes (...). A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa que, uma vez conhecida e assumida, pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento”. (Minayo, 2000:21).

A pesquisa por meio da revisão bibliográfica acerca de processos sociais deve considerar que esses são, por natureza, efêmeros. Essa condição significa que não há como desvincular o presente estudo da sua época e de seu contexto histórico, permanentemente sujeito a

mudanças. Por conseguinte, as conclusões alcançadas estarão sempre sujeitas à mesma efemeridade presente nos contextos e processos estudados. Nas palavras de Minayo,

“... As sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo (...), os grupos sociais que as constituem são mutáveis e (...) tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado...” (Minayo, 2000:20).

Ao se optar pela pesquisa bibliográfica, deve-se levar em conta que a explicitação – na documentação oficial – da relação entre um objeto pesquisado e uma hipótese norteadora não significa que essa relação exista tal como concebida ou descrita, uma vez que as ações e discursos encontram-se em terreno mais sutil e dinâmico do que aquele habitado pelas palavras escritas. Dessa forma, o método de pesquisa utilizado torna-se limitado, por enfatizar mais a conformação do objeto em si do que das relações de poder que o originaram ou que dele façam parte. Daí a importância da literatura acadêmica como fonte de contextualização.

Explicitadas as condições de construção do presente estudo, descrever-se-á a sua estrutura: a primeira parte procurará apresentar causas e aspectos essenciais da Medicina Pré-Científica. Em seguida, descreverá o processo de reestruturação da medicina, a partir da Ciência, ocorrido no começo do século XX, e as contradições originadas a partir dessa mudança ao longo dos anos.

A segunda parte, essencialmente descritiva, abrangerá algumas experiências anteriores à Conferência de Alma-Ata, que guardam relação com o conceito de APS ali originado. Em seguida, apresentar-se-á esse evento, seus resultados e algumas discussões recentes sobre o mérito da APS e da meta "Saúde para Todos".

A terceira parte analisará as conquistas e dificuldades percebidas em documentos da OMS durante as recapitulações da primeira conferência, ocorridas em eventos organizados por aquela instituição. Também apresentará as idéias expostas no Relatório *Investindo em*

Saúde, do Banco Mundial, suas relações com o conceito de APS surgido em Alma-Ata e as diferentes interpretações da APS, originadas a partir das idéias dessa instituição.

A quarta parte é dedicada ao surgimento do Sistema Único de Saúde Brasileiro, e nela procurar-se-á apresentar o surgimento do SUS e demonstrar a semelhança entre os ideais de Alma-Ata e aqueles norteadores do Sistema Único de Saúde.

A quinta parte expõe a controvérsia acerca da atual estrutura da APS no Brasil, denominada *Atenção Básica*, e procurará demonstrar a relação, no âmbito da documentação oficial, entre essa interpretação da APS e os preceitos de Alma-Ata, bem como o seu antagonismo em relação à proposta do Banco Mundial. Ao final da quinta parte estão os comentários finais do autor.

**Primeira Parte - A Medicina Científica: Antecedentes,
Origem e Contradições**

1.1 – A era pré-flexneriana

Esta seção fará uma análise do contexto anterior ao advento e a consolidação hegemônica da Medicina Científica (ou Flexneriana) no século XX. Tal reflexão é importante para o entendimento do contexto histórico no qual surgiu e evoluiu aquele modelo.

O século XIX assistiu ao desenvolvimento da Revolução Industrial e da urbanização ocorrida como consequência da nova conformação da estrutura produtiva. Esse processo de aglomeração urbana, surgido primeiramente em países da Europa, como Inglaterra, França e Alemanha, e nos Estados Unidos (atingindo esse país sobretudo nas cidades portuárias como Boston e Nova York) trouxe consigo novos problemas sociais. A emergência de epidemias e a deterioração progressiva das condições de vida das populações mais pobres ocorriam na medida em que se acentuavam os fluxos migratórios desordenados (Silva Júnior, 1998).

Essas adversidades poderiam contribuir para o surgimento de duas consequências indesejadas: o prejuízo da acumulação de capital, através da morte ou incapacidade de trabalhadores por epidemias ou condições desfavoráveis de trabalho, e a instabilidade política, motivada pelo descontentamento das massas com a ordem social instalada.

A medicina pré-científica estava vinculada ao cumprimento de objetivos nacionais, tais como a legitimação do modelo econômico emergente (capitalismo), a manutenção da estrutura social recém-acomodada e a acumulação de capital necessária para o sustento e expansão do Estado. O processo de acumulação capitalista vigente necessitava de grandes massas de empregados com o objetivo de acelerar a produção industrial, ao mesmo tempo em que promovia um mercado de trabalho baseado na oferta generalizada de trabalhadores desarticulados entre si e propensos, portanto, ao recebimento de salários insuficientes para suas necessidades de vida.

Donnangelo (1979) aborda o surgimento dessa oferta excessiva ao relatar o processo de empobrecimento dos trabalhadores rurais ingleses e a sua expulsão do campo após a

inserção do capitalismo na agricultura, patrocinador de uma reestruturação das propriedades rurais. A expansão de pastos para a produção de maiores quantidades de lã para manufatura promoveu a migração de um contingente significativo de trabalhadores que não foi absorvido pelas fábricas no mesmo ritmo em que se tornava disponível, o que levou à constituição de uma massa de desempregados sem alternativa além da indigência.

Foi nesse contexto que o Estado inglês se viu obrigado a formular políticas com o objetivo de manter a ordem social, ameaçada com as crescentes articulações e reivindicações das populações mais atingidas, e garantir a preservação da força de trabalho presente e futura. Relegaram-se à Lei dos Pobres¹, em vigor desde o início do século XXVII, as questões de saúde pública da época, e as ações preconizadas eram levadas a cabo pela iniciativa privada a partir de delegação pelo poder público local (Silva Júnior, 1998). Segundo Donnangelo (1979), essa legislação foi responsável pela administração de alguma assistência regular aos indigentes daquela sociedade, mais efetiva e contínua que em outras sociedades.

Também a França tinha, segundo Foucault (1977), necessidade de manter a ordem social, ainda que em um contexto diferente: ali se fundamentou a *Medicina Urbana*, em virtude da complexidade crescente das relações socioculturais e ecológicas em uma metrópole como Paris. As condições de vida nessa cidade, a partir do século XVIII, tornaram-se críticas para as classes mais pobres, e a falta de boas condições sanitárias ameaçavam a população parisiense como um todo².

Essa situação gerou um fenômeno denominado *pânico urbano*. A crescente inquietude político-sanitária, notada sobretudo entre os membros da burguesia local, demandou medidas sanitárias por parte do governo – a quem coube aprimorar as técnicas seculares de

¹ A Lei dos Pobres foi outorgada em 1601 e vigorou até o século XX, sofrendo apenas uma modificação substancial durante todo o período - a Reforma da Lei dos Pobres de 1834 (Donnangelo, 1979).

² Foucault cita, a título de exemplo, a precária condição do *Cemitério dos Inocentes*, no qual eram empilhados os cadáveres das pessoas cujos recursos ou categoria social não lhes garantissem uma sepultura individual (Foucault, 1977:12).

quarentena, usadas durante a Idade Média, e aplicá-las no meio urbano dominado por doenças infecciosas. Outras medidas foram tomadas, como a mudança de hospitais e cemitérios para a periferia a partir de 1780, além da individualização dos ataúdes e das tumbas. A livre circulação do ar e da água passou a ser uma preocupação do Estado, o que causou o surgimento de grandes avenidas, a demolição de casas embaixo de pontes – acusadas de reter umidade e de impedir o fluxo do ar sobre os rios – e planos de organização das margens do Rio Sena, ação realizada no início do século XIX.

Na Alemanha, a preocupação com a saúde estava vinculada às necessidades de consolidação do Estado Nacional (*Staatswissenschaft*). Segundo Foucault (1977), na Alemanha se desenvolveu a *ciência do Estado* – necessária à sua consolidação, uma vez que o Estado alemão surgira a partir de pequenas unidades territoriais de frágil poder econômico e poder político fragmentado. A saúde passou a ser considerada uma aliada do Estado Nacional na medida em que conservava, reproduzia e garantia a força militar necessária à sua manutenção.

Essa importância da saúde para a garantia dos interesses nacionais acabou por desenvolver uma prática médica efetivamente empenhada na melhora da saúde da população alemã. Entre 1750 e 1770 formou-se o aparato estatal que seria conhecido como *Polícia Médica* (*Medizinischepolizei*), responsável pela organização do aparato burocrático para controle da atividade médica, pela normalização do ensino e do saber médicos e por um sistema de observação das taxas de natalidade e mortalidade. A ação estatal fez-se presente, também, na prevenção e no controle das doenças transmissíveis, da habitação, da educação sanitária, da nutrição, da higiene pessoal e ocupacional (Foucault, 1977:9).

Nos Estados Unidos, os aglomerados urbanos passaram a enfrentar problemas advindos da miséria após o intenso fluxo de imigrantes europeus que fugiam das turbulências políticas da Europa, ao final do século XIX e início do século XX. Os cortiços alastraram-se pelo espaço urbano, e surtos epidêmicos trouxeram grandes prejuízos à indústria americana (Rosen, 1994 apud Silva Júnior, 1998). Ao contrário do empenho do Estado inglês, nesse país o governo federal sentia-se desobrigado de coordenar uma política nacional de saúde

ao basear-se na autonomia das unidades federadas, o que conduziu a uma maior participação dos municípios e estados nas formulações das políticas de saúde minimizadoras dos danos à produção econômica.

Exemplifica-se, com base na menção a essas nações, um papel da assistência médica na legitimação do modelo social, na manutenção da economia e na garantia da ordem, ainda que as preocupações de cada estado conduzam-nos a prioridades diferentes em relação aos papéis supracitados. Donnangelo sintetiza um aspecto geral dessa função da medicina ao se referir à Lei dos Pobres inglesa, que teria introduzido naquele país um princípio de intervenção médica *"... que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao ato médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade"*. (Donnangelo, 1979:64).

Assim, o objeto escolhido pela prática médica é o coletivo das pessoas, imprescindível como força de trabalho para a acumulação capitalista e necessário à expansão militar e econômica do Estado. A assistência ao povo garantiria também a manutenção da ordem vigente, uma vez que... *"a medicina é socialmente útil na medida em que a maioria das pessoas acredita e aceita a proposição que uma situação causada na realidade por fatores políticos pode ser resolvida individualmente pela intervenção do médico"* (Navarro, 1986:128 apud Silva Júnior, 1998:21).

Analisamos, nesta seção, o contexto antecedente ao paradigma da Medicina Científica ou Flexneriana, ainda hegemônico em nosso tempo. A próxima seção tratará da sua construção e disseminação na sociedade capitalista ocidental.

1.2 – O Paradigma Flexneriano

O final do Século XIX assistiu também a inúmeros avanços tecnológicos no setor saúde. As descobertas de Koch e Pasteur trouxeram consigo o promissor campo da microbiologia e, com ele, o entendimento de que várias patologias possuíam determinantes precisos e passíveis de prevenção e/ou intervenção humana. O homem passaria, então, a exercer um

papel ativo e potencialmente eficaz na luta contra as doenças e o sofrimento do próprio homem (Campos & Aguiar, 2002: 92).

Somam-se a isso descobertas anteriores, como os procedimentos anestésicos na primeira metade daquele século e a descoberta da imunização ativa contra a varíola ao final do século XVIII. Baseado na ciência cartesiana e inspirado nos ideais positivistas do século XIX, o homem embalou-se em um contexto de euforia e confiança na capacidade da ciência em melhorar suas condições de vida.

O ideal positivista da saúde, entretanto, opunha-se às práticas usuais da medicina americana em fins de século XIX. Naquele país, berço da Medicina Científica, havia um constante conflito entre os médicos *reguladores*, que eram egressos das universidades européias e das inúmeras escolas americanas que proliferaram nos Estados Unidos após a Guerra da Independência, e os *práticos* ou *empíricos*, denominação geral para pessoas com algum treinamento em habilidades curativas (Coelho, 1995). Havia também inúmeros adeptos de seitas curativas surgidas no século XIX, também vistos com ressalvas pelos primeiros.

Em relação ao empiricismo terapêutico daquela época, Coelho (1995) relata a afirmação de um historiador da medicina americana, segundo a qual havia três direitos consagrados no ideário popular americano: à vida, à liberdade e ao charlatanismo. De fato, a cultura democrática era um obstáculo às tentativas corporativistas de se legitimar a medicina científica como única e verdadeira. O sentimento igualitário do homem do povo impedia a proibição das práticas não-científicas exercidas por cidadãos para cidadãos.

“A massa da população, justamente cética sobre as vantagens relativas da medicina regular e pouco inclinada a admitir privilégios corporativos, via com suspeitas as campanhas contra a liberdade de curar e alguns estados resistiam em promulgar leis de licenciamento, até por reconhecerem que em termos de resultados práticos tanto fazia recorrer aos regulares ou aos empíricos: nenhuma das medicinas em disputa tinha qualquer eficácia terapêutica.”
(Coelho, 1995: 44).

A falta de regulamentação científica das escolas médicas americanas, ocorrida em parte por força desse confronto, contribuiu para o aumento de seu número e também para a

heterogeneidade das normas e práticas pedagógicas, o que prejudicava ainda mais a consolidação do ideário da medicina científica. O espírito mercantilista conduziu à proliferação dos mais diversos tipos de escolas, muitas sem vínculos universitários e sem pré-requisitos para matrículas.

Em 1910, a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, a realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses. O documento elaborado após esse estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, reforça a luta pelo ideário científico da medicina. Um novo paradigma médico surge desse episódio: a Medicina Científica, ou Flexneriana, passa a nortear a formação dos futuros médicos e se insinua na reconstituição do próprio processo de trabalho médico.

As principais propostas desse documento para o desenvolvimento do ensino nas escolas de medicina são:

- definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;
- introdução do ensino laboratorial;
- estímulo à docência em tempo integral
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica;
- vinculação da pesquisa ao ensino;
- estímulo à especialização médica;
- controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Tais diretrizes imprimiram indelevelmente ao ensino as propriedades científicas que lhe faltavam para impulsionar a nova concepção médica baseada na ciência cartesiana. O fechamento de um número significativo de escolas – processo que já havia se iniciado antes do surgimento do Relatório Flexner – traz, enfim, a desejada padronização das práticas

pedagógicas e o esforço das instituições em buscar e manter a qualidade do ensino, tal como concebida naquele documento.

Mendes (1985) explica o advento da Medicina Científica sob a ótica dos interesses sociais da Fundação Carnegie, uma vez que aquela instituição havia escolhido, como objeto de trabalho, estudos sobre profissões que exerciam algum impacto direto na comunidade, tais como direito, medicina e teologia. Essa instituição tinha como pressuposto que o melhoramento e a elitização dos profissionais dessas áreas permitiriam que eles desempenhassem um papel estabilizador nas comunidades, devido à sua natural capacidade de liderança (Berliner, 1975 apud Mendes, 1985). De fato, pôde-se notar uma hierarquização da educação médica, uma vez que as escolas passaram a contar com um maior número de homens, brancos e de classe média alta, únicos estudantes que poderiam custear os estudos em medicina (encarecidos após o Relatório Flexner).

A Medicina Flexneriana calcou-se em elementos estruturais que acabaram por reconstruir o processo de trabalho médico. O seu entendimento faz-se necessário para a compreensão de tais mudanças:

O *Mecanicismo* faz uma analogia do corpo humano com a máquina. O primeiro é interpretado como um sistema em equilíbrio, possuidor de fragilidades que naturalmente geram danos passíveis de intervenção através de métodos químicos, físicos e elétricos. Esse complexo, segundo a visão científica corrente, pode ser fragmentado em partes menores para otimizar a compreensão dos problemas e facilitar o processo de treinamento dos profissionais.

O *Biologicismo* tenta explicar as causas e conseqüências das doenças através de alterações biológicas diversas, e sua força vem da descoberta dos microorganismos no século XIX. Imediatamente após a constatação de que pequenos seres unicelulares compartilhavam do mesmo meio que o homem e que alguns relacionavam-se com doenças, não se sabia ainda a extensão da interação entre os seres humanos e os microorganismos, o que justifica a tentativa de generalizar-se o seu papel nos infortúnios referentes à saúde.

Somam-se a esse contexto as melhorias sanitárias e as mudanças nos padrões de vida na Alemanha e na França à época. Ainda assim, O progresso obtido nos níveis de saúde teria sido, segundo Mendes (1985), predominantemente associado à inovações tecnológicas, como as vacinas recém-descobertas, contribuindo assim para a legitimação do biologicismo na medicina Flexneriana. O *Biologicismo*, intimamente relacionado ao novo modelo, procura isentar os fatores de ordem econômica e social na determinação dos agravos à saúde.

O *individualismo* está presente na medicina científica devido à eleição do *indivíduo* como objeto da mesma, em detrimento das coletividades humanas. O paciente é visto como uma eventual vítima de conjunções de fatores desfavoráveis e fatalidades que lhe atingem individualmente, e é no âmbito pessoal que se deve intervir para minimizar o infortúnio. Pode-se, inclusive, atribuir ao indivíduo a responsabilidade pelo aparecimento de suas enfermidades.

A *especialização* resultou da troca entre a globalidade do objeto da prática médica e a profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas.

A *exclusão de práticas alternativas* foi necessária para a viabilização da medicina científica. Essa firmou-se como eficaz porque era comprovada cientificamente, ao contrário das práticas baseadas no empiricismo ou no curandeirismo.

A *tecnificação do ato médico* legitima o *mecanicismo* e o *biologicismo* citados anteriormente ao alijar do processo de trabalho o componente não-científico das relações humanas. A difusão da tecnologia contribui para a progressividade do uso da técnica científica em detrimento da percepção dos sentidos.

A *ênfase na medicina curativa* interpreta a fisiopatologia como o próprio agravo, e não como sua expressão. Esse elemento reduz consideravelmente o universo de problemas a se confrontar, bem como restringe o universo de intervenções possíveis.

A *concentração de recursos* deve às exigências da sociedade industrial e da lógica mercantilista na assistência médica. Os serviços e a tecnologia concentram-se onde há quem possa pagar por eles, e não onde deles se necessita. É uma das manifestações da ausência de regulação estatal e da concepção da saúde como mercadoria sujeita às leis de mercado, e sua consequência imediata foi a consolidação do espaço hospitalar como ambiente hegemônico da prática médica.

Os elementos anteriormente citados reformularam o processo de trabalho na medida em que deslocaram o foco de atenção da sociedade para o indivíduo, tecnicizaram a assistência médica e reduziram o universo dos problemas de saúde – daí por diante considerados *problemas médicos* – através do mecanicismo, do biologicismo e da ênfase na cura individual.

Como se verá a seguir, o modelo recém-implantado disseminou-se rapidamente pelas nações ocidentais, e assistiu a um avanço tecnológico sem precedentes na história da humanidade.

Procurou-se mostrar, nesta seção, o contexto social e tecnológico que possibilitou a tentativa de se legitimar a prática médica exclusivamente pelo método científico – ocorrida após a publicação do Relatório Flexner. Citaram-se as principais propostas daquele documento, e analisaram-se os elementos estruturais do novo paradigma em saúde.

1.3 – As contradições da Medicina Científica

Esta seção tentará mostrar, de uma forma geral, as contradições decorridas do aprofundamento da medicina flexneriana nas sociedades capitalistas ocidentais durante o século XX. O impacto específico desse modelo na saúde brasileira será descrito na quarta parte deste estudo.

Antes, porém, serão analisadas algumas das possíveis contribuições da Medicina Flexneriana, considerando-se o contexto no qual ela surgiu.

O novo modelo médico coexistiu com um avanço científico e tecnológico inédito na história do homem, e com ele relacionou-se ao longo do tempo. O notável ciclo de desenvolvimento econômico, ocorrido após a segunda guerra mundial no hemisfério norte, proporcionou o advento de inúmeras ferramentas propedêuticas e terapêuticas.

A disciplina científica sugerida por Flexner, como já se viu, ocorreu em uma sociedade marcada pela falta de regulamentação da profissão médica e pelo excesso de escolas médicas regidas unicamente pela lei de mercado. As ações tomadas de acordo com as recomendações de seu relatório, inéditas, ajudaram a abrir espaço para a incipiente revolução tecnológica em saúde ao valorizarem a pesquisa e associarem-na ao ensino. Novas tecnologias médicas, como o uso de antibióticos e a disseminação da prática da vacinação, passaram a integrar o arsenal da ciência contra males milenares que afligiam o homem.

Havia, portanto, todo um contexto social e econômico propício à medicina científica, que dele se alimentou para ascender-se. Muitos críticos desse modelo, entretanto, tecem acusações a Flexner, sobretudo no que tange à desvalorização do humanismo no contexto da prática médica.

Ferreira (2001) defende a análise do Relatório Flexneriano visto como fruto de sua época, ao mencionar que essas acusações deixam de contextualizar o tempo, o ambiente sociocultural e de trabalho no qual e para o qual as diretrizes flexnerianas foram elaboradas, alertando que tal postura ajuda a ampliar o fosso que separa a medicina curativa de práticas preventivas e promotoras da saúde.

Por outro lado, o fato de haver um momento propício ao funcionamento da Medicina Científica leva-nos à seguinte reflexão: uma vez que os contextos de vida humanos são mutáveis, é natural que o tempo acabe contribuindo para o surgimento de contradições

entre um modelo de pensamento determinado – ou paradigma – e a conjuntura vigente. Partindo-se desse pressuposto, há que se analisar o modelo atual, preconizado no começo do século XX. Dividir-se-á o restante desta seção em três partes, a fim de se estabelecer uma categorização sistematizada das principais contradições analisadas neste estudo:

a) Medicina Científica e transição epidemiológica

A maioria dos países ocidentais europeus no século XX assistiu a uma importante transição epidemiológica, descrita por Omram (1971) como clássica ou ocidental. Segundo esse modelo transicional, tais países assistiram à diminuição de suas altas taxas de fecundidade e mortalidade na medida em que se modernizaram. Houve uma importante diminuição da participação das doenças infecciosas no total das causas de mortalidade, ao mesmo tempo em que se observou um aumento da participação de causas cardiovasculares, degenerativas e neoplásicas.

A relação entre a Medicina Científica e a transição epidemiológica pode ser analisada sob dois aspectos: o primeiro é o papel do novo paradigma na determinação dessa transição, e o segundo, o potencial da Medicina Científica em atuar sob o novo cenário epidemiológico.

Em relação ao primeiro aspecto, alguns autores questionam a associação direta entre a transição epidemiológica e a Medicina Científica. Ainda que seja inegável o papel das novas tecnologias na melhoria de vida do homem, Omram (1971) relata que as principais causas da transição ocidental clássica – descrita acima – são fatores eco-biológicos e socioeconômicos.

Segundo o autor, os cuidados médicos só passaram a exercer influência sobre a transição epidemiológica no século XX, embora esse fenômeno já pudesse ser observado durante o século XIX. Ele admite, porém, uma maior influência de fatores médicos na transição epidemiológica contemporânea (ou atrasada), observada principalmente nos países em desenvolvimento.

Um exemplo da falta de relação cronológica entre as intervenções médicas e o declínio de males infecciosos é apresentado por autores como Foucault (1977), Illich (1975) e Evans (1994): a evolução da morbimortalidade da Tuberculose a partir do século XIX mostra que as medidas empíricas de proteção e prevenção contra essa enfermidade revelaram-se mais eficazes contra aquela doença do que a vacina BCG e os quimioterápicos, uma vez que esses últimos apareceram em um momento no qual já se observava um expressivo declínio de sua letalidade (Evans, 1994:10). Foucault (1977:3) aponta como prováveis causas desse fenômeno a mudança de condições socioeconômicas, a adaptação humana à doença, o enfraquecimento do bacilo e as medidas de higiene e de isolamento dos enfermos.

Para Illich, outras doenças como a Febre Tifóide, a Cólera, a Disenteria, a Escarlatina, a Difteria e o Sarampo seguiram o mesmo padrão da Tuberculose, alcançando um pico de mortalidade e diminuindo independentemente de controle médico (Illich, 1975:15).

Analisemos, agora, o segundo aspecto da relação entre a Medicina Científica e a transição epidemiológica: a capacidade daquele modelo em atuar eficazmente no novo perfil de morbimortalidade.

Uma vez instalado esse fenômeno, observa-se um aumento da prevalência de doenças degenerativas e um aumento progressivo da cronicidade de várias enfermidades – muitas anteriormente letais. Lalonde (1974) observa que as maiores causas de mortalidade no Canadá, no começo do século XX, deviam-se a doenças predominantemente infecciosas ou relacionadas a esse tipo de agravo. Em 1970, apenas uma das dez maiores causas de morte tinha etiologia infecciosa. O aumento da expectativa de vida, segundo esse autor, trouxe consigo uma maior prevalência de doenças crônicas e relacionadas ao envelhecimento.

Temos aqui uma contradição entre o modelo da medicina científica e o contexto atual: ocorre uma mudança do perfil epidemiológico a partir do aumento da morbidade e diminuição da mortalidade de várias doenças, ao mesmo tempo em que se conserva a

hegemonia de um modelo caracterizado pela falta de longitudinalidade no cuidado – uma vez que a intervenção se faz de maneira pontual e sob a ótica *mecanicista*.

Há, então, uma dicotomia entre as necessidades de saúde anteriores à transição epidemiológica e aquelas observadas no decorrer desse processo. Tal dicotomia foi verbalizada por Lalonde (1974) através da expressão “*Care versus Cure*”: a medicina científica, devido ao estímulo dispensado à pesquisa – bem como ao contexto anterior à transição epidemiológica – volta-se para a cura e não para o cuidado (*care*) contínuo e humanizado dos pacientes crônicos, cada vez mais necessário. A falta de um vínculo mais aprofundado entre o profissional responsável pela atenção médica e o doente é prejudicial ao acompanhamento de portadores de patologias crônicas, pois torna mais difícil o monitoramento da história natural da doença, sua evolução clínica e o entendimento de seus determinantes sócio-ambientais.

b) Medicina Científica e os custos em saúde

As características do uso da tecnologia e da especialização médica presentes no Relatório Flexner permitiram uma impulsão à indústria de equipamentos médicos, medicamentos, pesquisa e ensino em medicina (Silva Júnior, 1998; Cordoni, 1979), levando-o a abrigar contradições à medida que proporcionava um aumento considerável de gastos com a indústria médica que então se configurou. Houve, portanto, o surgimento de toda uma atividade econômica voltada para a assistência médica e para o lucro em potencial do mercado por ela constituído – uma *indústria da saúde*.

O aparecimento dessa indústria lucrativa relaciona-se com o aumento progressivo dos custos da atenção médica na maioria dos países capitalistas ocidentais ao agregar tecnologias e procedimentos à clínica. Há uma contradição originada desse evento, uma vez que o aumento do consumo de serviços de saúde e de medicamentos – bases do chamado *complexo médico-industrial* – não foi acompanhado de uma melhora proporcional de indicadores de saúde (Foucault, 1976:167).

Alguns determinantes do aumento dos custos em saúde foram denominados por Arrow como *falhas de mercado* (Arrow, 1963 Apud Albuquerque & Campos, 1998). Segundo esse autor, a regulação completa da *indústria da saúde* pelas forças de mercado não garante a eficiência do serviço devido a algumas falhas que não são naturalmente resolvidas pela aplicação da doutrina liberal no setor. Uma dessas falhas explica o comportamento descrito no parágrafo anterior: os custos em saúde aumentam demasiadamente porque as tecnologias incorporadas não são *substituíveis*. Ao contrário da evolução geral dos bens de consumo, os equipamentos imaginológicos mais modernos não exigem de uso a radiografia e o exame clínico, e provavelmente não serão substituídos por novas tecnologias no futuro, mas complementadas por elas.

Outra falha de mercado dessa atividade econômica diz respeito aos limites à racionalização da produção em saúde. Os gastos em alguns serviços não podem ser otimizados, ainda que, paradoxalmente, a ociosidade dos mesmos possa ser desejável, como no caso dos serviços de atendimento traumatológico (Campos & Albuquerque, 1998).

Uma terceira falha de mercado se faz importante para a presente análise: há uma ausência de *autolimitação* ao consumo de serviços de saúde, pois não há um teto natural para ele. A vida, ao ser considerada um bem inestimável e imensurável, certamente fará uso de todos os recursos tecnológicos ao seu alcance, sem considerar custos ou duração dos tratamentos prescritos.

Se, por um lado, as falhas de mercado explicam alguns mecanismos de aumento dos custos da assistência médica, por outro não justificam tais gastos, uma vez que a eficácia da medicina científica estagnou-se. A essa falta de correlação entre gastos e resultados em saúde, de acometimento universal, denominou-se *Inflação Médica* (Mendes, 1985). A falta de limite claro para os gastos em saúde no contexto da Medicina Científica pode torná-la inviável se a esses gastos não corresponderem melhorias na saúde de uma determinada população.

A estreita relação entre a medicina e a indústria médica possibilitou a percepção de saúde como um bem a ser alcançado e mantido através do uso de procedimentos e medicamentos. A intensa atividade econômica dessa indústria – comprometida com a acumulação capitalista – passou a encarar o uso indiscriminado do arsenal médico e a burocracia de serviços públicos de saúde como um fim em si, e não como um meio para se prevenirem doenças e restabelecer ou promover a saúde.

c) Medicina Científica e o processo de trabalho em saúde

A prática clínica do século XX acabou por distanciar-se significativamente daquela exercida durante os séculos anteriores devido a alguns aspectos estruturais do paradigma científico.

A incorporação de características capitalistas de produção no escopo da prática médica tem um impacto na mudança do processo do trabalho médico na medida em que o tecnicifica, padroniza-o e divide-o em porções parcelares de um todo inacessível a um só trabalhador, alienando-o definitivamente do processo de produção.

“... de referência à constituição de novas configurações da prática médica é possível afirmar que, mediante a relação entre o trabalho médico e o objeto de sua prática, o desenvolvimento de tais recursos tecnológicos e de capital, equivale à possibilidade de uma radical transformação na produção dos serviços, basicamente em dois sentidos: o da superação da clínica como meio básico de trabalho e o da absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização de produção”. (Donnangelo, 1979)

Os ideais da Medicina Científica preconizavam o estímulo à especialização médica – que encontra nichos na produção e especialização cada vez mais sofisticada de equipamentos propedêuticos e terapêuticos – e a ênfase nos esforços de pesquisa biotecnológica. A ampliação da percepção clínica através de novos meios diagnósticos, entretanto, viria a alterar profundamente o processo de trabalho do médico, acarretando o prejuízo da visão integral do indivíduo.

O exercício da clínica ao longo de vários séculos valeu-se da capacidade de empatia entre o médico e o paciente, que permite apreender a condição subjetiva do último. O olho clínico, ou *feeling*, busca as coisas não objetivas em sua história natural e social, bem como em seu exame físico, e tal cumplicidade na relação médico-paciente não é recente: foi construída ontologicamente por milhares de anos, a partir do momento em que apareceu no mundo alguém portador de um sofrer e, ao mesmo tempo, outro alguém capaz de aliviar esse mal (Campos & Albuquerque, 1998).

A medicina científica assistiu à transformação da clínica, que perdeu acuidade na percepção integral do indivíduo ao reorganizar a sua produção, ao mesmo tempo em que relegou à tecnologia a visão do homem através de seus tecidos, órgãos e sistemas. O misto de objetividade e subjetividade, de ciência e arte preconizado por Hipócrates é substituído pela progressiva desumanização da relação médico-paciente e pela valorização do substrato biológico, que muitas vezes conduz à constatação da ausência de alterações a despeito dos sintomas sofridos pelo paciente.

A desumanização do atendimento, como já foi dito anteriormente, é uma crítica freqüente ao modelo da medicina científica e vem sendo atribuída a Flexner, que não teria se preocupado com esse aspecto do exercício médico. Tal relação direta não é, contudo, tão facilmente demonstrável. Em sua defesa, Ferreira (2001) escreve:

“É certo que Flexner (...) poderia haver deixado escapar a preocupação com a sensibilidade humana, componente essencial do exercício profissional nesse campo, que vincula saúde à qualidade de vida e realça a dimensão ética do trabalho médico com ênfase num relacionamento afetivo, de respeito, dedicação e fraternidade. Aparentemente, a importância concedida aos aspectos técnicos da profissão, que, no contexto do estudo por ele realizado, apareciam como de máxima prioridade, levou-o a conceder menos destaque ao caráter humano da prática, caráter esse que naquele momento histórico era suficientemente valorizado, até mesmo com a consigna do ‘sacerdócio da medicina’” Ferreira (2001: 39).

Esse processo de desumanização pode ser atribuído, em parte, à inserção das modalidades de produção capitalista na prática médica, bem como à fragmentação do trabalho médico e à conseqüente perda da responsabilidade sobre o paciente por parte dos profissionais

especialistas. Ao longo do século XX ocorreu, portanto, uma desumanização do que antes era naturalmente humanizado e, por ser esse processo posterior a Flexner, tal preocupação não se constituiu necessariamente em uma prioridade.

Procurou-se analisar, nesta seção, as principais contradições decorrentes da consolidação da Medicina Científica ao longo de seu tempo de evolução. A segunda parte deste trabalho reconstituirá o nascimento da idéia da atenção primária, concebida como um instrumento para reduzir as iniquidades em saúde, causadas pelas contradições anteriormente apresentadas.

Segunda Parte - Atenção Primária: A Construção de um Conceito

Na segunda parte deste trabalho, procurar-se-á explicar o surgimento do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito internacional, de forma a auxiliar na compreensão de sua influência no atual sistema de saúde brasileiro – objeto de análise posterior do presente estudo. Essa parte está dividida em três seções: a primeira versará sobre idéias ou iniciativas anteriores à elaboração do conceito de Atenção Primária em Alma-Ata. A segunda analisará o conceito de Atenção Primária advindo daquele encontro – importante marco das discussões sobre o assunto. A terceira introduz algumas discussões recentes sobre possibilidades e limitações da APS e da meta "Saúde para Todos".

2.1 – Algumas idéias e iniciativas anteriores à Conferência de Alma-Ata

A regionalização dos serviços de saúde e a integração entre a prática clínica e a saúde pública já eram defendidas ou praticadas, em algum grau, desde o século XIX. Também nesse século alguns estudiosos já se interessavam pelas possíveis relações entre os determinantes sociais e a saúde. A seguir, serão mostradas algumas iniciativas de valor histórico, que tenham exercido marcada influência nas discussões que antecederam a Conferência de Alma-Ata, sem que se pretenda aqui esgotar-se o escopo das iniciativas e idéias anteriores a esse evento.

a) Alemanha

“A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala.”

(Rudolf Virchow)

A expressão *Medicina Social*, corrente nos dias de hoje, é comumente associada a Rudolf Virchow, médico e político alemão do século XIX. Influenciado pelas idéias de Engels, em 1847, Virchow investigou uma severa epidemia de Febre Tifóide em uma área rural da Prússia, a *Alta Silésia*, atendendo a uma solicitação do governo daquele país (Rosen, 1979). O relatório advindo desse estudo trouxe recomendações médicas pouco convencionais à época: a realização de uma radical reforma econômica, política e social

que incluísse aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Em linhas gerais, essas mudanças deveriam apreender uma “democracia completa e irrestrita”, educação, liberdade e prosperidade (Rosen, 1979:78; Waitzkin, 1980: 1).

A Virchow não ocorreu solicitar soluções estritamente médicas, como era de se esperar. Em vez disso, recomendou fortemente o investimento na qualidade de vida dos habitantes da Alta Silésia. Como se pode apurar por esse fato e pela frase reproduzida no começo desse tópico – um pouco retórica, mas de grande efeito, segundo Rosen (1979) – Virchow começara a delinear uma ampliação do conceito de saúde a partir do momento em que o tira da exclusiva seara médica e o transforma em objeto da esfera política – a “medicina em grande escala”.

Segundo Waitzkin (1980), Virchow acreditava que as melhorias do sistema de atendimento à saúde deveriam ser acompanhadas de profundas transformações políticas, econômicas e sociais, uma vez que a origem dos problemas de saúde possui uma natureza multifatorial.

b) Rússia

Em 1864, a Rússia czarista implementou o projeto *Zemstvo*¹, criando assembleias distritais deliberativas compostas por nobres, donos de terra e trabalhadores rurais. Tais órgãos de representação tinham um escopo de legislação muito estreito: podiam deliberar sobre saúde pública, medidas contra a fome, construção de estradas, sistema educacional e cadeias².

As assembleias *Zemstvo* foram responsáveis pelo estabelecimento de uma rede de centros de saúde em áreas rurais por toda a Rússia, embora o seu sucesso tenha sido limitado^{3,4}.

¹ A expressão *Zemstvo* vem da palavra russa *Zemlia*, ou *terra*, e significa *distrito*.

² *Local Government (Zemstvo)*. In. *Lecture Outline*. Disponível em: <<http://www.indiana.edu/~histweb/fall2002/ransel/d101/assignments/More-Reforms.htm>> . Acessado em: 10/12/2002

³ *Health in the USSR*. Disponível em: <<http://www.lalkar.demon.co.uk/issues/contents/sep2000/health.htm>> . Acessado em: 10/12/2002

Elas também instituíram cargos e organizações sanitárias nas províncias: Em 1872, o *Zemstvo* de Perm criou, pela primeira vez na Rússia, o posto de médico sanitário – responsável pelo desenvolvimento de estudos epidemiológicos nas áreas referentes a um *Zemstvo*, de forma a evitar surtos epidêmicos – e, treze anos mais tarde, o *Zemstvo* de Moscou criaria o primeiro Instituto de Médicos Sanitários. Essa organização teria, em 1913, duzentos e cinquenta e sete médicos sanitários em mais da metade das províncias russas (Sobolevsky & Ermakov, 1986).

A experiência sanitária obtida a partir do projeto *Zemstvo* foi mais tarde aperfeiçoada, sendo levada a cabo pelos bolcheviques após a revolução de 1917 (Rosen, 1994 apud Silva Júnior, 1998).

c) Inglaterra

A regionalização dos serviços de saúde e o entendimento do trabalho médico como uma integração entre ações curativas e preventivas, individuais e coletivas também já haviam sido preconizados na Inglaterra por um médico inglês, em 1920, Sir Bertrand Dawson.

Esse profissional concebeu a idéia de regionalização dos serviços de saúde na Inglaterra a partir da implantação de “Centros de saúde primários”, ou “*Primary health centers*”, vinculados a distritos, que deveriam ser instituições preparadas para prover serviços de medicina curativa e preventiva através de médicos generalistas (*general practitioners*)^{1,2}.

⁴ WHO. Regional Office for Europe. *Health Care Systems in Transition Russian Federation*. Disponível em: <<http://www.who.dk/document/e72969.pdf>>. Acessado em: 10/12/2002

Referências Bibliográficas na Internet sobre o Relatório Dawson:

¹ *The Dawson Report of 1920*. Disponível em: <<http://hsc.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/dawson.htm>>. Acessado em: 10/12/2002
Referências Bibliográficas na Internet sobre o Relatório Dawson:

² *Regions and Districts*. In. *National Health System History*. Disponível em: <<http://www.nhshistory.net/regions & districts.htm>>. Acessado em: 10/12/2002

Os Centros de Saúde Primários funcionariam como uma porta de entrada para o restante do sistema de saúde, também constituído por centros de saúde secundários, unidades de serviços suplementares e um hospital universitário (*teaching hospital*), que treinaria novos profissionais e trataria agravos à saúde mais raros e/ou complexos.

O Sistema Nacional de Saúde inglês (National Health System – NHS), fundado em 1948, organizou os serviços de saúde daquele país a partir do trabalho, em centros de saúde, dos médicos generalistas – ou *general practitioners* – e enfermeiros. Tal qual havia sido preconizado por Dawson, houve uma hierarquização dos serviços, que passaram a se apoiar na prática generalista dos profissionais de saúde. Os hospitais – anteriormente administrados por instituições municipais ou organizações voluntárias beneficentes – passaram a ser responsabilidade das Direções Regionais de Hospitais (*Regional Hospitals Board*), e os médicos generalistas constituíram-se em uma rede de médicos de família, que passou a funcionar como uma “guardiã” da entrada em outros níveis do sistema (Greengross et al, 2002).

Deve-se lembrar que havia, nesse país, uma emergente camada de médicos “*general practitioners*” desde o século XVIII – época na qual a categoria começou a ampliar-se e a protestar contra a estrutura hierárquica das ordens médicas de clínicos e cirurgiões (Coelho, 1995). A tradição generalista desses profissionais médicos encontrou no *National Health System* inglês uma oportunidade de trabalho e reconhecimento profissional.

Por fim, serviços de enfermagem domiciliar, saúde pública e ambiental, promoção de saúde e prevenção de enfermidades, que já se faziam presentes na época do advento do *National Health System*, continuaram a cargo das administrações locais, também responsáveis por assuntos como moradia, educação e vias públicas (Greengross et al, 2002).

d) China

A maior proposta de Atenção Primária à Saúde levada a cabo antes da Conferência de Alma-Ata, em termos de volume de trabalhadores envolvidos, foi a experiência chinesa (WHO Western Pacific Regional Committee, 1998). Iniciada no ano de 1965, foi descoberta

pelo mundo nos anos de 1973 e 1974, a partir do envio de duas missões de observação compostas por analistas ocidentais¹, e constituiu-se em inúmeras atividades desenvolvidas pelos comitês comunais chineses – preferencialmente nas regiões rurais – visando à melhoria da saúde da população de uma forma geral (Ferreira & Buss, 2001). Entre tais atividades, citam-se a organização da comunidade local, a atenção especial aos anciões, a promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras, a ajuda às escolas e serviços em geral, a organização do povo para cuidar da saúde ambiental, a realização de cuidados preventivos e tratamento, incluindo-se aqui o uso de ervas medicinais e o apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e incêndios.

A promoção de campanhas de saúde em diversos âmbitos também constituiu-se em uma importante atividade dos comitês comunais, com o objetivo de substituir velhos costumes e conscientizar a comunidade da importância de mobilizar-se para a execução de medidas preventivas e promotoras, tais como a limpeza das casas, ruas e quintais, a orientação de hábitos higiênicos em geral, instruções para manutenção e uso da água potável, construção de unidades rurais de saúde, preparação de insumos simples, como utensílios, pílulas e poções, controle da limpeza de locais públicos e movimentos de massa contra as “quatro pestes” (Ferreira & Buss, 2001).

Todas essas atividades envolviam distintos segmentos da população: homens comuns, associações de mulheres, jovens, militares, jubilados, ativistas da saúde e outros, todos liderados pelos profissionais designados como *médicos descalços*². No ano de 1975, esses profissionais chegavam à cifra de um milhão e trezentos mil, que trabalhavam ao lado de outros três milhões e seiscentos mil trabalhadores do setor saúde e de parteiras (WHO Western Pacific Regional Committee, 1998).

¹ OMS. *Relatório das missões oficiais da OMS à China, realizadas em 1973 e 1974*. Genebra, 1975 (Ferreira & Buss, 2001)

² Apesar do nome, os profissionais conhecidos como *médicos descalços* não tinham formação médica: sua seleção se dava, preferencialmente, entre os jovens camponeses de origem humilde indicados pelas comunidades (WHO Western Pacific Regional Committee, 1998). Corresponderiam, talvez, ao profissional brasileiro designado como “Agente Comunitário de Saúde” nos dias de hoje.

Os *médicos descalços* eram também treinados a participar constantemente das atividades agrícolas, recebendo proventos através do sistema de distribuição coletiva do regime socialista chinês. Eram estimulados também a estreitar cada vez mais seus laços com a comunidade na qual viviam e trabalhavam, sendo por elas bem recebidos. Todo esse processo ocorria em uma sociedade que assistia a um crescimento de sua consciência política e participativa – expressada, por exemplo, no processo de escolha dos *médicos descalços* e na autodeterminação presente na execução individual e coletiva das ações mencionadas, levadas a cabo pela própria comunidade (WHO Western Pacific Regional Committee, 1998).

Ferreira & Buss (2001) observam que, apesar do propósito da Organização Mundial da Saúde de divulgar essa experiência pouco convencional e aparentemente bem-sucedida, essa instituição não obteve autorização do governo chinês para fazê-lo. O governo alegou não considerar a experiência suficientemente madura para ser divulgada. Ainda que não tenha havido uma publicação integral dos relatos, esse fato não impediu a influência das idéias chinesas no delineamento da proposta de Atenção Primária à Saúde, apresentada na conferência de Alma-Ata.

e) Canadá

Uma importante contribuição para o pensamento das políticas de saúde na segunda metade do século XX veio na forma de um relatório do Ministério Nacional da Saúde e do Bem-Estar Nacional canadense. Assinado por Marc Lalonde, titular daquela pasta, o documento oficial “*A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document*”, também conhecido como Relatório Lalonde, foi publicado em 1974 e causou algum impacto ao relativizar a eficácia da medicina e da ciência em geral na manutenção de boas condições de saúde na população canadense. Sem questionar os ganhos do sistema de saúde do Canadá no tratamento de doenças e na prevenção de algumas enfermidades via vacinação, afirma o relatório:

“The traditional or generally-accepted view of the health field is that the art or science of medicine has been the fount from which all improvements in health have flowed, and popular belief equates the level of health with the quality of

medicine. Public health and individual care, provided by the public health physician, the medical practitioner, the nurse and the acute treatment hospital, have been widely-regarded as responsible for improvements in health status. Individual health care, in particular, has had a dominant position, and expenditures have generally been directed at improving its quality and accessibility.” (Lalonde, 1974).

Lalonde apresenta o conceito de *Campo de Saúde (Health Field)*, com o objetivo de ampliar a visão corrente de saúde – reduzida, segundo o relatório, à existência de bons serviços de atendimento médico. Esse conceito traz a visão de saúde como uma consequência comum a características presentes em quatro categorias: *estilo de vida* (advinda do comportamento humano e dos seus riscos auto-impostos), *condições biológicas* (relacionadas ao genótipo dos indivíduos e aos diversos processos fisiopatológicos passíveis de ocorrência em um organismo complexo como o corpo humano), *ambiente* (seja social, referente às condições de trabalho ou à contaminação dos recursos naturais como ar, água e alimentos) e, por fim, *serviços de saúde* (Lalonde, 1974).

Chama-se a atenção, no documento, para a necessidade de se compreender os agravos à saúde como fruto da ação, mais ou menos intensa, das quatro categorias apresentadas, advertindo-se para a possibilidade de uma nova fragmentação das ações em saúde ao se tentar categorizar os agravos de forma rígida e exclusiva. Tais ações deverão ocorrer integrando-se todos os atores responsáveis – indivíduos, governos, profissionais de saúde e instituições – uma vez que a capacidade de mudanças encontra-se dispersa entre eles.

Lalonde também adverte sobre a existência de *conflitos* entre as metas desejadas em saúde e o comportamento dos diversos atores com ela envolvidos : haveria contradições entre o desejo de uma boa acessibilidade dos serviços de saúde e a má distribuição territorial dos profissionais; de um controle de custos e a oferta indiscriminada de leitos e serviços; e de uma proporção razoável de médicos entre as diversas especialidades e a preferência dos profissionais por algumas delas.

As idéias contidas no Relatório Lalonde foram ampliadas por Jake Epp, ministro que sucedeu Lalonde em 1980, uma vez que seu enfoque se fez predominantemente sobre

alterações de estilos de vida, sem se deter na análise de eventos sociais que pudessem prejudicar tais hábitos. No documento conhecido como Relatório EPP, de 1986, ele incorporou amplamente os elementos da Atenção Primária – já então sugeridos pela Conferência de Alma-Ata, como se verá na seção seguinte – à proposta da promoção da saúde, enfatizando questões de equidade e justiça social¹.

f) Estados Unidos

Discussões sobre a eficácia da estrutura vigente de serviços de saúde e o seu impacto sobre a população também ocorriam nos Estados Unidos em meados do século XX. Em 1961, um importante estudo sobre as necessidades de cuidados médicos abordou a questão ao ser publicado no *New England Journal of Medicine*. Esse artigo – intitulado “*The Ecology of Medical Care*” – estudou a procura dos serviços de saúde por usuários americanos, concluindo-se que, de cada mil pessoas com mais de dezesseis anos em uma determinada comunidade, em média setecentas e cinquenta (75%) declaravam ter sofrido alguma espécie de mal-estar, doença ou lesão no espaço de um mês. Dessas, duzentas e cinquenta (25%) procuravam um médico uma ou mais vezes durante aquele período. Nove pessoas em média eram hospitalizadas (0,9%), cinco referidas a outro médico ou serviço (0,5%) e apenas uma (0,1%) era encaminhada a um centro médico universitário (White et al., 1961).

O trabalho alertou para o pouco conhecimento do processo de tomada de decisão pelo paciente – que decide por si próprio procurar um serviço de saúde, tratar seu problema por vias alternativas ou ignorá-lo. Também chamou a atenção para a real *distribuição ecológica* do uso dos serviços e das necessidades de saúde, argumentando que ela não era levada em conta na organização dos serviços de saúde ou no treinamento de profissionais – realizado preferencialmente em hospitais universitários, com ênfase nos agravos menos prevalentes e pouca atenção ao cuidado dos problemas mais comuns. Resultaria, daí, uma certa ineficácia do sistema de saúde americano em relação às necessidades de saúde de sua população (White et al., 1961).

¹EPP, J. *Achieving health for all: A framework for health promotion*. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.frcentre.net/library/AchievingHealthForAll.pdf>. Acesso em: 5 mar 2003.

A progressiva percepção dessa *distribuição ecológica* do uso dos serviços e das necessidades de saúde, aliada a um certo descrédito quanto à fragmentação do cuidado, trouxe consigo questionamentos quanto à forma de organização dos serviços de saúde americanos, fortemente marcados por características flexnerianas como o mecanicismo, o biologicismo, a especialização, a tecnificação do ato médico e a concentração de recursos – contraditórias em relação às reais necessidades de saúde da população.

Essas reflexões ganharam corpo e voz com o passar da década de 60. Em 1966, comitês formados pela Associação Médica Americana se uniram a outras entidades para formar relatórios¹ que ofereceriam as “bases da Medicina Familiar e os fundamentos de uma política federal e estatal para o financiamento da formação de médicos de família em cursos de pós-graduação” (Ceitlin, 1982 apud Paim 1986). O resultado direto desse processo foi a criação, em 1969, do *American Board of Family Practice* e o reconhecimento da Medicina Familiar como a vigésima especialidade médica americana. (Jordão, 1995; Paim, 1986).

A força surgida do movimento de *medicina familiar* nos Estados Unidos pode ser comprovada a partir da mudança de nome da *Academia Americana de Clínica Geral*, que passou a se chamar em 1971 – aos vinte e quatro anos de existência – *Academia Americana de Medicina Familiar*². Essa mudança refletiu “... o desejo de enfatizar os cuidados primários de saúde orientados para a família e ganhar a aceitação acadêmica para a nova especialidade de medicina familiar” (Jordão, 1995).

A nova especialidade surgida visava à maior atenção à pessoa, e não a um corpo de conhecimentos, auxiliando assim a compreensão do contexto da doença. Ela também se preocupava com a atenção à comunidade, encarando-a como um grupo em constante risco de adoecer, e valorizava os aspectos subjetivos da medicina, ao contrário da abordagem positivista dos problemas de saúde, usualmente preconizada pela Medicina Científica. A

¹ Dentre esses relatórios, Jordão (1995) cita dois notáveis: *The Graduate Education of Physicians: Report of the Citizens Committee on Graduate Medical Education* (Millis, 1966) e *Meeting the Challenge of Family Practice: Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council for Medical Education* (Willard, 1966)

² No original em inglês: de *American Academy of General Practice* para *American Academy of Family Physicians*.

maior atenção à subjetividade das condições do paciente ajudaria o médico a lidar com um problema detectado pelo estudo citado anteriormente: o predomínio de queixas indefinidas ou da percepção subjetiva de doença e de mal-estar na população, ao invés de condições patológicas bem definidas (White et al., 1961)³.

À mesma época em que se desenvolvia a *medicina familiar* nos Estados Unidos, outro movimento começava também a ganhar forças: a *medicina comunitária*. Ao contrário do primeiro, que se baseou nos aspectos clínicos de uma nova modalidade de exercício médico, o enfoque da *medicina comunitária* se fez, sobretudo, na ação social – destinada, principalmente, aos grupos marginalizados.

Tendo como pano de fundo a política social norte-americana da década de 60 – a *guerra contra a pobreza*, voltada para programas assistenciais – a *medicina comunitária* resultou da articulação entre agências governamentais e universidades, difundindo-se também em países da África e América Latina como projetos-piloto financiados por fundações filantrópicas americanas (Donnangelo, 1979; Silva Júnior, 1996).

Um importante respaldo teórico à medicina comunitária aparece no ano de 1970, quando foi lançado um documento denominado *Relatório Carnegie*. Esse relatório declarou a crise da medicina flexneriana e sugeriu medidas visando à sua superação. Dentre elas, destacavam-se a *integração precoce do estudante à clínica*, a *expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico*, a *integração entre matérias básicas e profissionalizantes nas instituições de ensino*, o *aumento de matrículas* (com prioridade para estudantes oriundos de famílias de baixa renda) e a *estruturação de planos nacionais de saúde*.

³ Naquele estudo questiona-se, inclusive, o uso de índices de mortalidade e morbidade como balizadores da estruturação dos serviços de saúde, uma vez que eles são úteis para a mensuração de doenças específicas, e não necessariamente os males mais comuns. Ao invés disso, dever-se-ia pesquisar a distribuição de percepções subjetivas de doença ou mal-estar da população em geral (White et al., 1961).

A concepção de *medicina comunitária* baseou-se em elementos estruturais que influenciaram marcadamente as discussões ocorridas durante a Conferência de Alma-Ata, objeto de análise da próxima seção. São eles:

- a) o *Coletivismo Restrito*, que visa resgatar a propriedade coletiva do objeto das práticas médicas;
- b) a *integração de atividades promocionais, preventivas e curativas*, como tentativa de se estabelecer a *integralidade* do cuidado;
- c) a *desconcentração de recursos*, mediante a hierarquização da oferta de serviços;
- d) o *uso de tecnologia adequada*, evitando-se o uso de procedimentos e equipamentos sofisticados e desnecessários à resolução de problemas de baixa complexidade;
- e) a *inclusão de práticas alternativas*, visando à legitimação das ações médicas frente à população através do oferecimento de formas alternativas, acadêmicas e populares de medicina;
- f) a *utilização de equipe de saúde*; mediante a reestruturação do processo de trabalho de forma a garantir a complementariedade das ações e respeitando-se a especificidade do trabalho de cada membro;
- g) a *participação comunitária*, como forma de se envolver a comunidade na solução de seus problemas e estimular a canalização de seus próprios recursos para esse fim.

A *medicina comunitária* tinha como principal meta a expansão da cobertura de serviços de saúde, de forma a unificar uma medicina simplificada e mais barata às necessidades contextuais de combate à pobreza. Ainda que alguns autores registrem o fracasso da política social americana como um todo – devido, principalmente, a um suporte conceitual equivocado que não abordava a pobreza como um problema multifatorial (Donnangelo,

1979) – a proposta da *medicina comunitária*, como já foi dito, teve notória influência na concepção da Atenção Primária à Saúde (APS), presente na declaração de Alma-Ata, que será analisada na próxima seção.

2.2 – A Conferência de Alma-Ata

a) Histórico

As iniquidades observadas no campo da saúde em vários países, aliadas aos crescentes custos da atenção à saúde em todo o mundo e ao surgimento de diversas experiências de cuidados primários, fizeram com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentasse, na década de setenta, o debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência. Reconhecendo a dificuldade de se garantir esses objetivos através do acesso amplo e irrestrito aos serviços médicos – o que geraria custos impraticáveis aos sistemas nacionais de saúde – procurou-se estimular a discussão de meios capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, bem como de experiências alternativas de cuidados primários existentes à época.

Devido a essa diretriz, os anos de 1977 e 1978 puderam presenciar várias reuniões que tinham por tema a Atenção Primária em Saúde (APS), ocorridas em todo o mundo ¹. Esses encontros forneceram subsídios diretos, através de discussões e documentos elaborados em plenárias finais, para uma futura Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde – cuja realização já havia sido preconizada pela Organização Mundial da Saúde através de inúmeras resoluções, que indicavam a necessidade da celebração de um evento de caráter internacional com o objetivo de intercambiar idéias e experiências sobre o desenvolvimento da APS, bem como sobre a organização e suporte a uma assistência sanitária completa e eficaz para toda a população (OMS, 1978).

¹ Citam-se a seguir algumas dessas reuniões (OMS, 1978): Reunião do Comitê de Peritos em Atenção Primária à Saúde da Região da África (Brazzaville, 1977); Quarta Reunião Especial de Países Membros da Organização Panamericana da Saúde (Washington, 1977); Reunião Conjunta da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para países da região do Mediterrâneo Oriental (Alexandria, 1977); Conferência sobre Atenção Primária à Saúde para países da região do Pacífico Ocidental (Manila, 1977); Reunião Conjunta da OMS e do UNICEF sobre Atenção Primária à Saúde na Região do Sudeste Asiático (Nova Delhi, 1977); Conferência sobre Atenção Primária à Saúde em países industrializados (Nova York, 1977) e Congresso Internacional de Organizações Não-Governamentais sobre Atenção Primária à Saúde (Halifax, Canadá, 1978).

Atendendo a um convite do governo soviético, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi realizada na cidade de Alma-Ata, no Casaquistão, entre os dias seis e doze de setembro de 1978. Organizada conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência foi assistida por delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações não-governamentais, organismos especializados e instituições vinculadas às Nações Unidas.

A conferência teve como objetivos: a) promover o conceito de Atenção Primária à Saúde em todos os países; b) intercambiar experiências e informações sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde; c) avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, bem como sua relação com a APS e o potencial de melhora dos sistemas nacionais de saúde com o estabelecimento de uma política de APS; d) definir os princípios da APS e os formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgiriam; e) definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral; f) formular recomendações para esse desenvolvimento (OMS, 1978).

Como ponto de partida para o enfoque estratégico e operacional, foram discutidas e apresentadas três declarações a respeito da saúde: a primeira considerava a saúde como um direito fundamental do ser humano; a segunda definia saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades ¹; a terceira descrevia como *inaceitável* o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo o informe oficial da conferência, mais da metade da população mundial não recebia assistência à saúde adequada à época do evento (OMS, 1978).

Tendo em vista tais declarações, bem como a constatação de insuficiência de recursos e sua distribuição injusta entre os países e dentro deles, os participantes foram convidados a pensar nos problemas de saúde – e da assistência a ela – a partir de novos critérios, que visassem à redução do abismo entre privilegiados e excluídos, uma distribuição mais

¹ Esse conceito ampliado de saúde está presente no início da constituição da Organização Mundial da Saúde, outorgada pelos países signatários no ano de 1946. Em 1999, a Assembléia Mundial de Saúde acrescentou o termo “bem-estar espiritual” à definição acima (WHO, 1946, 1999).

equitativa dos recursos e o alcance de um nível de saúde que permitisse a todas as pessoas desfrutar de uma vida social e economicamente produtiva. Como resultado, definiu-se o conceito de Atenção Primária à Saúde da seguinte forma:

“Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1978).

Dois documentos resultaram da conferência: a *Declaração de Alma-Ata* e as *Recomendações de Alma-Ata*, que consistem em vinte e duas diretrizes para o desenvolvimento e a implantação da Atenção Primária na forma preconizada naquela declaração. Outro importante resultado do evento foi a reafirmação e a divulgação da meta “Saúde para todos no ano 2000”, adotada pela OMS no ano anterior e que será discutida a seguir, após a apresentação dos pontos principais daqueles documentos.

b) A Declaração de Alma-Ata¹

Esse documento, além de expressar o conceito de saúde apresentado anteriormente – bem como sua condição de direito fundamental do homem – relacionou-a profundamente com o desenvolvimento social e econômico ao afirmar que a obtenção de um maior nível da saúde influencia positivamente o desenvolvimento de uma nação e vice-versa. Também se afirmou naquele documento que a comunidade tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, do planejamento e da aplicação da sua própria atenção à saúde,

¹ A *Declaração de Alma-Ata* encontra-se integralmente reproduzida no anexo II deste estudo.

bem como o governo – a quem foi atribuída importante parcela na responsabilidade da adoção de medidas sanitárias e sociais, visando à melhoria das condições de saúde.

Essa participação da comunidade é exigida e fomentada pela APS no seu planejamento, sua organização, seu funcionamento e seu controle. A fim de realizar esses objetivos, a comunidade deve lançar mão, da melhor forma possível, de recursos locais, nacionais e quaisquer outros que estejam disponíveis, articulando-se para desenvolver sua capacidade de participação nas decisões de alocação desses recursos. Também se exige da comunidade a auto-responsabilidade na manutenção de boas condições de saúde, uma vez que, ao se relacionar qualidade de vida com saúde, espera-se que os cidadãos substituam uma eventual postura de espera por serviços médicos e tratamentos passivos por uma atitude ativa em busca do bem-estar de sua comunidade – e do grau de saúde a ele relacionado¹.

Apesar da definição do conceito de APS apresentada anteriormente, a *Declaração* afirmou ser ela “... um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades...”. Como base para as suas ações, os países deveriam levar em conta “... a aplicação dos resultados pertinentes das investigações sociais, biomédicas e sobre serviços de saúde e na experiência acumulada em matéria de saúde pública” (OMS, 1978).

Tais afirmativas sugerem a necessidade de algum grau de “personalização” da APS em cada país, uma vez que há variações entre as condições econômicas, sociais, culturais e política das diversas nações. Ao afirmar também que a APS se orienta a partir dos principais problemas de saúde de uma comunidade, delegou-se a ela um caráter peculiar a cada nação ou região de um país, pois os problemas de saúde – norteadores das ações de APS – são heterogêneos e refletem diferentes características das condições de vida nos diversos grupamentos humanos.

¹ A *participação popular* nas decisões sobre a melhoria da qualidade de vida da comunidade – bem como na efetiva participação nas ações planejadas – esteve presente na experiência chinesa e representa um dos elementos estruturais do movimento de Medicina Comunitária nos Estados Unidos, descritos na seção anterior.

A adequação da APS a esses diversos contextos também é sugerida no *Informe Conjunto do Diretor-Geral da OMS e do Diretor Executivo do UNICEF* – um dos principais documentos distribuídos aos participantes da Conferência de Alma-Ata. Levando em conta as diversidades culturais e as limitações econômicas comuns à maioria dos países, o documento afirma que a APS...

... “Habrà de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país” (OMS & UNICEF, 1978).

Apesar do caráter flexível da proposta, a *Declaração* destacou pelo menos oito ações elementares, cujas execuções seriam desejáveis:

- 1) Educação sobre os principais problemas de saúde e métodos para sua prevenção e controle;
- 2) Promoção da distribuição de alimentos e de uma nutrição apropriada;
- 3) Abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;
- 4) Assistência materno-infantil e planejamento familiar;
- 5) Imunização contra as principais doenças infecciosas;
- 6) Prevenção e controle das doenças endêmicas locais;
- 7) Tratamento adequado de doenças e traumatismos comuns;
- 8) Distribuição de medicamentos essenciais.

Como base comum para todas as sociedades envolvidas no desenvolvimento da APS, sugeriram-se quatro tipos de intervenções em saúde: *promoção, prevenção, tratamento e reabilitação*¹.

Preconizou-se na *Declaração de Alma-Ata* que a APS, independentemente do seu desenho geral em uma determinada comunidade, deveria promover a participação de setores

¹ A *promoção* consiste no estímulo à adoção, pela comunidade, de hábitos de vida saudáveis e ao desenvolvimento econômico. A *Prevenção* cuida da vigilância epidemiológica, da monitorização de riscos e de campanhas educativas. O *tratamento* é a intervenção terapêutica propriamente dita e a *reabilitação* é a atividade que visa à recuperação após um agravo já instalado, ou à minimização de seus danos.

relacionados ao desenvolvimento nacional e comunitário – em particular a agricultura, a zootecnia, a indústria, a educação, a criação de gado, as obras públicas e as telecomunicações – e zelar para que haja coordenação entre os esforços de todos esses setores¹. Deveria também ser suportada por um sistema de referência e contra-referência integrado eficiente, de forma a melhorar progressivamente a assistência sanitária completa, e dar prioridade aos mais necessitados².

Os profissionais de saúde – médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes da comunidade – deveriam ser a base do trabalho em APS, tanto no âmbito local como nos serviços de referência. Em caso de necessidade, praticantes da medicina tradicional deveriam ser convenientemente treinados, técnica e socialmente, para trabalhar ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

Por fim, a *Declaração* exorta todos os governos à cooperação mútua como forma de se garantir o desenvolvimento da APS como parte de um sistema nacional de saúde completo e integrado aos outros setores, usando, para isso, todos os recursos necessários com racionalidade e vontade política. Sobre a meta de *saúde para todos no ano 2000*, também expressa nesse documento, falar-se-á posteriormente.

c) As 22 Recomendações de Alma-Ata³

Este documento consiste em um produto menos conhecido da Conferência de Alma-Ata e contém vinte e duas recomendações para a implantação da APS. Tarimo & Webster (1997) realizaram uma análise desse documento e agruparam essas recomendações em cinco grupos distintos. Constatam-se semelhanças entre elas e o movimento de Medicina Comunitária, descrito anteriormente

¹ Idéia semelhante já havia sido preconizada por Virchow em meados do século XIX, como demonstrado na seção anterior.

² Capítulo VII da *Declaração de Alma-Ata* (OMS, 1978).

³ As recomendações da *Conferência de Alma-Ata* encontram-se integralmente reproduzidas no anexo III do presente trabalho.

1. *Abordagens Estratégicas*: Este tema engloba as recomendações sobre *relações entre saúde e desenvolvimento* (Nº 1) , *participação da comunidade na APS* (Nº 2), *coordenação entre saúde e setores correlatos* (Nº 4), *necessidades especiais de grupos vulneráveis e mais expostos* (Nº 8) e uso de *tecnologia apropriada para a saúde* (Nº 12). Essa última relaciona-se intimamente com um dos elementos estruturais do movimento de Medicina Comunitária, apresentados na seção anterior: o *uso de tecnologia adequada* a fim de se evitar o uso de procedimentos caros e sofisticados quando desnecessário¹. Segundo a recomendação expressa em Alma-Ata, essas tecnologias deverão estar adaptadas às necessidades locais e devem ser aceitáveis pela sociedade.
2. *APS como base para os sistemas de saúde*: Englobam-se aqui as recomendações sobre o *papel da administração nacional* (Nº 3), a *integralidade da APS no âmbito local* (Nº 6), o *apoio à APS dentro do sistema nacional de saúde* (Nº 7), o *suporte logístico e facilidades gerais* (Nº 13), a *administração e o gerenciamento da APS* (Nº 15), *os serviços de pesquisa em saúde e estudos operacionais* (Nº 16), *recursos para a APS* (Nº 17), *compromisso nacional* (Nº 18) e *estratégias nacionais* (Nº 19).

Podem-se apontar também aqui importantes relações entre as recomendações de Alma-Ata e os elementos estruturais do movimento de medicina comunitária: a recomendação de número três, por exemplo, versa sobre o papel da administração nacional, e a descentralização de recursos e poderes por ela sugerida corresponde a um elemento estrutural daquele movimento, a *desconcentração de recursos*. A recomendação que versa sobre a *integralidade da APS no âmbito local* – número seis – encontra um correspondente na medicina comunitária a partir da preconização da *Integração entre práticas curativas, preventivas e promocionais*, visando ao estabelecimento da integralidade do cuidado.

¹ Vide página 40.

3. *Elementos da APS*: Nesse item estão as recomendações sobre o *conteúdo da APS* (Nº 5)¹ e a *provisão de medicamentos essenciais* (Nº 14).
4. *Recursos Humanos para a APS*: Esse tema abrange as recomendações sobre as *funções e categorias de pessoal de saúde e profissões afins à APS* (Nº 9), a *capacitação de profissionais de saúde e de profissionais afins à APS* (Nº 10), *incentivos para prestação de serviços em zonas remotas e desassistidas* (Nº 11) e *cooperação técnica na APS* (Nº 20).

Em relação à primeira dessas recomendações – a de número nove, que versa sobre funções e categorias de pessoal de saúde e funções afins à APS, encontramos novamente uma relação com os preceitos da medicina comunitária: a recomendação preconiza a definição, pelos governos, das funções técnicas, competências e atitudes necessárias para cada categoria profissional e a criação de equipes formadas por agentes de saúde da comunidade, enfermeiras, parteiras, médicos e – quando necessário – pessoas que pratiquem a medicina tradicional e parteiras empíricas. Já a medicina comunitária baseia-se na constituição de equipes de forma a garantir a complementariedade das ações em saúde e a inclusão de práticas alternativas cientificamente aceitáveis como forma de legitimação popular do modelo.

5. *Suporte Internacional à APS*: Este tema contém as recomendações sobre *suporte internacional* (Nº 21) e o *papel da OMS e da UNICEF no suporte à APS* (Nº 22).

d) Saúde para todos no ano 2000:

A Trigesima Assembléia Mundial da OMS – ocorrida em maio de 1977 – determinou, como meta para todos os governos e a própria instituição, o alcance de um nível de saúde,

¹ Essa recomendação reproduz as intervenções mínimas sugeridas na *Declaração de Alma-Ata* (vide página 45), acrescentando a elas mais um item: a *promoção da saúde mental*.

até o ano 2000, que permitisse a todos os povos o desfrute de uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1981).

Dezesseis meses depois, esse objetivo foi reafirmado em Alma-Ata, e sua operacionalização foi considerada viável a partir do estabelecimento da APS como chave para o seu alcance e de um comprometimento real por parte de todos os governos – conforme pode ser observado nos capítulos V e X da *Declaração de Alma-Ata*:

“... Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (Capítulo V).

“... Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais (...). Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada” (Capítulo X).

Essa resolução representa um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde expressos em sua constituição – o desfrute, por todos os indivíduos, do maior nível possível de saúde – e não significa um processo delimitado no tempo e no espaço; ao contrário, deve ser encarada como um processo de melhora progressiva na saúde das pessoas. Ainda que a *Declaração de Alma-Ata* se refira a essa meta de uma forma mais geral e menos operacional – inclusive exortando todos os países, no auge da guerra fria, ao desarmamento multilateral – ela é apresentada em uma forma mais realista no documento *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981), que diz:

“Health for all does not mean that in the year 2000 doctors and nurses will provide medical care for everybody in the world (...), nor does it mean that in the year 2000 nobody will be sick or disabled. It does mean that health begins at home, in schools and in factories....” (WHO, 1981).

Assim como o próprio conceito de APS, também a meta *Saúde Para Todos* goza de certa flexibilidade estrutural. A OMS apresentou-o no documento *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* como uma diretriz que seria interpretada e adaptada de forma diferente por cada país, levando-se em conta suas características socioeconômicas, suas condições de saúde e o padrão de mortalidade das diferentes populações. O estágio de desenvolvimento do sistema de saúde também seria um fator determinante para a adaptação daquela meta.

Há, contudo, significados comuns que devem nortear o seu entendimento: ela deveria ser relacionada ao uso de abordagens mais adequadas de prevenção de agravos à saúde, à busca de crescimento e envelhecimento saudáveis e de uma morte natural e serena, a uma melhor distribuição dos recursos de saúde entre a população, ao acesso a cuidados essenciais de saúde por todos os indivíduos e famílias de uma forma aceitável e viável economicamente – e que conte com o envolvimento de todos – e, por último, à descoberta, por todos os indivíduos, de sua força para moldar suas vidas e a de seus familiares, evitando-se assim a carga desnecessária e prevenível de vários agravos à saúde (WHO, 1981).

2.3 – Considerações sobre APS e a meta "Saúde para Todos"

A definição de Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata acabou por suscitar opiniões diferentes sobre a sua sustentabilidade e capacidade para lidar com as necessidades de saúde da população. Starfield (1998) alega que a APS utiliza capital e trabalho em menor intensidade do que as especialidades médicas, além de ser adaptável às mudanças das necessidades de saúde observadas em uma determinada sociedade.

A autora cita também as vantagens da APS em relação ao conhecimento prévio, pelo profissional de saúde, da situação de vários determinantes do processo saúde-doença que atuam sobre um determinado paciente. Esse conhecimento é, segundo ela, importante para

o entendimento de seus problemas, uma vez que, comumente, o paciente assistido por um serviço de APS tem queixas vagas e imprecisas¹.

Starfield (1998) cita diversos estudos que demonstram a eficácia da APS em países desenvolvidos. Segundo eles, países ocidentais industrializados que possuem sistemas de saúde fortemente direcionados para a APS apresentam melhores índices de saúde, maior satisfação da população, menor custo e taxas de mortalidade infantil mais baixas² (Starfield, 1998: 12-17).

Outros autores, contudo, expressaram recentemente a sua preocupação com o futuro da APS. Showstack et al (2003) sintetizam parte das inquietações e dos desafios detectados em uma conferência sobre o futuro da Atenção Primária à Saúde (*Future of Primary Care*), ocorrida nos Estados Unidos em 2001. Segundo esses autores, a APS ampliou muito o seu escopo de atuação e passou a abranger atividades não-médicas que vão além da prática convencional, bem como a prometer mais ações do que comporta a sua real capacidade³.

Moore e Showstack (2003) relatam que, apesar do passado orgulhoso e das vantagens teóricas da APS, ela não conseguiu se firmar entre as especialidades médicas. Os autores afirmam que os pacientes preferem ir a serviços especializados e que, em oposição aos avanços da tecnologia e ao aumento da sofisticação ocorridos com o resto da medicina, o modelo básico de APS pouco teria mudado nas últimas décadas – mantendo consigo uma falha na articulação com os usuários, que não seriam estimulados a valorizar o sistema de saúde baseado em Atenção Primária.

¹ Essa inespecificidade das queixas dos pacientes em APS e suas conseqüências para a conformação de um sistema de saúde já haviam sido detectadas por White et al (1961). Vide páginas 37 e 38.

² Entre os trabalhos citados, incluem-se: Starfield (1993), Starfield (1994), Farmer et al. (1991), Shi (1994), Shea et al. (1992) e Welch et al. (1993) (Starfield, 1998: 12-17).

³ Deve-se ressaltar que a literatura acadêmica anglo-americana, citada várias vezes nessa seção, trata a APS predominantemente como uma especialidade médica, não se atentando para o seu aspecto multiprofissional.

Os autores relatam que a definição do termo “Atenção Primária à Saúde” foi baseada em uma concepção idealizada e pouco real, que não teria levado em conta a capacidade de operação do sistema de saúde e, tampouco, as demandas dos usuários. Como novos desafios necessários à consolidação da APS, citam-se, a título de exemplo, a superação da *fragmentação* do trabalho, o aumento do *interesse por APS* dos novos médicos, a interrupção da *competição* entre serviços de APS e especializados e a conquista definitiva da *preferência* dos usuários.

Uma crítica direta ao marco conceitual das propostas de Alma-Ata é expressa por Merhy. Segundo o autor, elas explicitam a “... *inscrição do ideário preventivista como uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos, de baixo custo*”¹ (Merhy, 1999:14).

Observa ainda o autor:

“A Declaração de Alma-Ata fica presa ao núcleo epistemológico da epidemiologia / vigilância à saúde e articula sua proposta assistencial a partir desta matriz. Cai na mesma armadilha da Medicina Comunitária: aprisionada por um ideal nos limites do preventivismo, investe muita energia na promoção e prevenção à saúde, sem alterar o perfil medicocentrado e procedimento-centrado do modelo assistencial” (Merhy, 1999:16)¹.

Sobre a meta *Saúde para Todos*, Paim (1986) acredita que ela deva ser analisada colocando-se, de lado, o seu conteúdo emocional e ideológico – esse último expresso através da tentativa de homogeneização de “...diferentes regimes políticos e modos de produção econômica existentes em sociedades distintas, através de uma suposta neutralidade da saúde...” (Paim, 1986:145).

Esta seção procurou descrever o conceito de APS advindo da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em 1978 e considerada um marco nas discussões sobre o assunto, bem como introduzir o seu reflexo na literatura acadêmica. Esse conceito

¹ Segundo Tarimo & Webster (1997), essa concepção de APS incorre em dois erros de interpretação – os de números 5 e 6, reproduzidos nas páginas n. 68 e 69.

foi expresso através da *Declaração de Alma-Ata*, e recomendações no sentido de operacionalizá-lo foram elaboradas e divulgadas no documento *Recomendações de Alma-Ata*, dando a ele uma margem de flexibilidade para sua adaptação em cada país. A conferência determinou também que a APS seria considerada um elemento-chave para o alcance da meta *Saúde para Todos no Ano 2000*, idealizada dezesseis meses antes.

A próxima parte deste estudo analisará algumas reflexões ocorridas em encontros organizados pela Organização Mundial de Saúde sobre a APS após Alma-Ata e as diferentes interpretações desse conceito – advindas tanto da heterogeneidade das experiências em sua implantação como do diálogo entre os discursos da OMS e do Banco Mundial nos anos noventa.

Terceira Parte – Alma-Ata revista e reinterpretada

A década posterior à Alma-Ata trouxe consigo importantes crises econômicas que repercutiram profundamente nos países em desenvolvimento – em particular nos da América Latina. A profundidade e a durabilidade da crise internacional levaram outros organismos internacionais, como o Banco Mundial, a propor soluções para os sistemas nacionais de saúde.

Esta seção tentará analisar, em seu primeiro tópico, a evolução internacional da implantação da APS, suas primeiras conquistas, oportunidades e as principais dificuldades constatadas na sua implementação. O segundo tópico introduzirá as principais idéias do Banco Mundial sobre saúde, contidas no seu relatório publicado em 1993. O terceiro tentará mostrar o diálogo dessas propostas com o discurso da OMS e da OPAS, bem como o seu papel em algumas das interpretações do conceito de APS. O quarto, por sua vez, versará sobre as diferentes interpretações do conceito de APS a partir de experiências realizadas após a Conferência de Alma-Ata e o lançamento da proposta do Banco Mundial.

3.1 – A APS revista após Alma-Ata

Os anos seguintes à Conferência de Alma-Ata assistiram à implantação, em vários países, de experiências e mudanças estruturais em seus sistemas de saúde com o objetivo de incorporar os preceitos da APS em seu seio, principalmente a partir da hierarquização dos serviços e da extensão de sua cobertura. Elas ocorreram em diversos graus de desenvolvimento, evidenciando-se, assim, diversas dificuldades operacionais e também diferentes interpretações do conceito de APS por parte dos países envolvidos.

A Organização Mundial da Saúde promoveu, nas duas últimas décadas do século XX, encontros internacionais para que países-membros pudessem avaliar iniciativas, conhecer problemas operacionais, formular soluções e trocar experiências em APS: o primeiro ocorreu em Riga, na antiga União Soviética, em 1988, sendo sucedido por eventos sediados em Alma-Ata, na ocasião das celebrações de quinze e vinte anos da Conferência Internacional em Atenção Primária (1993 e 1998, respectivamente).

Várias conquistas puderam ser celebradas durante esses encontros – a começar pela propagação do ideal da APS e da *Saúde para Todos* na maioria dos países-membros daquela organização, bem como de suas diretrizes técnicas, políticas, morais e sociais para a luta contra suas iniquidades (WHO, 1988:5). A aceitação do conceito de equidade e de sua importância, dos preceitos da APS e da meta *Saúde para Todos* foram amplamente disseminadas (WHO, 1993:2), mesmo em países que passavam por dificuldades econômicas ou que não se dedicaram à implantação da APS. O desenvolvimento de mecanismos de participação comunitária e de descentralização do sistema de saúde ocorreu, em maior ou menor grau, em uma ampla parcela dos países-membros da OMS (WHO, 1998:VIII).

Também ocorreram avanços em relação à imunização contra doenças infecciosas, cuja taxa de cobertura saltou de 5% nos países em desenvolvimento nos anos 70 para mais de 50% na segunda metade dos anos 80. A taxa de mortalidade infantil abaixo dos cinco anos de idade demonstrou uma queda de 50 % desde os anos 50 (WHO, 1988:5). A ampliação de atividades visando à sua redução foi responsável pelo salvamento de cerca de cinco milhões de crianças por ano, e assistiu-se a uma valorização progressiva do papel da mulher e de sua saúde (WHO, 1993:2).

A disseminação da APS contou com o desenvolvimento de novos conceitos e técnicas de ação. A discussão sobre a *promoção da saúde* – um dos pilares da APS – tomou vulto nos anos oitenta com a constituição do programa Cidades Saudáveis (*Health Cities Network*) em 1984, e com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, em 1986. Outros encontros internacionais sobre o tema, patrocinados pela OMS, foram realizados posteriormente¹, preconizando, de uma forma geral, esforços no sentido de uma maior articulação intersetorial, da criação de ambientes saudáveis de trabalho e convivência, da participação social e da consideração dos determinantes

¹ São eles: a *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* (Adelaide, Austrália, 1988), a *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde* (Sundsvall, Suécia, 1991), a *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Bogotá* (Santafé de Bogotá, Colômbia, 1992), a *Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* (Jacarta, Indonésia, 1997) e a *Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* (Cidade do México, México, 2000).

socioeconômicos e de estilo de vida no entendimento dos problemas de saúde. As conferências internacionais sobre a promoção da saúde acabaram por substituir, de certa forma, o esforço concentrado primeiramente em Alma-Ata.

Uma contribuição para o desenvolvimento da APS deu-se nas Américas, através do lançamento oficial em 1988, pela OPAS, da concepção de *Sistemas Locais de Saúde*, que entendia a territorialização, a resolutividade por níveis de complexidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde como fundamentais para a consolidação da APS. Os Sistemas Locais de Saúde chegaram a ser considerados por Tarimo & Folkes (1989) como “colunas vertebrais da Atenção Primária à Saúde” (apud Paim, 1999). Na Europa, cita-se o lançamento da *Carta de Liubliana*, na Eslovênia. Esse documento, elaborado pelos países-membros europeus da OMS, enfatizou a importância de outros atores além dos serviços de saúde, alertando que a articulação com os outros setores responsáveis pelo bem-estar da população é essencial para a consolidação das reformas do setor. Além da defesa da humanização e da qualidade dos serviços de saúde, advogou-se a busca do seu financiamento sustentável e de sua orientação pelos princípios da APS (WHO, 1996).

Por outro lado, vários problemas operacionais e novos desafios foram também levantados nas conferências sobre a APS em 1988, 1993 e 1998. Em Riga (1988), reconheceu-se a falta de uniformidade nos ganhos entre os países e dentro deles. Algumas nações em desenvolvimento apresentaram melhoras modestas nos índices de mortalidade materna e infantil, e a persistência de problemas de tal magnitude no início do século vindouro – agravados, em várias circunstâncias, pela miséria causada pelo crescimento urbano desordenado – foi considerada inevitável (WHO, 1993).

Os encontros de 1993 e 1998 observaram a ocorrência da verticalização dos programas de saúde nacionais – que ofereciam uma margem mínima para planejamento no âmbito local – e a relutância em se promover a descentralização de poder e a realocação dos recursos, das ações curativas para as preventivas e promotivas. A infreqüência do uso de instrumentais epidemiológicos e o baixo desenvolvimento da pesquisa em serviços de saúde também

foram considerados problemas a se contornar, uma vez que esses instrumentos geram evidências necessárias à ação efetiva (WHO, 1998)

A fim de se intensificarem as iniciativas para o cumprimento da meta *Saúde para Todos no Ano 2000*, a conferência de Riga lançou a *Agenda 2000* – que propôs o aumento dos esforços na descentralização através do fortalecimento dos *distritos de saúde* e da APS como base para suas ações, bem como o reforço da cooperação intersetorial com organizações não-governamentais, comunidades assistidas, outros setores estatais e quaisquer instituições ou órgãos interessados. (WHO, 1988).

A partir da Conferência de 1993, constatam-se algumas mudanças na postura da OMS em relação aos preceitos de Alma-Ata. A preocupação com os prejuízos causados aos sistemas de saúde pela austeridade fiscal e pelo ritmo acelerado do processo de globalização foi expressa em várias passagens dos documentos-síntese de ambas. A equidade foi declarada o princípio fundamental da APS, e problemas ligados ao subdesenvolvimento – como a discrepância entre o crescimento populacional e a estagnação do crescimento econômico na maioria dos países em desenvolvimento – foram considerados prioritários.

Aquela conferência levantou a existência de velhos e novos problemas: a expansão mundial da AIDS e de doenças sexualmente transmissíveis relacionadas a ela, notadamente na África, revelou-se um problema inesperado após Alma-Ata. Também o recrudescimento de doenças como Tuberculose, Malária e Cólera contribuíram para dificultar a diminuição dos índices de mortalidade adulta e infantil em vários países. A estagnação econômica e o colapso da economia em diversos países geraram crises nos sistemas de saúde e, por fim, problemas como a degradação ambiental, a miséria e o crescimento populacional acima do crescimento econômico contribuíram para dificultar o alcance da meta *Saúde para Todos* (WHO, 1993).

Entre as propostas para o manejo dessa situação, destacam-se a extensão da cobertura da APS a toda a população ainda descoberta, a busca do desenvolvimento econômico sustentado e a aceitação de métodos e abordagens desenvolvidos por organismos

internacionais como o *UNICEF* e o *Banco Mundial* (WHO, 1993:90). As propostas dessa instituição serão apresentadas a seguir.

3.2 – As idéias do Banco Mundial para o setor

No mesmo ano de celebração dos quinze anos da Conferência de Alma-Ata (1993), o Banco Mundial publicou o relatório *Investindo em Saúde* – documento que, levando em conta a crise econômica e a conseqüente estagnação dos países em desenvolvimento, realizou um levantamento de problemas e prioridades a serem seguidas pelos governos em um contexto de ajuste fiscal.

Como primeira prioridade, preconizou-se a criação de uma ambiente econômico favorável ao aumento da renda familiar e das condições de saúde da população. Uma ênfase especial na escolarização foi sugerida – concentrada, especialmente, nos primeiros níveis escolares e nas crianças do sexo feminino, uma vez que a instrução materna tem um impacto positivo sobre as condições de higiene domiciliar e o cuidado infantil (Banco Mundial, 1993). Delegou-se também importância à atenção às mulheres em todas as idades, tanto no âmbito da assistência médica como no da defesa de seus direitos e, por fim, destacou-se a necessidade de crescimento econômico dos países mais pobres, visto como estratégico para a redução da pobreza, aumento da renda *per capita* e dos índices de escolarização.

Ao se analisarem as recomendações acima, vê-se que a prioridade levantada não difere do que já havia sido preconizado em Alma-Ata, ou mesmo antes – como fizera Virchow em meados do século XIX. A diferença fica por conta das propostas específicas sugeridas aos países em desenvolvimento para minimizar a crise econômica iniciada no começo dos anos 80 e alcançar o crescimento econômico sustentado: a reforma do Estado e o ajuste das contas públicas através de reformas macroeconômicas e de

“...cortes nos gastos públicos, abertura da economia à concorrência, liberalização de preços, medidas para aumentar a eficiência dos gastos públicos e a instauração de um sistema financeiro viável e de outras instituições necessárias a uma economia de mercado que funcione bem...”
(Banco Mundial, 1993:47).

A segunda prioridade sugerida foi a racionalização dos gastos em saúde, com diminuição ou abandono das despesas públicas em serviços sofisticados e aumento de volume e da eficácia do investimento em saúde pública. Recomendou-se, para isso, o redirecionamento dos gastos governamentais com saúde para programas mais eficazes, com uma melhor relação custo-benefício e que atendessem melhor aos pobres. Tal manobra seria necessária devido a grandes gastos observados em vários países – privilegiadores de atendimentos especializados que proporcionam um retorno pequeno em relação ao investimento. Ainda que o Banco Mundial reconheça como provável uma diminuição dos gastos em saúde após a implantação de programas de ajuste em países em desenvolvimento, alega-se que nem todos os gastos em saúde merecem proteção, uma vez que alguns são “ineficientes e regressivos” (Banco Mundial, 1993).

Também, como solução para a racionalização dos gastos, o Banco Mundial propôs a criação de programas de saúde pública personalizados para cada país – observando-se, na sua composição, o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada um. Esses programas, denominados *conjuntos de serviços sanitários básicos*, deveriam compreender, ainda que com diferenças regionais, um programa ampliado de imunização, programas de esclarecimento sobre planejamento familiar, nutrição, cuidados pessoais, prevenção de zoonoses, auxílio à redução do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas e programas de prevenção da AIDS, com ênfase nas demais doenças sexualmente transmissíveis.

A terceira prioridade foi o estímulo à diversificação e à concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde a partir da limitação do investimento governamental – que ficaria restrito aos serviços clínicos essenciais e de saúde pública. Ela baseia-se no pressuposto de que é benéfica, para a maioria dos países, a divisão de responsabilidades entre os setores público e privado. O último poderia se encarregar da assistência às pessoas de maior renda, eximindo-se, assim, o primeiro de lidar com a prestação de serviços a elas. Diz o relatório:

“Quando se oferece a todos, gratuitamente, todo tipo de atendimento, os serviços acabam sendo racionados – por área geográfica ou segundo sua

qualidade. Os programas universais talvez não cheguem até os pobres ou lhes melhorem a saúde. (...) Para se determinar quem deve receber atendimento gratuito é necessário considerar a prevalência de pobreza e a capacidade do país para financiar o atendimento: gastos maiores podem significar um número maior de serviços para os mais pobres, ou o mesmo número de serviços para mais pessoas, inclusive os menos pobres. Na prática, se quiserem prestar aos pobres um atendimento sanitário razoável, os países muito pobres têm que determinar clientelas-alvo” (Banco Mundial, 1993:58).

Assume-se, a partir desse discurso, a impossibilidade da prestação universal de cuidados em saúde na maioria dos países ¹, considerando-se os diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico em que se encontram. Preconizam-se a redução de subsídios a serviços clínicos não incluídos no pacote essencial – comumente oferecidos sob a forma de isenção fiscal – e a regulamentação governamental do seguro privado. A compulsoriedade, por lei, do seguro social e do seguro privado obrigatório chega a ser sugerida como uma diretriz para a ação governamental (Banco Mundial, 1993:116). A relação entre os dois setores é explicada da seguinte forma:

“A regulamentação governamental pode fortalecer os mercados de seguro privado se incentivar mais a cobertura ampla e a contenção de custos. Mesmo no caso de serviços clínicos financiados com recursos públicos, (...) os governos (...) podem promover a concorrência e o envolvimento do setor privado na oferta de serviços e contribuir para que este seja mais eficiente. Combinando-se essas três medidas, temos não só melhores resultados na área de saúde e contenção de custos, como usuários mais satisfeitos” (Banco Mundial, 1993:III).

As conseqüências das diretrizes do Banco Mundial para os princípios da APS serão analisadas no próximo tópico.

3.3 – O diálogo entre os discursos da OPAS, da OMS e do Banco Mundial

Os relatórios do Banco Mundial costumam ter uma importância considerável para os formuladores de políticas econômicas, uma vez que constituem a principal publicação

¹ O relatório do Banco Mundial admite a universalidade do cuidado *essencial* para os países que possam suportá-lo, somente. O cuidado integral e universal por parte do sistema público não é mencionado no seu texto (Banco Mundial, 1993).

daquela instituição. A magnitude seu impacto do relatório de 1993 pode ser apreendida através de um editorial da revista médica *Lancet* durante aquele ano – o qual elogiara o relatório *Invertir em Salud* e afirmara que ele passava a assinalar um deslocamento da liderança na saúde internacional da OMS para o Banco Mundial (Mattos, 2001).

Devido a essa importância, o lançamento desse relatório gerou importantes debates nos meios acadêmicos e governamentais, bem como em outras agências de cooperação internacional – notadamente as vinculadas à saúde.

Muitas críticas ao documento surgiram em todas essas arenas durante os debates, principalmente pelo fato de que suas propostas se revelaram desfavoráveis à universalização da saúde – se não do direito a ela, pelo menos do dever do estado em provê-la. Para Laurell (1994), o relatório erra ao reduzir um direito fundamental do homem a uma questão de racionalidade econômica. Ela alega que suas propostas pretendem, em nome de uma lógica de custo-benefício, exorcizar todo um significado histórico, cultural, simbólico e afetivo contido nos conceitos de saúde, doença e morte.

Pessoto (2001) descreve uma tendência inicial ao rechaço da proposta pela OPAS a partir da análise do discurso contido em documentos oficiais dessa agência. O autor destaca as palavras de um diretor emérito da instituição¹, o qual afirmara que o relatório não fazia referência aos motivos mais complexos dos baixos investimentos em saúde ou às conseqüências da recessão econômica e dos programas de ajuste do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Laurell (1994) levanta ainda questões de natureza ética na proposta do Banco Mundial, como a introdução da questão sobre em quem se deve ou não investir, em matéria de saúde – uma formulação inerente à desuniversalização desse direito. Além disso, segundo a autora, as sociedades modernas resolvem suas questões ético-valorativas ao estabelecer, democraticamente, prioridades sociais através de negociações e acordos. Ao mencionar

¹ apud HORWITZ, Abraham. *Economia y salud. Mas alla del financiamiento*. Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. Washington, D.C. : OPS, vol. 103 n° 06, p. 710-18, diciembre de 1987.

que o poder público se constitui em uma esfera sujeita a pressões de interesses corporativos variados – cuja isenção não pode ser prevista ou considerada sempre – o relatório, segundo a autora, “... *descalifica de entrada el procedimiento democrático de resolver los dilemas éticos...*” (Laurell, 1994).

Draibe (1993) alerta que há chances de a focalização proposta pelas políticas liberais resvalarem em uma espécie de “neobeneficência” a cargo do Estado – ou seja, criando situações semelhantes à da Medicina Pré-Flexneriana, analisada na primeira parte desse trabalho.

Passemos, agora, à análise das relações entre as idéias do Banco Mundial e a APS. Sobre o discurso da OPAS, ainda que tenha sido mencionada a sua tendência inicial em refutar as idéias daquela instituição, Pessoto (2001) observa a mudança na tônica do mesmo – notadamente a partir do documento *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, no qual se observa uma adesão ao discurso racionalizador do relatório do Banco Mundial. Esse documento sucumbiria à lógica econômica relegada anteriormente: ainda que ele procure manter a integridade da idéia da universalização, acaba por condicioná-la “... *à mesma ordem de restrições diagnosticadas pelo Banco Mundial*” (Pessoto, 2001). O texto também considera justificável o pagamento de serviços públicos por aqueles que possam bancá-lo.

A partir do documento *Strategic and Programmatic Orientations, 1995-1998*, a OPAS adota o termo *Basic Set (package) of health services* – que ficaria conhecido como *la Canasta Básica* na língua espanhola, ou como *Pacote Básico de serviços de saúde*, em português¹. A diferença em relação ao chamado *conjunto de serviços clínicos essenciais*, predeterminados pelo Banco Mundial, dá-se na definição do pacote a partir de um processo democrático de consulta, bem como na defesa de uma qualidade única e independente da renda de cada cidadão. Por outro lado, preconiza-se a sua elaboração levando-se em conta não apenas as necessidades da população, mas também os recursos disponíveis, a

¹ Por ironia, tal termo – hoje largamente utilizado – costuma ser atribuído ao Banco Mundial (Pessoto, 2001).

capacidade de resposta à demanda dos serviços de saúde e o nível de desenvolvimento tecnológico de cada país (PAHO, 1995).

A assimilação das idéias do Banco Mundial também ocorreu no âmbito da OMS, como se pode constatar através das discussões ocorridas durante a celebração dos quinze anos de Alma-Ata. Esse evento alertou para as dificuldades econômicas ocorridas ao longo da última década nos países em desenvolvimento e proclamou a *equidade* como o principal fundamento da APS (WHO, 1993). Diz o documento:

“Our is a different world, different than in 1978. While the principles from Alma-Ata are to be seen as enduring, their interpretation and actualization are changing by the day. (...) Equity and Health for all are now permanently imbedded internationally in health policies and programs” (WHO, 1993: V)

No primeiro item de compromisso do documento recomenda-se a adoção do pacote básico de serviços de saúde:

“Health services should collaborate with the people to ensure the provision of a minimum package of health interventions in the spirit of equity and social justice” (WHO, 1993:2).

Essa recomendação aparece mais bem pormenorizada no documento *Macroeconomia y salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico*, de 2001. Nele recomenda-se a definição, em cada país, de um programa geral de *intervenções essenciais*, cuja cobertura universal seja garantida através de fundos públicos ou de doações de países desenvolvidos. Tais intervenções deveriam ser tecnicamente eficazes e dirigidas a doenças onerosas para a sociedade, de forma a promover benefícios sociais que superem os custos das intervenções, com uma especial atenção aos mais pobres. O documento prevê, para o sucesso de suas propostas, um aumento progressivo – por parte dos países em desenvolvimento – do aporte de recursos públicos para a saúde e de doações de recursos pelos países desenvolvidos.

Ainda que se mantenha, de forma difusa, o discurso da universalidade nesse texto, ressalta-se a presença de outras idéias do Banco Mundial. O papel do setor privado na prestação de

serviços – em nenhum momento mencionado na *Carta de Alma-Ata* ou nas *Recomendações de Alma-Ata* – é explicitado ao se dizer que o sistema de saúde preconizado

“ ... *Consistiria en una combinación de proveedores de servicios de salud estatales y no estatales, con un financiamiento garantizado por el estado. Éste puede ser propietario directo de las unidades de servicios y encargarse de su funcionamiento, o bien contratar los servicios con proveedores comerciales o sin ánimo de lucro*”. *Afirma ainda o documento: “En los últimos años, los sistemas públicos de salud de los países pobres han sido tan débiles, y su financiación tan escasa, que ha surgido un importante sector sanitario extraestatal basado en la práctica privada, en proveedores afiliados a organizaciones religiosas y en organizaciones no gubernamentales. Esta diversidad de proveedores es útil para que exista competencia, y una válvula de seguridad ante un eventual fracaso del sistema público. Es también un hecho consumado en casi todos los países pobres”* (WHO, 2001: 12).

Observa-se, portanto, a presença de diálogo entre os discursos da OMS e do Banco Mundial ao longo do período de sua coexistência, bem como uma maior influência do segundo sobre o primeiro. A proposta da APS – definida em Alma-Ata como flexível e passível de personalização por cada país – passou a incorporar uma multiplicidade ainda maior a partir desse diálogo.

3.4 – A APS reinterpretada

As diferentes linhas de interpretação do conceito de APS devem-se à multiplicidade dos processos de sua implementação assistidos após Alma-Ata, bem como à ambigüidade de algumas de suas definições formais (OPAS & OMS, 1987). Além disso, o termo *Atenção Primária* – anterior à conferência de Alma-Ata, ainda que sem um significado reconhecido ou consensual – vinha sendo utilizado largamente por diversas escolas de pensamento em saúde pública.

Tarimo & Webster (1997) destacam a polaridade entre duas interpretações: uma conceberia a APS como um *nível de atenção em saúde*; a outra, como uma *abordagem dos problemas de saúde*. Considerando-se a primeira, a APS consistiria em um nível hierarquicamente constituído de serviços de saúde e em um rol de atividades desenvolvidas no âmbito da

interface *profissional de saúde / indivíduos*. Essa interpretação, anterior a Alma-Ata, pressupõe a APS como subordinada ao sistema de *serviços médicos* – ou seja, como uma prática medicinal específica. Uma provável origem para essa interpretação pode ser o uso, de longa data, de termos graduadores para os níveis mais complexos de assistência médica em instituições hospitalares – nas quais denominam-se comumente os serviços como secundários, terciários e quaternários. Adverte-se que tal concepção limita o seu significado a uma noção técnico-administrativa, ou a uma idéia de como deve ser o contato de um indivíduo com o sistema de saúde e seu trânsito pelo mesmo (Tarimo & Webster, 1997).

Essa definição contrasta-se marcadamente com a segunda interpretação: a de APS em um sentido mais amplo, como uma *abordagem* para o alcance e a manutenção de um nível satisfatório de saúde para a população. Essa visão se caracteriza pela incorporação de princípios explícitos e valores que lhe delegam, como objetivo, uma mudança profunda em todo o serviço de saúde e uma interação ampla com o sistema econômico e mecanismos de desenvolvimento social (Tarimo & Webster, 1997). A APS vista como uma *abordagem*, segundo esses autores, pode ser dividida em quatro princípios básicos: a) *Acesso universal e cobertura* de acordo com as necessidades; b) *Envolvimento* individual e comunitário; c) *Ações intersetoriais* em prol da saúde e d) *Uso de tecnologia apropriada e custo-efetiva*.

Outra classificação das diferentes interpretações da APS é oferecida em um trabalho conjunto entre a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde, que as divide didaticamente em três – ainda que não se excluam mutuamente (OPAS & OMS, 1987). A primeira delas não se diferencia daquela, já analisada, que concebe a APS como um *nível* de atenção dentro do sistema.

A segunda apreende a APS como um *programa*, com objetivos restritos à satisfação de necessidades elementares e previamente determinadas de grupos humanos em condições de extrema pobreza. Usar-se-iam, segundo essa visão, recursos diferenciados, de complexidade e custo mínimo. As implicações desse conceito são de suma importância, uma vez que ele se mostra inconsistente e em oposição ao preceito de equidade – reiterado diversas vezes por acordos internacionais, pelas considerações operacionais da meta *Saúde*

para Todos no Ano 2000 e pela própria estratégia de APS. O resultado concreto dessa concepção é o desenvolvimento de programas *marginais* com recursos *marginais* para populações *marginais*, mantendo-se assim as desigualdades relativas à saúde entre os distintos grupos socioeconômicos de uma determinada sociedade.

A terceira interpretação concebe a APS como uma *estratégia* que compreende e afeta *todo* um sistema de saúde e *toda* a população à qual esse sistema deve servir. Ao ser vista como uma estratégia, a APS propõe resolver, ou minimizar, os problemas econômicos e gerenciais que permeiam usualmente os serviços de saúde, como a escassez relativa de recursos para resolver as múltiplas necessidades de uma determinada sociedade – lidando, por esse motivo, com formas apropriadas de gerenciamento de todos os recursos de saúde disponíveis de modo a estimular ou causar impacto, equidade, eficiência e participação sociais, articulação intersetorial e cooperação com outras comunidades ou países que também compartilhem da mesma visão sobre APS.

Vuori (1985, apud Starfield, 1998) sugere quatro diferentes interpretações para a APS. Segundo esse autor, pode-se entender a Atenção Primária como: a) um *conjunto de atividades*¹ – visão que guarda semelhanças com a concepção de *programa* da OPAS e da OMS –, b) como um *nível do cuidado à saúde* – classificação também presente nas demais categorizações mencionadas –, c) como *estratégias* para a organização desse cuidado – visão vinculada às categorias *abordagem* e *estratégia* das classificações anteriores – e, por fim, como uma *filosofia que permeia o cuidado*. Essa última concepção é um desmembramento de aspectos dessas categorizações, e pode ser vista também como uma referência ao caráter eminentemente teórico e conceitual da Carta de Alma-Ata e à meta “Saúde para todos”.

¹ Starfield (1998) considera inapropriada a interpretação da APS como um *conjunto de atividades*, uma vez que, segundo a autora, há apenas algumas poucas atividades que são específicas à APS. Para ela, as outras concepções de Atenção Primária – que a tratam como *nível de atenção*, *estratégias* ou *filosofia* – estão interligadas, sendo essa interação a base de sua própria definição (Starfield, 1998:9)

Durante os anos que se seguiram à *Conferência de Alma-Ata*, algumas experiências de APS basearam-se em entendimentos incompletos ou francamente errôneos a respeito de seu conceito. Tarimo & Webster (1997) assinalam algumas dessas crenças:

1. *A APS baseada, total e exclusivamente, na oferta de determinados cuidados à comunidade*: essa crença, fruto de uma visão distorcida do princípio de envolvimento da comunidade, é parcial ao ignorar que programas comunitários, por si só, não trazem progressos caso não sejam acompanhados por mudanças estruturais nos critérios de alocação de recursos e nas instituições constituintes do sistema de saúde local – como clínicas e hospitais.
2. *A APS como o primeiro nível de contato entre indivíduos e comunidade e o sistema de saúde*: repete-se aqui a vinculação, quase ontológica, entre o termo *Atenção Primária à Saúde* e a hierarquia dos serviços de saúde. Ainda que a *Declaração de Alma-Ata* contenha, de fato, a definição da APS como um *primeiro nível de contato entre o indivíduo e a comunidade com o seu sistema de saúde*, seu entendimento como a *principal* característica da APS significa a perda de seu conceito mais amplo e de seus princípios subjacentes.
3. *A APS como ações destinadas às pessoas pobres que, nos países em desenvolvimento, não podem pagar por serviços médicos reais*: embora esse conceito se aproxime de inúmeras experiências em países pobres que mostraram resultados expressivos a partir de procedimentos simples – como a experiência chinesa já relatada – também as sociedades mais desenvolvidas, nas quais a prevalência de doenças relacionadas ao estilo de vida gera um grande impacto sobre o perfil de morbimortalidade, podem obter benefícios, como já demonstrado nos primeiros experimentos em larga escala de APS (Tarimo & Webster, 1997).
4. *A APS como uma seleção de algumas atividades entre aquelas preconizadas como seus elementos essenciais*: em nome de uma política racionalizadora, foram criadas *abordagens seletivas*, que usam algumas das oito recomendações mínimas para a

constituição da atenção primária contidas na *declaração de Alma-Ata*. Mesmo a execução de todas as ações consideradas essenciais, segundo os autores, não garante uma abordagem eficaz da APS caso não haja articulações intersetoriais e adaptações estruturais de todo o sistema.

5. *A APS como uma atividade simplificada e relacionada apenas a áreas rurais, com o uso de intervenções de baixa-tecnologia e trabalhadores com conhecimento e treinamento precários, em oposição aos cuidados médico-hospitalares e de alta tecnologia*: essa crença vai de encontro ao conceito de APS, uma vez que a opção a instituições inseridas no sistema de saúde, ao trabalho de profissionais qualificados e ao uso da tecnologia moderna. Sua ocorrência se deve à inevitável associação entre alto-custo e tecnologia sofisticada – embora o conceito de *equidade* em saúde não se oponha ao uso desses recursos, e sim à sua má distribuição. O entendimento da APS como uma alternativa competidora do sistema já existente perpetua as iniquidades, reproduzindo-a através do uso de dois sistemas paralelos de saúde: o dos *ricos* e o dos *pobres*.

6. *A APS como um conjunto de ações de baixo custo*: por muito tempo divulgou-se o conceito de APS como uma forma relativamente barata de se desenvolver o sistema de saúde, especialmente o de países pobres – o que não se comprovou na prática. Como esses países geralmente começam a desenvolver a APS a partir de uma situação na qual grande parte da população não tem acesso a serviços de saúde, mesmo um pequeno investimento *per capita* pode originar um grande custo. Mais adequado seria considerar a APS como *custo-efetiva* – ainda que, em épocas de crise e contenção de investimentos sociais, também uma abordagem com essa filosofia demandaria um considerável esforço governamental.

Todas as sistematizações das interpretações da APS mencionadas anteriormente guardam semelhanças entre si, uma vez que tentam abranger, em suas classificações, tanto esses erros – ou limitações conceituais – como a adoção mais completa e fiel da proposta de Atenção Primária originada em Alma-Ata.

Dessa forma, as interpretações do conceito de APS levantadas por Tarimo & Webster e por Vuori se relacionam com aquelas publicadas pela OPAS & OMS – particularmente as que definem a APS como uma *abordagem* (Tarimo & Webster), como uma *estratégia* (OPAS & OMS, Vuori), e como *filosofia* (Vuori). Essas podem ser consideradas como interpretações mais exatas da APS tal como descrita em Alma-Ata, uma vez que remetem a mudanças estruturais que visem à integração da APS aos serviços, convertendo-se a primeira em base para as ações em saúde e para o acesso aos outros níveis do sistema.

A interpretação de APS como um *programa*, levantada pelo documento conjunto da OPAS e da OMS, porém, parece afastar-se dessa visão, uma vez que reproduz a estrutura inequívoca que se tentou mudar com o estabelecimento dos preceitos de Alma-Ata. A classificação, como APS, do uso de recursos diferenciados para grupos de extrema pobreza, a custo mínimo, é – como já se viu – um equívoco, segundo Tarimo & Webster. Também a definição de APS como um *conjunto de atividades*, descrita por Vuori, distancia-se da concepção de *estratégia*.

Essa interpretação é, contudo, compatível com a filosofia do Banco Mundial de se selecionarem grupos humanos, administrando a eles intervenções predefinidas na forma de programas, a uma relação custo-benefício maximizada. Apesar de ela ter sido reconhecida pela OPAS e pela OMS como uma antítese ao preceito de equidade – predestinada a assistir ao desenvolvimento de programas *marginais* para populações *marginais* e à manutenção de desigualdades em distintos grupos socioeconômicos – observa-se a correspondência dessa interpretação ao ideário do Banco Mundial, com o conseqüente entendimento de sua aplicação como um *tipo* de APS a partir da superposição dos discursos da OMS, da OPAS e do Banco Mundial ¹.

¹ Ainda que as diferentes visões da APS pela OPAS e pela OMS tenham sido descritas em 1987, a referência à sua interpretação como um *programa* já é uma resposta ao Banco Mundial e ao seu documento “Financing health services in developing countries: an agenda for reform”, publicado em abril daquele ano e considerado um antecessor do relatório “Investindo em saúde”, de 1993 (Pessoto, 2001).

A proposta desse organismo financeiro para a saúde – agora interpretada como uma linha de execução da APS – converteu-se na proposta hegemônica em atenção primária para a América Latina e o Caribe nos anos 90. Esse contexto de hegemonia da proposta do Banco Mundial para a região será retomado na quinta parte desse trabalho, a qual analisará a relação entre o cenário internacional e os caminhos da APS no Brasil. A parte seguinte versará sobre a construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a conseqüente expansão de novos modelos assistenciais baseados na APS.

Quarta Parte – Evolução político-social do setor saúde no Brasil e a APS

4.1 – Antecedentes e referencial histórico

Para se entender as experiências em APS no Brasil e sua evolução global, há que se analisarem antes os contextos políticos do setor saúde durante o período de seu início e prosseguimento. Tais contextos caracterizam-se, predominantemente, pelo caráter conservador e centralizador das ações de saúde pública e da administração dos serviços de assistência médica – presente no país desde o começo do século XX, época de início das *campanhas sanitárias*¹.

O objetivo dessa abordagem era a manutenção da ordem econômica e a garantia da possibilidade de exportação através das cidades portuárias brasileiras, comumente atingidas por graves epidemias, como a da Febre Amarela. O Estado inaugurou, portanto, um modelo de inspiração bélica, apoiado em uma estrutura tecnoburocrática, centralista, corporativista e repressiva (Noronha e Levcovitz, 1994:74).

Observa-se a sobrevivência da ideologia campanhista por mais de setenta anos, no âmbito da saúde pública e de sua burocracia sanitária. O surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) – consolidados após o ano de 1930, durante o chamado *período Vargas* – assinala, por sua vez, a mesma tendência de centralização no âmbito da assistência sanitária, através da forte intervenção estatal nos conselhos de administração, cujos presidentes eram indicados diretamente pelo presidente da república (Cunha & Cunha, 1996:14).

O país chegaria a experimentar um período de exercício da democracia durante o chamado *período desenvolvimentista*, entre 1946 e 1964 – caracterizado pela existência de um federalismo efetivo e por uma tendência descentralizadora nas relações entre união e os

¹ A saúde no Brasil se pautará, desde então, pela *dicotomia* entre as ações de saúde pública e a assistência médica – na época relegada às instituições filantrópicas ou aos profissionais liberais, de acordo com a situação socioeconômica do paciente. Tal dicotomia continuou após o surgimento da medicina previdenciária em 1923, após a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, e persistiu por quase todo o século XX no país.

âmbitos administrativos subnacionais¹. Tal período, contudo, não trouxe consigo mudanças significativas na natureza do sistema de saúde: observou-se, durante o mesmo, uma rápida expansão da medicina previdenciária e o surgimento de uma ideologia modernizante e racionalizadora no âmago dos IAP's – convertidos em instrumentos de acúmulo de capital. (Noronha & Levcovitz, 1994:75).

O processo democrático e descentralizador é interrompido e revertido após o advento da Revolução de 1964, época em que se deflagrou

... "um processo de fragmentação constitucional que alienou paulatinamente da arena de implementação da política de saúde no âmbito da Previdência as categorias abrangentes pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (...) e pulverizou as burocracias dos diversos institutos..." (Costa, 1986:480).

A centralização observada no recém-estabelecido período autoritário esteve intimamente relacionada à lógica da orientação do regime militar, convertendo-se em uma de suas principais características. No setor saúde a tendência centralizadora pode ser observada através da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão em uma única instituição, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966.

As diretrizes políticas do novo regime conduziram ao desenvolvimento de uma concepção enfatizadora da prática médica individual como política de estado para o setor. O modelo proposto delegou à iniciativa privada a prestação de uma significativa parcela de serviços de saúde, e o crescimento desse setor passou a ser subsidiado, a partir de 1974, pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento social (FAS), que fornecia empréstimos com juros subsidiados através da Caixa Econômica Federal, e pela posterior garantia de custeio do funcionamento dos setores privados produtores de serviços de saúde, de equipamentos e de insumos. Houve, portanto, uma política de fortalecimento do complexo médico-industrial – que, segundo Noronha & Levcovitz (1994:77), esteve em consonância com a lógica geral

¹ A Terceira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, chegou a propor um radical processo de municipalização da assistência à saúde no país – processo que só teria início efetivo cerca de trinta anos depois (Noronha & Levcovitz, 1994:75).

do fenômeno econômico conhecido como *Milagre Brasileiro*, durante o qual se observou um significativo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.

As políticas de estímulo às atividades da iniciativa privada, bem como a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores de serviços dessa categoria, levaram à expansão da infra-estrutura hospitalar no país através da construção – financiada pelo setor público – de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados em geral. Essa expansão pode ser exemplificada pela ocorrência de um aumento próximo a 500 % no número de leitos hospitalares privados entre os anos de 1969 e 1984 (Cunha & Cunha, 1996:18). Observou-se, também, um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos e a multiplicação de egressos das faculdades de medicina e odontologia a partir da expansão de vagas decorrente da política do regime militar (Noronha & Levcovitz, 1994:77).

Paim (1986:187) assinala a contradição entre a crescente intervenção estatal no mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, através da Previdência Social, e o padrão da prática médica desenvolvido após o surgimento do INPS, orientado para a lucratividade e favorecedor dos produtores privados desses serviços.

Baseado no provimento de serviços de saúde pelo complexo médico-industrial, esse sistema não conseguiu implementar uma estrutura unificada de serviços ou órgãos voltados à prestação de cuidados primários – atividade de baixa rentabilidade¹ e prejudicial ao lucro da medicina privada curativa. As ações e os procedimentos referentes a esse tipo de cuidado – como imunização, fornecimento de medicamentos, controle de endemias e tratamento de doenças e traumatismos comuns – encontravam-se dispersos em vários ministérios e órgãos da administração direta ou indireta (Cunha & Cunha, 1996:18), o que dificultou a coordenação e o sinergismo entre elas e, por outro lado, possibilitou a competição entre iniciativas de diferentes origens.

¹ Cordoni Júnior (1979) considera a expansão desse tipo de cuidado como um investimento de baixo retorno em força de trabalho, uma vez que se destinará basicamente a populações com baixa qualificação profissional e excluídas da dos setores mais dinâmicos da economia, possuidores de cobertura previdenciária (Cordoni Júnior, 1979:53).

É esse o panorama do setor saúde durante os dez primeiros anos do regime militar, época em que se assistiu ao fenômeno do *Milagre Brasileiro*, já referido anteriormente. O início de seu declínio, em 1974, marca o começo de um ciclo de crise caracterizado por dificuldades econômicas, inflação, redução de investimentos e uma política governamental restritiva, que desagradaria aos empresários e desorientaria o governo (Cordoni Júnior, 1979:61). Essa nova fase do modelo econômico, agravadora de tensões sociais e criticada por setores tradicionalmente apoiadores do regime militar, impôs a necessidade de expansão da cobertura de saúde como forma de recuperação de uma legitimidade pretensamente perdida. A busca da ampliação da cobertura previdenciária tornou-se uma característica constante do regime a partir de então.

A crise recém-instalada ocorreu concomitantemente ao agravamento da falta de controle sobre os serviços contratados pelo regime previdenciário e assistiu a tentativas incipientes de racionalização, que visavam controlar as distorções do modelo vigente sem, contudo, alterá-lo substancialmente. Citam-se como medidas racionalizadoras a criação da *Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social* (DATAPREV), a normatização de novos mecanismos institucionais de relação público-privado entre esferas de governo e a criação do *Sistema Nacional de Previdência Social* (SINPAS), que objetivou a racionalização ao tentar disciplinar a concessão e a manutenção de benefícios e prestação de serviços, bem como a gestão administrativa e patrimonial da previdência. Nessa mesma época, foram criados o *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS) e o *Instituto de Arrecadação da Previdência Social* (IAPAS).

A expansão de cobertura preterida mostrou-se inviável à luz da onerosa modalidade previdenciária existente, o que levou o governo e correntes mais politizadas do meio acadêmico e dos serviços a pensar em alternativas de expansão mais eficazes e de menor custo. Várias discussões e iniciativas de APS surgiram a partir dessa reflexão, precedendo a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde em alguns anos.

Os próximos tópicos apresentarão as experiências de APS vinculadas à expansão da cobertura previdenciária do regime militar. Mais adiante será analisado o contexto de redemocratização da saúde na década de oitenta, bem como as iniciativas de APS ocorridas a partir de então.

4.2 – Medicina Comunitária e Medicina Familiar no Brasil ¹

a) A Medicina Comunitária

O movimento da *Medicina Comunitária* apareceu no país, através do discurso oficial, nos anos setenta – década seguinte ao seu surgimento nos Estados Unidos. Segundo Cordoni Júnior (1979), seu aparecimento no país como um modelo de atenção primária está relacionado, como já foi dito, ao esgotamento do modelo previdenciário devido ao acréscimo dos seus custos – em parte pelas tentativas de ampliação da cobertura através de serviços e programas fundamentados nos princípios flexnerianos, voltados à hospitalização e ao uso intensivo de tecnologia sofisticada ².

O movimento está também relacionado, no Brasil, à politização do setor saúde – uma vez que esse setor passa a ser o foco para o qual “... *se desviam as atenções e as esperanças dos problemas de saúde originados predominantemente na esfera da organização da produção...*” (Cordoni Júnior, 1979). O fim do *milagre brasileiro*, em 1974, gerou tensões sociais devido a reivindicações, por parte do empresariado e dos trabalhadores, de uma maior participação nas decisões políticas do país. A abertura a alguma participação popular passou a ser considerada inevitável, e movimentos grevistas eclodiram durante os anos de 1977, 1978 e 1979. A crescente politização dos profissionais da saúde – um dos substratos para a implementação da Medicina Comunitária – pode ser constatada através do aumento da atividade sindical e greves no setor.

¹ Tratar-se-á, aqui, da apresentação de ambos os movimentos no contexto nacional. As suas bases fundamentais estão descritas na segunda parte desse estudo.

² Um exemplo de tentativa de ampliação da cobertura nesses moldes pode ser encontrado no *Plano de Pronta Ação (PPA)*: lançado em 1974, seus objetivos eram a universalização da cobertura para a clientela não segurada através da desburocratização do atendimento de emergência e a incorporação das secretarias de saúde e dos hospitais universitários ao sistema previdenciário (Costa, 1986:483).

Classificada por Donnangelo (1979) como uma corrente representante dos movimentos menos radicais de reforma médica presentes no Brasil – ao lado da Medicina Integral e da Medicina Preventiva – a medicina comunitária, segundo Paim (1986), pode ser vista como a realização da primeira: a aplicação de ações preventivas e curativas, juntamente com a participação da sociedade, formam um vínculo entre o ideal da Medicina Integral e a prática da Medicina Comunitária.

O caráter heterodoxo desse movimento deveu-se à necessidade oficial de estimular a expansão de cobertura em bases alternativas às flexnerianas, sem, contudo, alterar significativamente a organização do sistema de atenção médica. A preservação das contradições entre os subsistemas público e privado denota o interesse em se manter a ordem existente, o que acaba por situar a medicina comunitária na lacuna entre a medicina de mercado e a medicina pública (Paim, 1986).

Essa característica diferencia a medicina comunitária brasileira – anterior à Conferência de Alma-Ata – dos preceitos da APS advindos daquele encontro: primeiro, por não ter como meta a universalização da atenção primária; segundo, por não se integrar ao sistema já existente, uma vez que ambos lidavam com clientela diferentes. Ao se considerarem todas as iniciativas de medicina comunitária como movimentos de atenção primária, identifica-se, em algumas delas, um dos erros apontados por Tarimo & Webster (1997) acerca do conceito de APS: o de *uma atividade simplificada e relacionada apenas a áreas rurais, com o uso de intervenções de baixa-tecnologia e trabalhadores com conhecimento e treinamento precários, em oposição aos cuidados médico-hospitalares e de alta tecnologia* (Tarimo & Webster, 1997).

Importantes programas baseados na medicina comunitária foram implantados no Brasil, como o *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste – PIASS*¹, e o *Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas*.

O primeiro programa é considerado um marco do movimento contra-hegemônico que viria a consolidar a reforma sanitária durante os anos 80. Como primeiro programa de medicina simplificada no âmbito federal, ele possibilitou a inserção de técnicos provenientes daquele movimento no interior do aparelho de estado (Cunha & Cunha, 1996:19). Segundo Cordoni Júnior (1979), o PIASS deparou-se, menos de um ano antes de seu lançamento, com problemas de ordem burocrática e resistências à descentralização administrativa e às articulações intersetorial e interinstitucional, com prejuízo para a sua completa implementação até o vencimento de seu prazo. Apesar desses percalços, o programa conseguiu se expandir a todo o território nacional no ano de 1979, resultando em uma significativa expansão da rede ambulatorial pública (Cunha & Cunha, 1996:19).

A concepção do projeto *Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas*² presumia que a organização adequada dos serviços de saúde se definiria, na prática, durante a sua implantação. O programa iria, portanto, contribuir para uma maior racionalização do sistema durante o seu próprio desenvolvimento, bem como para o início de um processo de síntese da organização dos serviços que levaria à consolidação dos sistemas estadual e nacional de saúde (Cordoni Júnior, 1979).

¹ O PIASS foi criado em 1976 por proposta dos ministros da saúde, do planejamento, do interior e da Previdência e Assistência social, com o objetivo de implantar estruturas básicas de saúde pública em pequenas comunidades na região Nordeste do país. Suas diretrizes fundamentais previam a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar – princípio importante do movimento de medicina comunitária e previsto também em Alma-Ata – e a ênfase na prevenção de doenças transmissíveis de nosologias mais freqüentes, na expansão de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia, na ampliação da cobertura a partir da implantação de unidades de saúde simples apoiadas por outras de maior porte – conformando assim uma rede de serviços hierarquizados –, na integração das diversas instituições de saúde no âmbito público, e na participação comunitária (Mello, 1981; Cordoni Júnior, 1979).

² Esse programa pretendia firmar-se como uma alternativa para regiões pobres, predominantemente rurais e com alto grau de dispersão populacional, com o alcance de, no mínimo, setenta por cento da população-alvo. A *regionalização* e a *hierarquização* dos serviços de saúde foram princípios fundamentais do programa, e houve uma ampla utilização de auxiliares de saúde – que consistiam em pessoal de nível elementar e médio – treinados para resolver problemas mais comuns de saúde, incluindo-se aí o diagnóstico e tratamento das patologias mais simples. Optou-se pela escolha de professoras como agentes de saúde (Cordoni Júnior, 1979).

Previa-se, nesse programa, a integralidade da atenção à saúde – representada pela concepção de não-separação entre atividades curativas e preventivas –, a participação da comunidade na definição de suas necessidades, programação, produção e avaliação dos serviços prestados e a utilização de equipes de saúde multiprofissionais – estimulando-se a formação de qualidade dos auxiliares de saúde. A Integração Docente-Assistencial (IDA), uma das medidas sugeridas pelo relatório Carnegie ¹, teve uma importante experiência através da participação dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – que se mostrou importante para o permanente questionamento e redirecionamento das ações desenvolvidas, bem como para o estímulo da continuidade do projeto como um todo – situado em uma área desprovida de uma quantidade significativa de médicos e sujeita, portanto, a menor pressão corporativa em relação às mudanças implementadas (Campos, 1995).

Percebe-se, no projeto apresentado, uma maior consonância com o ideário de Alma-Ata: a sua concepção de projeto-piloto – destinado a organizar e integrar serviços públicos e a se reproduzir em outras regiões semelhantes – denota o interesse na soma de esforços para a coordenação entre os serviços ligados ao projeto e os já existentes. Outras características são comuns à carta de Alma-Ata e à concepção do Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas: a ênfase no trabalho de equipes multiprofissionais e do agente de saúde, a expansão da cobertura, a integralidade do cuidado à saúde, a coordenação intersetorial de ações e a participação comunitária. Por outro lado, segundo Cordoni Júnior (1979), as duas últimas características mostraram-se insuficientes para o pleno desenvolvimento do programa PIASS.

A medicina comunitária brasileira, a despeito de seu caráter predominantemente conservador – que objetivava a expansão dos serviços sem mudanças significativas no sistema de saúde – contou com o trabalho de profissionais idealistas que acabaram por adquirir experiência na organização e administração de serviços hierarquizados. Muitos

¹ O Relatório Carnegie foi lançado em 1970 nos Estados Unidos, e teve um notável destaque na elaboração das bases conceituais da medicina comunitária (vide página 38).

vieram a compor, mais tarde, o *Movimento Sanitário* – de relevante papel na democratização da saúde no Brasil e na construção do atual *Sistema Único de Saúde*, como se verá adiante.

b) A medicina familiar no Brasil

A discussão da medicina familiar no país se deu mais nos meios acadêmicos do que nos serviços ou em iniciativas oficiais, uma vez que o objeto de sua ação era o próprio aparelho formador. O objetivo declarado do movimento foi o de estimular uma formação mais generalista e humanitária para os médicos. O tema é debatido desde o ano de 1973 no Brasil, quando a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) patrocinou o seminário *A Formação do Médico de Família*, em Petrópolis (Paim, 1986). A tônica do discurso contido no relatório final desse evento baseava-se na necessidade de redefinição do conceito de *Médico de Família* como ponto de partida para o reencontro da humanização e da racionalidade na prática médica.

Uma nova discussão no âmbito da ABEM ocorreu em 1978 – mesmo ano da Conferência de Alma-Ata. O seminário *A Formação do Médico Generalista* foi realizado em Campinas, no mês de maio. Discutiu-se, nesse encontro, o nome mais adequado ao profissional médico em questão, embora os participantes tenham preferido evitar o uso da expressão *Médico de Família*, segundo Paim (1986:163). Concluiu-se que as expressões *Médico de Família*, *Médico generalista*, *Médico de Cuidados Primários*, *Médico Geral* e *Clínico Geral* não possuem o mesmo significado, podendo implicar linhas de ação e capacitação profissional diferentes (Feuerwerker, 1998:67). A forma de treinamento desse profissional também foi discutida: não houve consenso quanto à necessidade de preparação extra dos médicos recém-formados – através de cursos de pós-graduação *latu sensu* como residência ou outros programas de especialização – ou à possibilidade de terminalidade do treinamento ainda na graduação.

O dilema semântico voltou a ser discutido no XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, ocorrido em Londrina, no mesmo ano. Em seu relatório final, afirma-se que a

maioria dos grupos preferiu o uso do termo *Médico de Família* para denotar o médico treinado em pós-graduação, enquanto alguns grupos discutiram o uso do termo *Clínico Geral* para se referir ao médico recém-formado através de um currículo voltado para a medicina geral (Associação, 1978:137).

Paim percebe essa discussão semântica como uma preocupação em se elaborarem as estratégias que iriam constituir a “... *base de sustentação desse movimento ideológico no Brasil*” (Paim, 1986:163). Em um momento em que se discutiam as causas do gradual desaparecimento do médico generalista no país, percebia-se nos países desenvolvidos um movimento oposto, de ressurgimento desse profissional – o que justificou a importação da ideologia do *Médico de Família* ou “... *de suas mil alcunhas*” (Paim, 1986:163). A medicina de família é, segundo Chaves, um movimento de cuidados primários à saúde observado sob a ótica dos países desenvolvidos (Chaves apud Paim, 1986:153) – cuja idéia foi importada sem que se concebesse um instrumental significativo para a sua inserção no sistema de saúde brasileiro.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi visto como um interessado em potencial no recém-traçado perfil médico, uma vez que esse profissional tenderia a racionalizar os serviços e a aumentar a satisfação dos usuários através da humanização do atendimento (Paim,1986:164). Tal previsão, porém, não se concretizou, uma vez que as características do sistema de saúde então em vigor – hospitalocêntrico, fragmentado em especialidades e baseado na dicotomia entre cuidados de saúde pública e assistência médica – não mudaram ao longo de sua existência ¹.

Observa-se, nesse movimento, a centralização da discussão em torno da figura do médico – conseqüência dos debates promovidos por instituições acadêmicas e freqüentados majoritariamente por esses profissionais. O movimento da medicina familiar, ao se basear

¹ A ABEM, no documento *Preparação do Médico Geral – Reexame e Perspectivas*, de 1986, registra o crescente interesse do INAMPS no perfil de médico generalista a partir do advento das AIS (Ações Integradas de Saúde), quando se iniciou um processo de reestruturação do internato oferecido em suas unidades – que deixaria de lado “...o aspecto único de treinamento hospitalar em especialidade, ou subespecialidade...” para prover “... formação em todos os níveis de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado” (Associação, 1986:31). A responsabilidade pela política assistencial, contudo, logo passaria ao Ministério da Saúde, que, em 1990, incorporou aquele instituto.

predominantemente nessa categoria, revelou-se uma tentativa interna de reestruturação da prática médica como reação a algumas características da medicina flexneriana – como a fragmentação do cuidado e o conseqüente aumento dos custos. Inspirado em idéias correntes nos países desenvolvidos, não consistiu em uma articulação que refletisse o cuidado à saúde do ponto de vista multiprofissional ou que procurasse viabilizar a sua operacionalização no Brasil.

A medicina familiar não foi identificada, portanto, como um real movimento de mudança das práticas de cuidado à saúde. Ela apresentou-se empobrecida conceitualmente como instrumento de reforma médica, segundo Paim (1986), quando comparada a movimentos que lhe precederam, tais como a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária – também caracterizados por Donnangelo (1979) como movimentos moderados de reforma médica no Brasil.

A discussão sobre o caráter generalista do médico e a sua formação, embora não tenha deixado de ocorrer nos períodos posteriores, acabou por adquirir maior importância após o advento do Programa de Saúde da Família (PSF) – que se inspirou em experiências de medicina familiar, como se verá posteriormente.

Tanto a Medicina Comunitária como a Medicina Familiar foram movimentos que priorizavam o cuidado primário em contraposição à medicina especializada e sofisticada. As suas limitações se deveram, de forma geral, às contradições entre os seus princípios e as características do sistema de saúde vigente. Ainda que tenham contribuído para a politização do setor e a reflexão sobre a necessidade de um novo sistema de saúde – ou pelo menos de uma nova abordagem clínica –, esses movimentos não puderam se inserir estruturalmente no modelo vigente. Tal limitação relegou a medicina comunitária à execução de programas pontuais e paralelos àquele modelo, e a medicina familiar, às discussões acadêmicas e à implementação de programas de residência médica em Medicina Preventiva ou Medicina Geral e Comunitária.

Somente a mudança do sistema de saúde como um todo poderia permitir a incorporação de seus princípios, de forma mais efetiva, à filosofia do cuidado à saúde no país. O próximo tópico versará sobre o processo de reestruturação da saúde brasileira a partir de sua redemocratização nos anos oitenta.

4.3 – A redemocratização do setor saúde no Brasil

Vários momentos, idéias e programas ajudaram a sedimentar tanto o processo de democratização da saúde no Brasil como a busca por um modelo assistencial que inserisse os princípios da APS no bojo do sistema de saúde. Retomar-se-á, aqui, a análise do contexto do setor saúde no Brasil a partir do início do processo de democratização no país e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a fundamentar a análise dos caminhos da APS durante esse processo.

a) O início da discussão e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)

O ciclo recessivo que se iniciou ao término do *Milagre Econômico*, em 1974, expôs as contradições do modelo previdenciário vigente e possibilitou tanto o início de discussões sobre seus problemas como as experiências em medicina comunitária descritas anteriormente. Esse contexto de crise assistiu também ao aparecimento de manifestações públicas de protesto e insatisfação com o padrão de cuidado à saúde (Noronha & Levcovitz, 1996:79).

A inserção de profissionais vinculados ao emergente movimento contra-hegemônico no interior do aparelho estatal, observada no programa *PIASS*, e o crescente déficit operacional da Previdência Social a partir de 1980 – causado em parte pela expansão da cobertura sem a criação de novas fontes e mecanismos de financiamento – catalisaram o início de um movimento reformista. Outros fatores alimentaram o processo, como o início da abertura "lenta, gradual e segura" do regime militar e o incipiente clima de democratização, que fizeram com que os críticos do modelo vigente se sentissem à vontade

para atuar ativamente, ocupando cada vez mais cargos públicos nos âmbitos federal e estadual e promovendo debates sobre saúde pública em inúmeros eventos realizados no início da década de oitenta. Consolidava-se, assim, o *Movimento Sanitário*, formado por intelectuais, trabalhadores da área da saúde e políticos opositores – alguns dos quais eleitos parlamentares (Viana, 2000:118).

Também alguns setores governamentais passaram a assumir idéias promovidas pelos debates do movimento sanitário. O mais importante ato comprobatório dessa posição oficial foi a convocação, pelo Ministério da Saúde, da VII Conferência Nacional de Saúde em 1980, que tinha como tema os *Serviços Básicos de Saúde*, e a criação do *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE), anunciado durante aquele encontro. Esse programa, inspirado nas experiências anteriores de medicina comunitária e nos preceitos da Conferência realizada em Alma-Ata dois anos antes, preconizou a integração efetiva entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, a regionalização e a hierarquização dos serviços de Saúde, a participação comunitária, a integração dos serviços e a extensão da cobertura. Apesar de seu potencial para efetivar a implementação oficial de uma política de APS no país, o programa provocou uma divisão profunda entre os seus idealizadores e alguns setores vinculados à saúde, como a Federação Brasileira de Hospitais. O embate em torno do tema enfraqueceu e inviabilizou o PREV-SAÚDE ao originar o surgimento de diferentes versões do programa como tentativas de acomodação das forças antagônicas em ação (Cunha & Cunha, 1996:20).

b) *CONASP e Ações Integradas de Saúde*

Uma nova alternativa para a crise previdenciária foi sugerida pelo governo federal após o fracasso do plano PREV-SAÚDE com a criação, em 1981, do *Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária* (CONASP). Esse conselho, de inspiração racionalizadora, manteve em seu plano de trabalho – o *Plano CONASP* – algumas propostas do plano anterior, como a hierarquização, a regionalização, a descentralização e a integração dos serviços. O plano contou ainda com ampla participação em sua formulação.

Ao contrário do plano PREV-SAÚDE, que não chegou a existir na prática, o plano do CONASP conseguiu afirmar e implementar efetivamente, ainda que de forma parcial e heterogênea, as suas proposições em diferentes regiões do país, entre os anos de 1982 e 1984. Foi a partir desse plano que se implementou, em 1983, o *Programa das Ações Integradas de Saúde* (PAIS) – que, apesar de tergiversar da prática concreta em um primeiro momento, entre 1983 e 1984, passou a ser um importante instrumento para a consolidação da reforma sanitária ao se transformar na estratégia das *Ações Integradas de Saúde* (AIS) no decorrer desse último ano (Paim, 1986:191). As AIS forneceram ao movimento sanitário bases técnicas e princípios estratégicos para o seu desenvolvimento a partir dessa sua segunda fase de existência, durante o biênio 1985/86 – período já posterior ao regime militar e introdutor da chamada *Nova República* (Noronha & Levcovitz, 1996:84).

Algumas características das AIS foram apontadas como promissoras por Paim (1986:193). Dentre elas, há várias relacionadas tanto ao conceito de APS advindo da Conferência de Alma-Ata como do movimento de Medicina Comunitária: definição de programas a partir das necessidades locais, integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação social, reorientação das atividades de ensino, pesquisa e extensão das universidades e, por fim, desenvolvimento técnico e gerencial dos serviços de forma a se alcançar a máxima resolutividade. O primeiro rompimento com as práticas autoritárias e tecnocráticas do regime militar foi possibilitado através da descentralização efetiva do processo de gerenciamento por meio da constituição de comissões deliberativas nos âmbitos nacional, estadual e federal ¹.

As AIS visavam ao repasse de recursos do INAMPS para as secretarias estaduais de saúde, a fim de implementar a integração de ações e a expansão da rede de serviços. Como resultados concretos dessa estratégia, observam-se a criação e a expansão da infra-estrutura

¹ Foram elas: Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS).

fundamental da rede física de cuidados básicos de saúde – essenciais ao posterior desenvolvimento das políticas de hierarquização, descentralização e universalização – e a valorização da capacidade administrativa dos níveis subnacionais de governo, historicamente relegados e considerados incapazes de realizar boas gestões (Noronha & Levcovitz, 1996:86). Esses resultados conferiram às AIS um papel fundamental na consolidação dos caminhos da APS no Brasil, ao marcar o início do processo de descentralização e de reorganização dos serviços de saúde a partir de princípios que seriam, mais tarde, formalizados pela Assembléia Nacional Constituinte como características do *Sistema Único de Saúde (SUS)*.

c) A VIII Conferência Nacional de Saúde e a concepção de um novo sistema

Os caminhos da reforma sanitária e seus princípios – personificados sobretudo nas AIS – tiveram uma importante aliada na *VII Conferência Nacional de Saúde*, em 1986. Nela foram discutidas questões importantes que norteariam a construção do Sistema Único de Saúde nos anos seguintes. Costa (1996:493) considera a conferência como um exemplo da "*...ratificação do sentido abrangente da saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso a serviços de saúde*".

De fato, a introdução do relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde enfatiza que

“...as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar de reforma sanitária”. (Ministério da Saúde, 1987:2)

Essa concepção ampliada de saúde e dos determinantes socioeconômico-culturais das patologias é, à luz dos princípios contidos na *Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa*, condição essencial para o exercício da APS.

A introdução do documento registrou, também, a discussão sobre a natureza do novo sistema nacional de saúde: pensou-se, na ocasião, em sua completa estatização – idéia recusada, apesar da prevalência de consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público e da outorga do caráter de *concessão* aos serviços privados. Houve predominância também do entendimento de que o setor saúde necessitava desmembrar-se da Previdência Social (Ministério da Saúde, 1987).

Três temas de suma importância foram discutidos durante a conferência: a visão da *saúde como direito*, a *reformulação do Sistema Nacional de Saúde* e o *financiamento do setor*. Faz-se oportuna, neste trabalho, uma breve análise dos dois primeiros, uma vez que tais assuntos influenciam diretamente as características de uma possível estratégia para a APS e sua implementação.

Em relação ao primeiro assunto, discutiu-se não só a conveniência da formalização do direito universal à saúde no texto constitucional, mas também a “... *necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais...*”. Há passagens no relatório final que se revelam em consonância com o espírito de universalidade dos cuidados e de desenvolvimento humano presente na *Declaração de Alma-Ata*:

"Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade". (Ministério da Saúde, 1987:3)

A *participação social* foi considerada imprescindível para a garantia do direito universal à saúde da população brasileira. Preconizou-se o estímulo da participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações de Estado.

Em relação ao segundo tema, a *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*, os participantes da Conferência destacaram a importância de se construir um novo arcabouço

institucional, que separasse totalmente a saúde da previdência. Também aqui aparecem itens relacionados a preceitos expressos na Conferência de Alma-Ata: preconizaram-se a descentralização dos serviços, a integralização das ações de forma a superar a dicotomia preventivo-curativo, a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde – de forma a possibilitar o direito de escolha da terapêutica preferida pelo usuário –, universalização da cobertura, equidade em relação ao acesso e atendimento de qualidade compatível com os recursos disponíveis e de acordo com o estágio de desenvolvimento do conhecimento, entre outros (Ministério da Saúde, 1987)

d) O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

No ano de 1987 – já durante o processo de elaboração da Constituição Federal – foi institucionalizado, no espírito das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, o *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde* (SUDS), com o objetivo de consolidar e desenvolver qualitativamente as AIS. Para Noronha & Levcovitz (1996:87), o governo expôs, com objetividade e clareza, o propósito de afirmar a reforma sanitária através do SUDS, visando superar a organização vigente dos serviços de saúde no sentido de fundamentá-la na cooperação e na integração, em contraposição à competição, à dispersão e à compartimentação das responsabilidades até então. Para isso foi proposto o redimensionamento do INAMPS, com redução em sua estrutura e transferência de sua sede do Rio de Janeiro para Brasília. Além disso, o decreto que criou o SUDS ¹ delegou à união, entre outras funções, a elaboração do plano nacional de saúde, a regulamentação das relações entre o setor público e o privado e a normatização nacional de assistência integral à saúde, das vigilâncias epidemiológica, nutricional, alimentar e sanitária (Brasil, 1987).

A sua proposta de transferência dos serviços para estados e municípios incorporou a discussão à pauta dos governadores de estados – interessados pela disputa dos recursos previdenciários – e o advento de mais uma fonte de receita levou, em alguns casos, à retração do aporte estadual de recursos para o setor, bem como a apropriação de recursos

¹ Decreto número 94.657, de vinte de julho de 1987 (Vide referência bibliográfica).

federais para outras ações e a prática da negociação clientelista com os municípios (Cunha & Cunha, 1996:21)

O SUDS pode ser considerado, de uma maneira geral, como uma estratégia de transição em direção ao desejado Sistema Único de Saúde. Por esse motivo, seu advento também trouxe consigo a necessidade de se repensar, nos termos da descentralização, os papéis de instituições como a *Central de Medicamentos* (CEME), a *Superintendência de Campanhas de Saúde Pública* (SUCAM), o *Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição* (INAM), a *Fundação Serviço Especial de Saúde Pública* (FSESP), a *Fundação das Pioneiras Sociais* e a *Fundação Oswaldo Cruz* – instituições cujas ações de saúde, dispersas entre si, eram preconizadas pela Carta de Alma-Ata como inerentes à APS – como a assistência à nutrição, distribuição de medicamentos essenciais, saneamento básico e controle de endemias.¹

e) O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal, outorgada em 1988, aprovou a criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) nos moldes concebidos durante os debates promovidos pelo movimento reformista. De suma importância foi o reconhecimento do conceito ampliado de saúde, presente no seu referencial teórico. Sobre a necessidade dessa nova visão refletem Cunha & Cunha (1996):

"Encarar saúde apenas como ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional. (...) Para enfrentar essa situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, da sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde com um projeto que iguala saúde com condições de vida" (Cunha & Cunha, 1996: 22).

¹ Posteriormente, foram extintos a CEME e o INAM, através da Lei nº 9.618, de dois de abril de 1998, e a *Fundação das Pioneiras sociais*, através da Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. A SUCAM e a FSESP fundiram-se para formar a *Fundação Nacional de Saúde* (FUNASA), criada através da Lei nº 8029, de doze de abril de 1990.

Observa a Constituição Federal que a saúde é “... um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (Constituição, 1988). Essa determinação constitucional guarda relação com o tópico V da Declaração de Alma-Ata, que diz que os governos “... tem pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais” (WHO, 1978). A Constituição garante também o acesso “... *universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (Constituição, 1988), em consonância com o princípio de Saúde para Todos.

Em consonância com as discussões ocorridas na Oitava Conferência Nacional de Saúde, foi expressa na Constituição a tentativa de se reparar o quadro causado pela hipertrofia subsidiada do setor privado. Para isso consolidou-se o caráter de relevância pública das ações e serviços essenciais de saúde através da delegação, ao poder público, de sua regulamentação, fiscalização e controle. A destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções à iniciativa privada com fins lucrativos foi formalmente proibida – assim como a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde – e a prestação de serviços privados de saúde foi classificada como *complementar* àquela executada pelo setor público.

As ações e serviços públicos de saúde deveriam, segundo o texto constitucional, integrar uma rede regionalizada e hierarquizada sob a forma de um sistema único, baseado na descentralização, no atendimento integral – com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais – e na participação social (Constituição, 1988). Os princípios sustentados pelo movimento reformista – desde a sua incipiente inserção no aparelho do Estado na década de setenta até o advento das AIS e do SUDS – foram, portanto, reafirmados na Constituição de 1988.

Estavam lançadas as bases oficiais para a reestruturação da saúde no Brasil através do delineamento de um sistema democrático, descentralizado e condizente com os princípios de Atenção Primária à Saúde contidos na Declaração de Alma-Ata. Apesar de todo o avanço simbólico representado pelo texto constitucional, os anos vindouros assistiriam a

diversas restrições, tanto à plena implantação do SUS como à de um novo modelo de assistência à saúde que fosse baseado na concepção ampla de saúde e nos preceitos da APS.

4.4 – O SUS pós-constitucional: indefinições e retrocessos

Devido à paralisia das forças reformistas após a derrota de partidos políticos como o PMDB e PSDB durante o primeiro turno das eleições presidenciais de 1989 – e, a seguir, após a derrota do PT, que representou temporariamente a confluência de todas as forças progressistas da sociedade – os setores mais comprometidos com o SUS desapareceram da vida política nacional. Somente em setembro de 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde – Lei n° 8080 – encarregada da regulamentação do modelo concreto de seu desenvolvimento, sob forte influência da política social do governo Collor, empossado em março daquele ano (Noronha & Levcovitz, 1996:107).

A implantação efetiva do SUS sofreu retrocessos a partir de sua regulação. Oliveira Júnior (1996) descreve um comportamento contraditório por parte do governo federal, que, apesar de apoiar o processo, não se esforçou para promover a participação social ou mudar o modelo de gestão e financiamento do sistema e a organização do modelo de assistência à saúde. Essa postura fez com que a Lei Orgânica da Saúde sofresse vários vetos presidenciais após a sua aprovação pelo Congresso, incluindo-se entre os artigos vetados todos aqueles referentes à participação popular, definida como preceito constitucional ¹ (Oliveira Júnior, 1996:62).

Outros retrocessos e indefinições vieram a seguir, causados tanto pelas dificuldades inerentes à sociedade brasileira em capitanear uma mudança com a profundidade desejada quanto pela postura político-ideológica do governo Collor. Levcovitz et al. (2001:271) destacam algumas dificuldades limitantes da implementação do SUS durante os anos 90, como a instabilidade das fontes de financiamento durante quase toda a década, a

¹ A intensa reação observada no setor saúde e no próprio poder legislativo fez com que o governo recuasse e apresentasse ao Congresso um novo projeto de lei – o de número 8.142, em vigor a partir de 28 de dezembro de 1990 – após a absorção de propostas de diversos segmentos do setor visando à reparação dos problemas gerados pelo veto presidencial. (Viana, 2000:123).

indefinição do papel dos gestores estaduais, a continuidade do subsídio ao setor privado de forma indireta, por meio da renúncia fiscal, a competitividade observada entre as esferas de governo, a heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos municípios e estados e, em relação à atenção aos usuários, a persistência de problemas pregressos, como a falta de integração entre serviços e as distorções antigas do modelo de atenção, relacionados à prática da medicalização e ao uso inadequado de tecnologias.

Essas dificuldades conjunturais e estruturais fizeram com que o novo sistema de saúde mantivesse algumas características indesejáveis do antigo modelo, como a continuidade do pagamento por produção ambulatorial e hospitalar, alheia às necessidades mais abrangentes de saúde da população, e a falta de um modelo claro de cuidados à saúde. A Norma Operacional Básica 01/91 – a primeira a ser editada após a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde – acabou por descaracterizar alguns dos principais objetivos do SUS, na visão de Oliveira Júnior (1996:62). Apesar de a Lei Orgânica da Saúde ter definido critérios para o repasse de recursos federais aos estados e municípios – baseado em características populacionais, epidemiológicas, demográficas, logísticas e realizado de forma automática e regular –, essa norma acabou por redefinir toda a lógica de financiamento, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços semelhante à da antiga estrutura previdenciária. Por esse motivo, o período entre a NOB 01/91 e a NOB 01/93 é considerado, segundo Viana (2000:123), como o período da *Descentralização Tutelada*.

Para Cordeiro (2001:325), há uma contradição mais ampla entre o processo de descentralização do poder e o federalismo brasileiro após a Constituição, uma vez que o debate na Constituinte concentrara-se mais em formulações de princípios que visavam aumentar o aporte de recursos federais para estados e municípios e menos em propostas para o fortalecimento de poder de arrecadação nessas instâncias.

As Normas Operacionais Básicas seguintes visaram aprofundar gradualmente a descentralização e a operacionalização do SUS tal como ele fora delineado anteriormente. A NOB 01/93 criou, para o cumprimento desse objetivo, diferentes modalidades de gestão para que estados e municípios pudessem se adaptar, de forma progressiva, ao novo modelo

a ser consolidado. Pela primeira vez foi regulamentado o repasse *fundo a fundo*, realizado de forma regular e automática. Ainda que esse tipo de repasse não tenha rompido com a lógica do *pós-pagamento* – uma vez que os recursos assim transferidos deveriam respeitar o valor da produção apresentada nos recém-instituídos *Sistemas de Informações Ambulatoriais* (SIA-SUS) e *Hospitalares* (SIH-SUS) –, os municípios habilitados na modalidade de gestão *semiplena*¹ tiveram, nos momentos iniciais, grande autonomia para a execução dos recursos recebidos (Levcovitz et al., 2001:276).

O longo processo de descentralização iniciado com a NOB 01/91 e aprofundado com a NOB 01/93, assim como as incertezas geradas pela instabilidade do financiamento do setor e o caráter misto da forma de repasse de recursos (misturando pagamento por produção e repasse direto de um teto pré-estabelecido) acabaram por perpetuar as características assistenciais do modelo previdenciário e atrasaram o desenvolvimento de um modelo de cuidados à saúde adequado ao novo sistema. O debate acerca de um modelo tecno-assistencial para o SUS não foi, contudo, inviabilizado: várias experiências nessa área iniciaram-se em princípios dos anos noventa, e é sobre elas que se vai falar a seguir.

Concluindo o presente capítulo, destaca-se que o Sistema Único Brasileiro surgiu a partir de uma história de construção e luta, reforçada pela vontade popular – expressa durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde – e pelos participantes do Movimento Sanitário, que almejavam um sistema de saúde universal, equânime, integral e baseado em uma lógica de financiamento privilegiadora da APS em vez do pagamento indiscriminado de procedimentos.

¹ As modalidades de gestão da NOB 01/93 dividiam-se em *Incipiente*, *Parcial* e *Semiplena*. As duas primeiras caracterizavam-se pelo repasse de recursos por produção aos municípios. Na última, eles recebiam a totalidade do teto orçamentário *fundo a fundo*, sendo responsáveis diretos pela execução desse recurso. Aos municípios foi delegado o papel de autorizar cadastros e contratar prestadores do setor complementar, programar e autorizar as *Autorizações de Internação Hospitalar* (AIH's), controlar, avaliar e gerenciar as redes ambulatorial e hospitalar. (Andrade, 2001:54).

4.5 – A busca de um novo modelo assistencial para o SUS

Em um curto espaço de tempo, puderam-se observar notáveis mudanças referentes ao setor saúde no Brasil, como a reestruturação do seu gigantesco arcabouço jurídico-institucional, o surgimento de instâncias de controle social em todos os âmbitos da gestão da saúde, o processo de descentralização incipiente, porém contínuo, a ampliação do conceito de saúde e a universalização do direito a ele.

Cordeiro (1996) cita, contudo, uma mudança esperada e necessária à plena operacionalização do SUS que não ocorreu na mesma velocidade que as demais: a substituição do modelo de assistência à saúde por outro mais adequado aos objetivos dos SUS, que garantisse a universalização e a equidade do cuidado à saúde e que incorporasse em sua essência os ideais da APS, até então restrita a experiências paralelas ao sistema vigente.

Silva Júnior (1998:24) relata a existência de polêmica sobre a formulação e implementação de um modelo assistencial para o novo sistema já nas discussões ocorridas durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde, durante a qual diversos intelectuais defenderam propostas relativas à organização de serviços de saúde baseadas na discussão internacional sobre a Atenção Primária à Saúde. A partir do início do processo de municipalização, no início dos anos 90, várias vozes se levantaram para criticar as novas formas de reorganização dos serviços – muitas vezes semelhantes àquelas adotadas pelo INAMPS – e propuseram algumas alternativas. Entre os críticos desses velhos-novos modelos estavam Carmen Fontes de Souza Teixeira e Jairnilson da Silva Paim, da Universidade Federal da Bahia, Gastão Wagner Campos e Emerson Elias Merhy, da Universidade Estadual de Campinas, Maria Ceci Misoczky, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Eugênio Vilaça Mendes, da Organização Panamericana da Saúde. A seguir serão apresentadas algumas correntes de pensamento e experiências que visaram à reorientação do modelo assistencial no Brasil.

a) Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e os Distritos Sanitários

Muitas das experiências de modelos tecnoassistenciais ocorridas a partir daquela época tiveram como fundamento teórico-conceitual o conceito de *Sistemas Locais de Saúde* (SILOS), da OPAS, que chegou a ser considerado por Tarimo & Folkes (1989) como “coluna vertebral da Atenção Primária à Saúde” (apud Paim, 1999). Segundo Andrade et al. (2002), esse conceito foi uma das principais propostas de modelos assistenciais discutidas em torno do processo de operacionalização do SUS.

A definição de SILOS, segundo a OPAS, não pôde ser normatizada de maneira uniforme, uma vez que suas definições tenderam a variar entre os diversos países, e mesmo em regiões em diferentes níveis de urbanização de um mesmo país. A partir dessa concepção, o nome *Sistemas Locais de Saúde* constitui-se mais em uma idéia adaptável a diferentes nomes e contextos e menos em uma recomendação prescritiva e inflexível (Paim, 1999).

O congênere brasileiro do conceito de SILOS, *Distrito Sanitário* (DS), já havia sido estabelecido pelo decreto que regulamentou o SUDS, em 20 de julho de 1987, como “...base da organização espacial e funcional do novo sistema” (Brasil, 1987). Esse conceito de Distrito Sanitário, presente na concepção do SUDS, oficializou o caráter geo-referenciado que havia sido experimentado anteriormente no *PIASS* e no *Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas*. Em consonância com o conceito de SILOS lançado pela OPAS, preconizou-se a implantação desses distritos em um caráter flexível, adaptável a cada população nos diversos territórios – e não a prescrição de um modelo rígido de organização de serviços, indiferente à lógica dos processos econômicos, sociais e culturais em cada um deles ¹.

Resguardando-se essa flexibilidade, porém, a organização distrital descrita pelo decreto regulamentador do SUDS deveria se orientar, sobretudo, pelos princípios da

¹ É importante notar que a idéia de territorialização como instrumento racionalizador e maximizador do cuidado à saúde não é recente: como já foi mostrado na segunda parte deste estudo, iniciativas dessa natureza já haviam sido realizadas na Rússia, durante o século XIX, e na Inglaterra, a partir da terceira década do século XX.

descentralização, hierarquização de serviços e tecnologias – integrando-os de forma a se garantir a referência e a contra-referência – e coerência com as particularidades geopolíticas e sanitárias de cada área. (Brasil, 1987).

O apoio oficial a essa forma de organização dos serviços de saúde foi novamente ressaltado pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990): no seu décimo artigo faz-se referência à possibilidade de se organizar o SUS, no âmbito municipal, em distritos – de forma a "*... integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde*" (Brasil, 1990).

Apesar da incorporação do discurso de distritalização pela proposta oficial, esse fato não levaria, por si só, ao provimento imediato de um cuidado integral e de qualidade à saúde. Mendes (1996) enfatiza a inexistência de garantia de mudanças nos serviços através da simples promulgação de legislação competente ou de alterações no formato institucional: o Distrito Sanitário, segundo essa lógica, deve ser encarado como um processo de construção permanente de profissionais e usuários a partir de suas vivências cotidianas. Somente a partir da inter-relação entre esses diversos atores é que se poderia negociar um projeto de saúde, tanto no âmbito do serviço como no das instâncias de controle social. Paim (1999), por sua vez, alerta para o risco do não-reconhecimento do SUS como uma nova base reorganizadora e integradora das ações de saúde do país, caso o Distrito Sanitário fosse confundido como um mero rearranjo burocrático, ou seja, como uma reforma administrativa de modelo organizacional e gerencial de recursos e serviços de saúde.

A despeito do alcance da proposta do Distrito Sanitário no Brasil, não houve consenso em relação à sua terminalidade como um modelo de cuidados à saúde. Paim (1999) considera o Distrito Sanitário como um modelo assistencial em si, uma vez que esse conceito "*... inscreve-se em iniciativas que buscam incidir sobre a organização social das práticas de saúde*". Segundo o autor, através dessas práticas "*... pode-se analisar o distrito como um modelo assistencial e desse modo discutir seus limites e alcance por referência à totalidade social*" (Paim, 1999:198-199).

Por outro lado, o Ministério da Saúde reconheceu, em 1997, a incapacidade dos Distritos Sanitários e dos Sistemas Locais de Saúde de reestruturarem os serviços de saúde, devido a retrocessos e à apresentação de resultados pouco perceptíveis no sentido dessa reestruturação. A inexistência de mudanças significativas no modelo assistencial levou estados e municípios a situações contraditórias, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e do desenho de um novo modelo (Brasil, 1998). Esse foi um dos argumentos utilizados pelo Ministério para o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, como se verá adiante.

A proposta dos Distritos Sanitários, fortalecida politicamente no começo da década de noventa, viu-se reproduzida em várias regiões brasileiras – incluindo-se aí algumas capitais, como Salvador, Curitiba, Natal e Belo Horizonte. (Silva Júnior, 1996; Velloso e Matos, 1998; Andrade et al., 2002). Quixadá, Iguatu e Beberibe no Ceará, assim como Timóteo e Ipatinga, em Minas Gerais, são também exemplos de cidades que iniciaram a implementação desse modelo. O *Planejamento Situacional em Saúde* foi a ferramenta comumente empregada para a identificação dos problemas e programação de ações destinadas a combatê-los (Teixeira, 1996).

b) O movimento “Em defesa da Vida”

Uma proposta de modelo assistencial chama a atenção devido a diferenças quanto aos preceitos tanto da APS, contidos na Carta de Alma-Ata, como do SUS, em sua forma explicitada no texto constitucional. Ao contrário dos modelos predominantes, baseados na abordagem coletiva dos problemas de saúde, o modelo assistencial *Em Defesa da Vida* – desenvolvido por um grupo de profissionais de saúde ligados à Universidade Estadual de Campinas e ao *Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde*, LAPA – propôs a construção do cuidado a partir das demandas individuais dos usuários que procuram os serviços de saúde (Silva Júnior, 1996). Tal construção deveria ser, pois, usuário-centrada – ou seja, dinamizada a partir da evolução das diferentes demandas individuais, ao contrário das demais propostas, cujo dinamismo encontra-se mais bem representado no diagnóstico e na abordagem coletiva dos problemas de saúde da comunidade geo-referenciada.

Valoriza-se nesse modelo a clínica como instrumento de percepção individual e subjetiva das necessidades de saúde de cada usuário, resguardando-se a sua individualidade. Essa assistência individualizada é considerada estratégica à *humanização* do cuidado – que é, por sua vez, encarada como a garantia de acesso ao serviço a aos recursos tecnológicos necessários, de forma imediata, à defesa da vida (Silva Júnior, 1996).

Merhy, um dos principais pensadores do modelo *Em defesa da Vida*, discorda do marco conceitual das propostas de Alma-Ata ¹. Ao rechaçar a epidemiologia e o preventivismo como formas eficazes de vigilância e promoção da saúde, ele expõe a diferença conceitual entre o modelo *Em defesa da Vida* e a definição do SUS presente no texto constitucional.

O artigo 198 da Carta Magna apresenta, como diretriz para o Sistema Único de Saúde brasileiro, o “... *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (Brasil, 1988). O modelo em questão, ao contrário, questiona o papel dos instrumentos de diagnóstico coletivo e das ações direcionadas à coletividade – valorizando, sobretudo, o componente clínico da assistência como um meio para se reconstruir o processo de trabalho baseado no multiprofissionalismo (Merhy, 1999).

Outra crítica desse modelo refere-se ao papel da *intersetorialidade*. Esse tema – levantado por Virchow no século XIX e ratificado no século XX pela conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (1978), e pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Bogotá (1992), Sundsvall (1993), Jacarta (1997) e Cidade do México (2000) – é considerado importante como instrumento de articulação de políticas de governo, porém é criticado devido à ênfase exagerada que toma em algumas proposições governamentais. Na concepção do modelo em questão, o destaque à articulação intersetorial encobertaria uma atrofia no desenvolvimento das ações de responsabilidade estrita do setor saúde (Silva Júnior, 1996).

¹ Vide página 52.

A tentativa de implantação do modelo assistencial *Em Defesa da Vida* se deu, inicialmente, em Campinas. Desenvolveu-se também, posteriormente, na assessoria à municipalização de cidades como Piracicaba (SP), Ipatinga (MG), Betim (MG) e Volta Redonda (RJ), e em uma experiência de reorganização institucional, ocorrida no Hospital da Santa Casa de Belém (PA). O modelo em questão influenciou indiretamente a organização de inúmeros sistemas municipais de saúde através das suas publicações¹ (Silva Júnior, 1998; Andrade et al., 2002)

c) *A Ação Programática em Saúde*

Esse modelo foi elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo – USP – e teve como espaço de reflexão prática o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, vinculado àquela instituição. Segundo Andrade et al. (2002), essa iniciativa caracterizou-se pela organização do processo de trabalho a partir da operação eventual de atividades para a demanda espontânea e organizada e da constituição de programas definidos por ciclos de vida, doenças especiais ou relevância sanitária. Outras características desse modelo baseavam-se na articulação de equipes multiprofissionais, na hierarquização interna das atividades, na mudança no processo de gerenciamento dos serviços a partir da padronização de condutas terapêuticas e da implementação de sistemas de informação que permitissem avaliação na própria unidade. A regionalização e hierarquização das unidades também foram previstas pelo presente modelo.

d) *O Programa de Médicos de Família de Niterói*

O *Programa de Médicos de Família* foi implantado no município de Niterói em 1992, contando com a colaboração de consultores cubanos que imprimiram à iniciativa as

¹ Belo Horizonte (MG), apesar de ter optado pela distritalização, implantou o *Acolhimento* nos Centros de Saúde, contando com a assessoria de técnicos do LAPA, de Campinas (Merhy, 1998; Malta et. al, 1998). O acolhimento é, segundo Malta et. al (1998:128), um projeto destinado a mudar "...o processo de trabalho de saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços". Esses deveriam manter, portanto, uma postura capaz de acolher, escutar e dar uma resposta adequada a cada usuário.

características do modelo adotado no seu país (Veloso, 2003). Apesar de trabalhar com a distritalização e a adscrição da clientela, o modelo diferia das experiências baseadas naquela concepção ao trabalhar com equipes básicas – compostas por um médico generalista e um atendente de enfermagem – responsáveis por cadastrar as famílias adscritas, levantar informações básicas sobre suas condições de vida, realizar diagnóstico de saúde do seu setor e programar visitas domiciliares regulares com o intuito de se buscar ativamente os pacientes com necessidades de cuidados, estreitar vínculos com as famílias e identificar situações de risco.

Várias outras experiências foram criadas a partir do sucesso inicial desse programa, ainda que o nome da experiência – cópia do usado em Cuba – tenha sido questionado devido à manutenção da hegemonia médica e da descaracterização de sua proposta preventiva, que deveria ser um contraponto às práticas vigentes centralizadas no aspecto curativo do cuidado à saúde, hospitalocêntricas e baseadas no profissional médico (Veloso, 2003; Ferreira & Vaz, 1997).

Os êxitos locais dessas diversas experiências não garantiram a transformação – em uma escala mais ampla – do velho-novo modelo de assistência à saúde, uma vez que se reduziram a alguns municípios. Assistiu-se, assim, a uma heterogeneidade de resultados na reorientação do modelo assistencial à saúde, o que estimulou a criação do *Programa de Saúde da Família* (PSF) – proposta oficial para o alcance desse objetivo no âmbito nacional. É sobre a sua história que se falará a seguir.

4.6 – O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)

Criado em 1991 pelo governo federal, o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS) teve, como referencial, diversas experiências comunitárias, religiosas e ligadas a organizações não-governamentais¹. Essa iniciativa baseou-se também no potencial de trabalho do *Agente Comunitário de Saúde*, ou ACS, que deveria ser recrutado entre pessoas

¹ Entre elas, a experiência chinesa dos médicos descalços, já abordada

da própria comunidade-alvo, dotadas de capacidade de liderança, relacionamento interpessoal e de ação política (Veloso, 2003)¹.

Viana & Dal Poz (1998) consideram o PACS um ponto de partida para o enfoque da família como unidade das ações programáticas de saúde e para a introdução da noção de *cobertura* de área às famílias assistidas. Concebido inicialmente para atender a necessidades de redução das taxas de mortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro, logo o Ministério da Saúde percebeu, a partir de resultados do programa no estado do Ceará, o seu potencial para organizar os serviços básicos de saúde dos municípios beneficiados. O PACS constituiu-se, assim, em um auxiliar da implementação do SUS e da organização dos sistemas locais de saúde – principalmente devido ao papel desempenhado pelos atores do processo (agentes e comunidade) e à capacidade de articulação desenvolvida entre o programa e os âmbitos estadual e municipal (Viana & Dal Poz, 1998).

A redução de 30% da morbimortalidade infantil no Ceará, alcançada pelo PACS, e os resultados do Programa de Médico de Família em Niterói motivaram discussões no sentido de se sistematizar um modelo baseado na vigilância à saúde e na construção de vínculos entre a comunidade e o sistema local de saúde, a fim de se ampliar o resultado alcançado inicialmente por aqueles programas (Aguilar, 1998).

Em dezembro de 1993, o Ministério da Saúde organizou um seminário sobre o tema *Saúde da Família* e esse evento, ocorrido em Brasília, contou com a participação de técnicos e profissionais daquela instituição vinculados ao PACS. Estiveram presentes também membros da OPAS e do UNICEF, profissionais de Porto Alegre – notadamente do Grupo Hospitalar Conceição – e profissionais e dirigentes da área de saúde dos estados de Ceará, Santa Catarina, Espírito Santo, Paraíba e dos municípios de São Paulo, Santos, Cotia e Niterói (Veloso, 2003). Segundo Viana & Dal Poz (1998), esse encontro foi convocado em resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde – que desejavam o apoio

¹ O Agente Comunitário de Saúde (ACS) brasileiro, tal como conhecido hoje, surgiu com o advento do PACS. Uma das Recomendações de Alma-Ata – a de número nove – já preconizava o emprego desse tipo de profissional nas ações de APS, ainda que vinculado ao trabalho de uma equipe multiprofissional. O trabalho do ACS também encontra suporte em uma outra recomendação daquela conferência, a de número dois: a participação da comunidade na manutenção de sua saúde e de seu bem-estar.

logístico e financeiro do Ministério da Saúde para efetuar mudanças nas formas de operação da rede básica de saúde – e nele discutiram-se as características do modelo que seria proposto a seguir pelo governo federal.

O Programa de Saúde da Família foi lançado oficialmente em janeiro de 1994, sendo então vinculado, juntamente com o PACS, ao Departamento de Operações e Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (Aguar, 1998). A intenção do programa, expressa no documento *Programa de Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa*, é a “...reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional centrado na assistência curativa e hospitalar” (Viana & Dal Poz, 1998:5). Para isso, o programa foi estruturado a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, sediando o programa, assumiriam a responsabilidade pela população a ela adscrita e desenvolveriam ações de prevenção, cura, promoção e reabilitação, além de garantir a referência e a contra-referência para os outros níveis do sistema de saúde.

Determinou-se, naquele documento, que as equipes seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários, entre quatro e seis. A área de abrangência por equipe deveria conter entre 800 e 1000 famílias, e as tarefas básicas da equipe em relação à atenção em cada área deveria abranger o diagnóstico de saúde da comunidade, as visitas domiciliares, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento nas unidades e estabelecimento de referência e contra-referência.

Os mecanismos de financiamento do programa funcionavam através de convênios entre o Ministério da Saúde, estados e municípios – esses últimos escolhidos a partir de critérios tais como o interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e vontade política da administração municipal (Viana & Dal Poz, 1998). Para a assinatura do convênio era exigida a participação popular através da implementação do Conselho Municipal de Saúde em cada município.

Essa forma de financiamento logo mostrou-se restritiva à implantação do programa devido às limitações do mecanismo convenial – burocrático, limitado e pouco flexível, segundo Viana & Dal Poz (1998). Somente em 1995 houve a ruptura desse sistema, ocorrida devido a mudanças internas – por parte do Ministério da Saúde – na forma de se pensar o programa.

Naquele ano, durante a gestão do então ministro Adib Jatene, o programa foi transferido da FUNASA para o Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), subordinada diretamente ao Ministério. Viana & Dal Poz (1998) interpretam essa mudança como um marco do rompimento do PSF com o tradicional verticalismo dos programas da Fundação Nacional de Saúde. O financiamento passa a ser discutido com base na remuneração da tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), ainda que os convênios tivessem sido mantidos para a compra de veículos e equipamentos em alguns estados e municípios.

O Programa de Saúde da Família começou, a partir de então, a perder o caráter de *programa* e passou a ser encarado pelo Ministério da Saúde como uma *estratégia* visando à reorganização e reestruturação do SUS. Apesar disso, a expressão *Programa de Saúde da Família* foi mantida como nome oficial da estratégia, uma vez que havia se tornado conhecida em diversos pontos do país e esferas governamentais (Veloso, 2003). Essa transição conceitual do PSF é de valor para o presente trabalho por lidar diretamente com as interpretações de APS (programa ou estratégia) definidas pela OPAS (1987) e por Tarimo & Webster (1997), e será discutida posteriormente.

A evolução da importância do PSF na esfera governamental é demonstrada por Aguiar (1998). Segundo a autora, o *Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil* – documento editado em 1995 e posterior ao surgimento do PSF – não chega a mencioná-lo. Há uma meta genérica visando ao estímulo de mudanças no modelo assistencial predominante no SUS. O documento *Plano de Ação do Ministério da Saúde - 1995/1999* não cita o PSF entre as ações prioritárias da FUNASA, enumerando-o, porém, no item

Demais ações desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde. Somente no documento *1997 – O ano da Saúde no Brasil – Ações e Metas Prioritárias*, o PSF receberia algum destaque ao lado de outras ações que teriam, por objetivo, a prevenção com ênfase no atendimento básico (Aguiar, 1998:65).

O reforço à nova concepção do PSF acontece a partir da criação de estímulos financeiros para a adesão à estratégia em 1996 – ano no qual foi editada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/1996. Tendo como objetivos o aprofundamento do processo de descentralização, a mudança na lógica do financiamento do setor saúde e a reorganização da assistência, a NOB 01/1996 diz que o modelo tradicional criou um descompasso entre os princípios e objetivos do SUS e a realidade concreta de sua implantação.

Essa norma procurou dividir a responsabilidade do financiamento entre as três esferas de governo e inovou ao instituir o repasse automático para as ações básicas de acordo com um valor *per capita* nacional, o *Piso Assistencial Básico* (PAB) – que rompeu, pela primeira vez, com o tradicional repasse por produção de procedimentos, ainda que de forma bem diferente daquela preconizada pela Lei Orgânica da Saúde¹. Essa norma operativa redefiniu ainda as modalidades de gestão municipal da saúde, substituindo as anteriores por duas novas: *Gestão Plena da Atenção Básica* e *Gestão Plena do Sistema Municipal*.

Há uma relação de reciprocidade entre a NOB 01/1996 e o Programa de Saúde da Família: a sua edição inaugurou uma nova fase na implantação dessa estratégia a partir do incentivo financeiro governamental à sua expansão². Por outro lado, Viana & Dal Poz (1998) creditam ao PSF o início das discussões sobre mudanças de critérios para a alocação de

¹ O artigo nº 35 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 1990) estabeleceu, em seu parágrafo primeiro, que metade dos recursos destinados a estados e municípios seria distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

² Uma portaria posterior à edição da NOB 01/1996 – Portaria nº 1.348/GM, de novembro de 1999 – definiu critérios para o incentivo a projetos inovadores similares ao PSF, considerando as “...diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros e a necessidade de avançar na organização dos Sistemas Municipais de Saúde (Brasil, 1999).

recursos e o classificam como “peça importante” para as mudanças propostas pela NOB 01/1996.

Os anos seguintes assistiram à crescente importância do PSF na esfera federal, bem como uma significativa expansão de equipes de saúde da Família pelo país. Em 1997, foi lançado o documento *Saúde da Família: Uma Estratégia Para a Reorientação do Modelo Assistencial*, que reforçou o caráter estratégico do PSF, presente na NOB 01/1996:

“Embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados.” (Ministério da Saúde, 1997).

Esse documento imprimiu ao PSF um caráter *substitutivo*: ao contrário das experiências em Medicina Comunitária durante o regime militar, o Programa de Saúde da Família não previu a construção de novas estruturas assistenciais (exceto em áreas desprovidas) ou a constituição de ações paralelas, mas sim a substituição das práticas convencionais.

Em 1998 foi criado – a partir de uma reestruturação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde – o Departamento da Atenção Básica, com o objetivo de consolidar a estratégia de saúde da família. Percebe-se que, no curto espaço de quatro anos, o PSF deixou de ser um programa subordinado a um departamento da FUNASA para se converter na principal estratégia de ação de um departamento ministerial, criado especialmente para a sua consolidação.

Com o objetivo de corrigir algumas distorções – como o risco de pulverização do PSF em um grande número de municípios, porém com baixa cobertura em cada um – o Ministério da Saúde introduziu, a partir de novembro de 1999, uma nova modalidade de cálculo dos incentivos financeiros referentes ao PSF e contidos na parte variável do Piso da Atenção

Básica¹: os municípios passaram a ser remunerados em função da cobertura alcançada, e não do número de equipes implantadas. Essa medida possibilitou a real incorporação dos serviços à estratégia de Saúde da Família e também o aumento do impacto nos indicadores municipais (Souza et al, 2000:12).

A Atenção Primária à Saúde, a regionalização e a hierarquização dos serviços foram reforçados com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que buscou atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios e fortalecer o processo de regionalização do sistema. Esse documento instituiu a *Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada* – que incluiu novos procedimentos ao elenco de ações financiadas pelo PAB, como o controle da Tuberculose, a eliminação da Hanseníase, o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus, o cuidado à saúde bucal, da criança e da mulher.

A expansão do PSF de 1994 a 2002 foi significativa: enquanto a cobertura inicial do PSF, em 1994, atingia um milhão de pessoas, em 1997 essa marca passou dos cinco milhões e meio, chegando a quase trinta milhões em 1999 e atingindo cinquenta milhões de pessoas no ano de 2002. Apesar dessa expansão, o PSF ainda apresentava, ao final daquele ano, inúmeros desafios para se consolidar como um modelo reorganizador da assistência no país: por ter se iniciado predominantemente no meio rural – notadamente em comunidades expostas a altos riscos de doença e morte –, apenas recentemente essa estratégia foi transposta para o meio urbano, também aí se iniciando em áreas de alto risco.

Os grandes aglomerados urbanos brasileiros apresentam obstáculos à transposição do PSF, advindos da urbanização desordenada sofrida por eles ao longo do processo de industrialização brasileiro. Segundo Campos et al. (2002a),

"As atividades econômicas ligadas à indústria, ao comércio e ao setor informal trazem consigo uma dinâmica urbana complexa, uma vez que atraem força de trabalho de outras áreas e provocam a aglomeração humana desordenada em

¹ O antigo Piso Assistencial Básico, ao ser convertido em Piso da Atenção Básica (PAB), foi dividido em dois componentes: um fixo, determinado por critérios populacionais, e um variável, no qual estão embutidos incentivos ao PSF, ao PACS ou a ações contra problemas locais priorizados pelo Ministério da Saúde.

áreas com infra-estrutura escassa, como favelas e invasões. Esse processo leva, como consequência, a um grande contingente de pessoas vivendo sem condições mínimas de saneamento e moradia, o que pode amplificar os problemas de saúde da comunidade. Somam-se às condições de miséria citadas a violência, também já mencionada, e a degradação das relações familiares comumente associadas à pobreza extrema, incluindo-se aí o aumento da violência doméstica e do abuso sexual infantil".

Outro problema a ser enfrentado pela transposição do PSF aos aglomerados urbanos está relacionado às discussões sobre a Medicina Familiar no Brasil, analisada anteriormente. A questão da formação do médico de família ou generalista passou a fazer parte da agenda de expansão da APS no país. A concentração de serviços privados detentores de alta tecnologia em grandes centros urbanos tende a reter, nesses ambientes, médicos que almejam cumprir programas de especialização – pré-requisito para a concorrência em um mercado restrito, fragmentado em especialidades, bem remunerado e eventualmente afastado das necessidades de saúde mais prevalentes da população.

Como tentativa de atenuação desse quadro a longo prazo, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria Interministerial nº 610, de março de 2002, o *Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)*. Essa iniciativa objetivou a seleção, em um primeiro momento, de vinte escolas médicas em todas as regiões do país que passariam a receber incentivo financeiro para o desenvolvimento de um currículo integrado e voltado prioritariamente para a APS¹. Em dezembro de 2002, foram divulgadas as vinte vencedoras do processo seletivo.

Constata-se que também as pequenas cidades brasileiras constituem um desafio à consolidação e expansão do PSF, uma vez que há um vácuo na implantação dessa estratégia tanto nos grandes como nos menores centros urbanos do país – nesse caso, devido à falta de condições de moradia e trabalho que atraíam os profissionais médicos e enfermeiros. O *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)*, lançado em

¹ Os objetivos dessas mudanças curriculares estão ligados à formação de profissionais habilitados a responderem às necessidades do Sistema Único de Saúde, ao estabelecimento de mecanismos de cooperação entre gestores municipais e escolas médicas, à incorporação, no aprendizado médico, de noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde, à expansão da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, à adoção de tecnologias pedagógicas centradas no aluno e promotoras de sua educação permanente (Brasil, 2002)

fevereiro de 2001, através da Portaria nº 227, de 16 de fevereiro de 2001, consiste em uma iniciativa governamental que visa à interiorização de médicos e enfermeiros para a operacionalização do PSF em pequenas comunidades desassistidas.

Esses programas denotam vontade política em se afirmarem princípios da APS no SUS, ainda que o seu alcance não seja amplo e os seus resultados não sejam imediatos. É importante observar que ambos os programas obedecem a recomendações específicas da Conferência de Alma-Ata: O PROMED guarda relação com a recomendação de número dez – que trata da reorientação e revisão do ensino dos profissionais de saúde – e o PITS se vincula à recomendação de número onze, que versa sobre incentivos para a prestação de serviços em zonas remotas e desassistidas.

Apesar das dificuldades e dos desafios impostos ao PSF, registra-se a evolução contínua da sua expansão, o crescimento de sua aceitação pelos usuários e de sua importância nas esferas governamentais – fatores que respaldam o seu objetivo de consolidar a reorientação do modelo assistencial nos moldes preconizados pelo SUS e pela Carta de Alma-Ata (Mendonça et al., 2002; Campos et al., 2002b). Os questionamentos sobre a capacidade do PSF em cumprir esse objetivo e as relações entre o SUS e o PSF com o contexto internacional da APS serão discutidas na próxima parte deste estudo.

Quinta Parte: Peculiaridades da APS no Brasil – A Atenção Básica

A parte final do presente trabalho tem como objetivo retomar o processo de definição internacional da APS apresentado na segunda e na terceira partes. Procurar-se-á relacioná-lo ao surgimento do SUS e ao aparecimento, no Brasil, de uma interpretação oficial da APS baseada no Programa de saúde da Família: a *Atenção Básica*.

Ao resgatar o que foi dito anteriormente sobre o cenário internacional referente à APS, registra-se a hegemonia crescente – durante a década de noventa – do discurso do Banco Mundial em relação às políticas de saúde para os países em desenvolvimento. As medidas pregadas por essa instituição incluem a adoção de um conjunto de serviços essenciais de saúde, destinados à população mais desfavorecida. Segundo essa mesma concepção, a parcela da população que não estivesse exposta a privações deveria procurar serviços de saúde privados – cujo desenvolvimento seria estimulado e regulado pelos governos.

Esse discurso contrapôs-se a ideais anteriores que estavam presentes na Carta de Alma-Ata e que preconizavam a adoção da Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante dos sistemas de saúde públicos, em um espírito de universalidade, equidade e integralidade das ações, segundo uma concepção ampliada de saúde.

A posição do setor saúde brasileiro em relação a essa polarização é controversa. Bueno & Merhy (1997) defendem a proximidade da APS no país – praticada sobretudo através do PSF, do PACS e das ações coordenadas pelo *Departamento de Atenção Básica*, do Ministério da Saúde – com o ideário do Banco Mundial, ao dizer que a Norma Operacional Básica 01/1996 cria, a partir do Piso Assistencial Básico, do PACS e do PSF, uma *cesta básica de serviços*, ou seja, um conjunto de atividades básicas, com financiamento distinto, que deveriam incidir sobre a população menos favorecida.

Franco & Merhy (1999) referem a uma conotação populista no discurso articulado pelo PSF, que seria divulgado como um "*programa aos pobres*". Alegam que esse mesmo discurso esconde as limitações da proposta e a "... *intenção velada de se promover um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo, focado nos pobres*" (Franco & Merhy, 1999:30), sistema esse que seria, segundo os autores, sacramentadas

pelas variações entre as modalidades de gestão preconizadas pela NOB 01/1996 – que originariam dois sistemas de saúde, sendo um deles reduzido à oferta de ações de saúde de baixa complexidade e não necessariamente mais resolutivas (Franco & Merhy, 1999:30).

Para Aguiar (1998), os limites e possibilidades de revisão do modelo assistencial estão vinculados à inserção do PSF nos sistemas locais de saúde, e essa condição pode levá-lo tanto a servir a tendências simplificadoras como a motivar mudanças para gerar resultados mais efetivos do SUS.

Paim (2001) relata a existência de suspeições contra o PSF nos anos iniciais de sua implantação, ou seja, logo em seguida ao lançamento do relatório *Investindo em Saúde*, do Banco Mundial. As desconfianças em torno do programa baseavam-se na possibilidade de ele expressar políticas de *focalização* propostas pelo recém-lançado documento, o que caracterizaria a adoção de *pacotes básicos* de atenção médica para os cidadãos mais pobres – prática contraditória aos princípios de universalidade, integralidade e equidade dos SUS.

Houve, porém, uma adesão progressiva de agentes da Reforma Sanitária ao PSF. Franco & Merhy (1999) alegam passividade na aceitação da proposta pelo Movimento Sanitário e pela sociedade de uma forma geral. O PSF, visto como um programa "*...com capacidade de seduzir amplas camadas da população...*", teve também uma ampla adesão de formuladores de políticas e gestores, apesar de ser uma proposta que responda ... "*de forma limitada as necessidades de atenção a saúde da população*" (Franco & Merhy, 1999:29).

A constatação da adesão dos quadros do Movimento Sanitário é interpretada de forma diferente por Campos & Belisário (2001):

"sem que a 'intelligentzia' da Reforma Sanitária tivesse planejado, o PSF abriu a possibilidade de ruptura da lógica que presidira a produção dos serviços de saúde desde os tempos dos Institutos e do INAMPS, e que seguia atravessada na garganta dos reformadores, que era a lógica do pagamento ou do repasse financeiro atrelada à produção de serviços" (p. 137)

Continuam os autores:

"Se o PSF não representava mais a medicina dos excluídos, se abria a possibilidade de humanização e responsabilização, não havia mais porque manter a guarda ideológica contra a proposta e por tal razão, pouco a pouco os círculos do 'partido sanitário' paulatinamente passaram a aderir a ela. Seria insensato afirmar que este profundo processo de mudanças se deu suavemente..." (p. 138).

Alguns autores reconhecem, no PSF, algum grau de especificidade que pode diferenciá-lo das propostas do Banco Mundial. Aguiar (1998) considera que o aumento de cobertura e a melhoria do acesso ao nível básico do sistema podem ser vistos como medidas includentes. Sobre algumas experiências práticas analisadas, diz a autora:

"... embora focalizadas e restritivas, [as experiências] apontam para mudanças mais amplas que envolvem desde a organização dos serviços, a capacitação de profissionais e o processo de trabalho, ou seja, a mudança da prática médica e dos comportamentos frente à saúde e à doença. Assim, o dilema entre universalidade e seletividade não parece ter as fronteiras bem demarcadas, uma vez que alguma forma de 'discriminação positiva', portanto, de focalização, está presente..." (Aguiar, 1998: 108).

Marques & Mendes (2002:88) discorrem sobre o mesmo assunto:

"É possível que a estratégia levada pelo Ministério da Saúde brasileiro, no campo da atenção básica, tenha sido motivada pela posição das agências internacionais. Porém, devido ao fato de o país, ainda no início da década de 90, apresentar uma condição sanitária extremamente precária em grande parte de seus municípios (...), sem que sua população estivesse coberta pelo Sistema Único de Saúde, a proposta de ampliar os cuidados da atenção básica ganha contornos diferentes daqueles subjacentes às propostas das agências internacionais. Ao se escolher o Programa de Saúde da Família como porta de entrada no sistema, o Ministério da Saúde entendeu que essa estratégia seria a melhor forma de garantir a universalização de, pelo menos, a Atenção Básica" .

Viana & Dal Poz (1998) concordam com os autores acima citados, ao dizer que as

"... experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há

necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, que os dois conceitos não precisam ser excludentes" (Viana & Dal Poz, 1998: 11).

Para Paim (2001), os esforços de transformação do PSF em *estratégia* para a mudança do modelo de atenção passaram a apresentar sinais de concretização em municípios que apostaram em sua proposta e a articularam ao projeto da Reforma Sanitária. O autor cita, como exemplo, a redefinição dos níveis secundário e terciário do município de Vitória da Conquista a partir da reorganização da atenção primária.

Exposta a controvérsia sobre o tema, analisemos o discurso presente em documentos oficiais brasileiros e internacionais a fim de contribuirmos para as discussões sobre o assunto.

Em 1994, o Banco Mundial lançou o Relatório nº 12655-BR, denominado *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90*. Esse documento pode ser definido como um estudo destinado a adaptar as idéias do Relatório de 1993 para o contexto brasileiro, a partir do diagnóstico sobre a situação de saúde no país após a Reforma Sanitária, da identificação de questões negligenciadas no âmbito dessas mudanças sistêmicas e da recomendação de políticas que tratassem dessas questões (Banco Mundial, 1995: VI).

O relatório levantou dificuldades para a consolidação do SUS a partir dos princípios que nortearam a Reforma Sanitária no Brasil. Entre eles, questionou-se a "firme tendência para a universalização da cobertura" sem a contrapartida de políticas eficazes para a contenção de custos, que poderia levar à baixa qualidade do atendimento e ao comportamento fraudulento (p. XI). O relatório afirmou que o setor público teve na equidade e no acesso mais justo à assistência médica um novo fator de drenagem dos já escassos recursos (p. XV).

Observa-se que o relatório – apesar de sugerir revisões à constituição de 1988, como a liberação do governo federal da responsabilidade de prestação e controle dos serviços – não propôs, ao Estado, um modelo assistencial à saúde. Ao contrário, sugeriu a experimentação

de mecanismos de co-pagamento, que cobrassem de pacientes com renda acima de um certo valor, e o estabelecimento de um pacote de benefícios padrão para todos os cidadãos, cobrindo prevenção e assistência secundária e estabelecendo prioridades de financiamento para serviços de assistência terciária ¹ (p. XXIV).

Ainda no ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou um parecer sobre o Relatório nº 12655-BR. Esse documento, que teceu críticas gerais e específicas às propostas do Banco Mundial para o Brasil, considera o olhar do relatório

“...focalizado em aspectos nem sempre delimitados no processo excessivamente complexo da reordenação das práticas de atenção à saúde no Brasil, culminando numa excessiva simplificação das questões mais pungentes que se colocam para a consolidação do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 1994).

O parecer sobre o relatório do Banco Mundial credita a esse um tom desqualificador das questões políticas inerentes à consolidação do SUS, ao focalizar-se na contenção dos gastos públicos e no incentivo e na regulamentação do setor privado. Segundo o documento, o Banco Mundial teria assumido uma postura francamente favorável a esse setor, desconsiderando, assim, o histórico da democratização e da construção do Sistema Único de Saúde – que almejou organizar o descontrole gerado pela compra de serviços privados e pelas fraudes no setor.

Em relação às propostas do pacote de benefícios padrão e de co-pagamento, o parecer diz que elas

*“... devem ser **retiradas** do leque de recomendações por contraírem princípios fundamentais do SUS: a universalização do atendimento e o acesso igualitário às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira.”* (Ministério da Saúde, 1994: 8) (grifo original).

¹ Ressalta-se aqui a diferença entre esse relatório e o documento *Investindo em Saúde*, de 1993: enquanto o último propôs a oferta de serviços básicos exclusivamente para a população de baixa renda nos países em desenvolvimento, o primeiro sugeriu a extensão desses serviços a todos os cidadãos – ainda que sob a experimentação de sistemas de co-pagamento, também discutidas naquele relatório (Banco Mundial, 1993: p. 125-127).

Observa-se que a recusa do Ministério da Saúde em ceder a essas recomendações é posterior à sua aceitação pela OMS, uma vez que essa instituição já mencionava, no ano anterior, a adoção do pacote de benefícios (OMS, 1993). Por meio desse documento, o Ministério reafirmou a defesa dos princípios defendidos na Oitava Conferência Nacional de Saúde, na Assembléia Constituinte e nas Conferências e Conselhos de Saúde, como afirmam Campos et. al (2002b).

“No Brasil não são defendidas medidas como a focalização, a cesta básica, a medicina voltada para grupos étnicos, a medicina de ‘pobre para pobre’. Os valores pautados pela constituição foram constantemente reafirmados pela sociedade, em suas Conferências de Saúde, em seus Conselhos de Saúde, em inúmeros e representativos fóruns com a participação da sociedade civil”. (Campos et. al, 2002b:70),

Também a Décima Conferência Nacional de Saúde – evento que também contou com ampla participação de representantes da sociedade – rejeitou explicitamente a proposta do Banco Mundial. O relatório final desse evento, no tópico *Princípios da Atenção Integral à Saúde*, recomenda:

"Os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem repudiar a adoção de qualquer sistema de seleção de procedimentos em saúde, como a 'cesta básica' proposta pelo Banco Mundial, pela qual o SUS garantiria apenas algumas ações e procedimentos considerados prioritários a partir de uma relação custo-benefício" (Brasil, 1996).

O PSF iniciou-se no mesmo ano de publicação do parecer ministerial sob a forma de programa vinculado à FUNASA, como já se viu. Alguns autores atribuem o processo de discussão e construção do PSF a demandas de atores nacionais, como gestores municipais e estaduais e profissionais vinculados ao PACS (Aguiar, 1998; 63; Souza, 2001:30).

Apesar da recusa oficial à adoção do pacote básico no Brasil e de uma predominante atuação nacional na concepção do Programa de Saúde da Família, destaca-se que a forma de implementação do PSF relacionou-se à visão de APS como um *programa*, segundo as interpretações da OPAS e da OMS descritas na terceira parte deste estudo (OPAS & OMS,

1987). O seu caráter reestruturador e substitutivo não apareceu oficialmente nos documentos oficiais até o ano de 1997, segundo Aguiar (1998) – demora que poderia delegar a ele tanto um aspecto de projeto-piloto como o de uma ação paralela, desintegrada dos serviços de saúde e legitimadora da iniquidade das práticas de saúde. Somam-se, a essa conjuntura, o impacto da então recente publicação do Banco Mundial e a resistência observada no meio acadêmico à proposta de Saúde da Família.

A mudança da interpretação desse programa de atenção primária para uma concepção de *estratégia* reestruturante – ou *abordagem*, segundo Tarimo & Webster (1997), é apreendida pelos documentos relativos ao PSF a partir de 1995, ano em que ele se integrou diretamente ao Ministério da Saúde, sob a gestão de Adib Jatene. O insucesso das experiências brasileiras de implantação de modelos assistenciais é citado como um dos motivos para a valorização ministerial da iniciativa (Brasília, 1997:7).

A criação do Departamento de Atenção Básica, em 1998, dá, portanto, prioridade à antiga intenção do Movimento Sanitário de reestruturar o modelo assistencial – usando-se, como instrumento, a denominada *Atenção Básica*.

a) Atenção Primária à Saúde & Atenção Básica

Atenção Básica foi a expressão escolhida pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde voltadas para a sua promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação¹, com destaque para o PSF. Segundo o documento *Manual para a Organização da Atenção Básica*, esse conceito não se limita aos procedimentos beneficiados pelo PAB. Os fundamentos da Atenção Básica são, segundo o citado manual, os mesmos referentes ao SUS: a visão da saúde como um *direito universal*, a *integralidade da assistência*, a *equidade*, a *resolutividade*, a *intersectorialidade*, a *humanização do atendimento* e a *participação social*.

¹ Essa definição está presente no documento *Manual para a Organização da Atenção Básica*, aprovado pela Portaria n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998

Observam-se, aqui, a dissonância entre o conceito de Atenção Básica e as propostas do Banco Mundial – hegemônicas na América Latina nos anos noventa (Campos et. al, 2002b) –, bem como a sua semelhança com as idéias de Alma-Ata, nas quais se basearam as propostas de construção do SUS (como demonstrado na quarta parte deste trabalho). A interpretação brasileira da APS, caracterizada através da criação do conceito de *Atenção Básica*, inclina-se para o ideário de Alma-Ata e afasta-se da proposta antagônica ¹ ao aproximar-se da interpretação da APS como *Estratégia*.

Essa perspectiva é corroborada por Levcovitz & Garrido (1996:8), que percebem uma coerência entre essa estratégia e os princípios do SUS e afirmam que "*...é importante ressaltar que o Saúde da Família não conflita, em nenhum dos seus princípios básicos ou formas de operacionalização, com a espinha dorsal do Sistema Nacional de Saúde*".

Cordeiro (1996) aprofunda a questão ao ressaltar que, além de coerente, o novo modelo é necessário à consolidação do Sistema Único de Saúde:

"... A construção do novo modelo assistencial centrado nas estratégias de implantação e generalização do Programa Saúde da Família, articuladas com o princípio de descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde" (Cordeiro, 1996:11).

Em relação à influência das propostas de Alma-Ata na construção do SUS, relembra-se que idéias como *universalidade, equidade, participação comunitária, descentralização de poder e recursos, integralidade de ações preventivas, promotoras e curadoras, ordenação de recursos humanos para a saúde, regionalização e hierarquização dos serviços, elaboração de uma política nacional de medicamentos, uso de tecnologia adequada às necessidades e articulação intersetorial* – todas expressas diretamente na Constituição, em

¹ As diferenças entre as recomendações do Banco Mundial e as da Carta de Alma-Ata estão condensadas no anexo I do presente estudo

leis ou em Normas Operacionais – são também prioridades contidas tanto na Carta como nas Recomendações de Alma-Ata.²

Alguns desses princípios foram diretamente relacionados não somente ao conceito de Atenção Básica, mas também ao Programa de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde em 1997 (Brasil, 1997) – como o estímulo à ação intersetorial (p. 22), a integralidade do cuidado (p. 10), a hierarquização através complementariedade entre o modelo e os demais níveis do sistema (p. 20) e o controle social (p. 23). A consonância entre os princípios do SUS e de Alma-Ata encontra, portanto, reforço teórico na conversão do PSF de *programa* para *estratégia*, discutida naquele documento.

Observa-se, portanto, a legitimidade da expressão *Atenção Básica* no que se refere à interpretação do conceito de APS (inespecífico e adotado de diferentes formas pelos diversos países) como a Atenção Primária à Saúde tal qual fora idealizada e construída no Brasil a partir da reforma sanitária. Cabe ressaltar a especificidade do termo, uma vez que ele usualmente não se encontra vinculado à idéia de APS fora do Brasil ¹.

² A equidade é o assunto da recomendação de número oito, que trata das necessidades especiais de grupos humanos mais vulneráveis. A descentralização, ainda que não seja mencionada diretamente no primeiro documento, aparece na recomendação de número três, e foi, posteriormente, priorizada na Conferência de Riga (WHO, 1988) e no desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde, sob o incentivo da OPAS. A ordenação e a preparação de recursos humanos estão presentes nos temas nove e dez. A elaboração de uma política nacional de medicamentos é o tema da recomendação número quatorze. O estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico – função atribuída ao SUS no artigo 200 da Constituição – aparece nas recomendações de número doze e dezesseis.

¹ Em pesquisa no site www.google.com em 20 de fevereiro de 2003, o autor encontrou referências predominantemente vinculadas a cuidados veterinários em língua inglesa, ao digitar o termo "Basic Care". Foram encontrados 32.100 resultados. Entre os primeiros cem, 56 estavam relacionados a cuidados de animais. Apenas 28 estavam relacionados à saúde humana, porém nenhum deles fazia menção à APS. Estavam relacionados a modalidades de seguro, cuidados bucais, cuidados com idosos, cuidados de enfermagem, Centros de Terapia Intensiva e tratamentos de pele.

Comentários Finais

*O mundo é frágil
E cheio de frêmitos
Como um aquário...*

*Sobre ele desenho
Este poema: imagem
De imagens!*

Mário Quintana

A busca de um melhor estado de saúde para as comunidades nem sempre esteve ligada à idéia de *cidadania* ou *bem-estar*, ainda que a partir do século XIX tenham sido observadas idéias pontuais sobre esses vínculos. Somente durante a segunda metade do século XX ocorreria um encontro internacional com o objetivo de sistematizar e disseminar a concepção de indissociabilidade entre saúde e condições de vida, trabalho, lazer e cidadania.

Percebeu-se que os ideais de Atenção Primária à Saúde (APS – interpretada como a sistematização das idéias supra descritas) e de Saúde para Todos no Ano 2000 consistiam em imagens ideais, de difícil alcance em um mundo que assistia a sucessivas crises econômicas em diversos países e à adoção de programas de ajuste fiscal, que restringiam o cumprimento da missão de universalidade da saúde como fora sugerida na Conferência de Alma-Ata. Ciente dessa dificuldade, uma nova proposta foi formulada aos países em desenvolvimento pelo Banco Mundial, explicitando a necessidade de seleção e focalização de ações em cidadãos de baixa renda como forma de se maximizar o gasto dos escassos recursos destinados à saúde dentro de uma conjuntura de ajuste fiscal e restrições orçamentárias.

A polaridade entre essas duas formas de se entender o direito à saúde, aliadas a uma certa inespecificidade operacional da APS, levou à multiplicidade de experiências em atenção primária, o que acabou por gerar diferentes interpretações sobre o conceito.

Ao início do século XX, a saúde no Brasil esteve associada à questão econômica – o que estimulou o aparecimento de ações de saúde pública, arbitrárias e compromissadas com o saneamento de espaços estratégicos à produção econômica e à exportação. Com o passar do tempo, assistiu-se ao aprofundamento da dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência individual à saúde – agravada pelo modelo privatista, implementado pelo regime militar.

A redemocratização do país trouxe consigo o questionamento do modelo vigente no setor saúde. Várias experiências de expansão de cobertura dos cuidados – que visavam, sobretudo, à racionalização dos gastos, aliada ao incremento da assistência por meio de uma medicina diferenciada – ajudaram profissionais e pensadores da saúde a entrar no aparelho estatal e a adquirir experiência no planejamento de sistemas regionalizados de saúde. A partir daí, surge o movimento reformista conhecido como Movimento Sanitário, que invoca a participação popular através da Oitava Conferência Nacional de Saúde e consegue, após algumas discussões e negociações, ver os seus ideais expressos na Constituição de 1988. É nítida a influência das propostas de Alma-Ata na constituição do Sistema de Saúde Brasileiro – visível, sobretudo, na legitimação do direito universal à saúde, na concepção ampliada desse direito, na participação comunitária e na regionalização e hierarquização dos serviços.

Apesar da progressão dos avanços em áreas como de controle social, de descentralização e de financiamento da saúde, houve dificuldades na conformação da mudança do modelo assistencial – ainda centrado na prestação de procedimentos médicos e na cura de agravos já estabelecidos. A contradição gerada por esse modelo – alimentado pela lógica de pagamento por serviços e pela persistência da importância do setor privado na sua execução – estimulou o aparecimento de diversas alternativas que visavam à substituição do modelo assistencial vigente. Todavia, nenhuma delas logrou esse objetivo.

A partir do sucesso de algumas iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Médico de Família de Niterói (inspirado no modelo assistencial cubano), e de demandas de gestores por um estímulo à reestruturação dos

cuidados primários, houve uma discussão, no final de 1993, que proporcionou as bases para um Programa de Saúde da Família – de caráter inicialmente restrito, vinculado à Fundação Nacional de Saúde e semelhante à interpretação da APS, fundamentada pela proposta do Banco Mundial e incorporada aos discursos da OPAS e da OMS.

A partir do ano de 1995, o PSF ganha importância e deixa de ser considerado um programa, para ganhar o *status* de estratégia de reorganização do modelo assistencial. As críticas ao modelo, considerado focalizador e contraditório ao princípio de universalidade da saúde, persistiram, ainda que o Ministério tenha recusado explicitamente as propostas de focalização do Banco Mundial para o Brasil. Com a criação de uma nova estrutura ministerial em 1998 – o Departamento de Atenção Básica – surgiu uma expressão para denominar a interpretação da APS praticada no Brasil, embasada teoricamente pelos princípios fundamentais do SUS e também de Alma-Ata: *A Atenção Básica*.

Apesar do esforço governamental em expandir a estratégia de saúde da família, há que se considerar algumas de suas limitações em relação à reorganização do modelo assistencial e à sua consolidação em grandes aglomerados urbanos e pequenos municípios. O autor concorda com Aguiar (1998), onde se lê que as reais possibilidades de reestruturação do modelo de prestação de cuidados estão vinculadas à sua inserção local nos sistemas locais de saúde, ou seja, à vontade de se implementá-lo e de contribuir para o seu êxito – ainda que ele não esteja garantido em todos os cenários que constituem um país tão heterogêneo como o Brasil. Não se comprovou, até o presente momento, a possibilidade de operacionalização plena do PSF em pequenos e distantes municípios, assim como sua viabilidade e eficácia nos grandes aglomerados urbanos.

A incerteza sobre o êxito do PSF em todos os cenários brasileiros não deve, contudo, servir de motivo para desqualificar a proposta, uma vez que dificilmente haverá uma única solução para a prestação do cuidado à saúde no país. Ressalta-se o papel que o PSF teve no estímulo das discussões sobre mudanças na lógica do repasse de recursos a partir da NOB 01/1996, ainda que ele não esteja, até o presente momento, em consonância com a forma presente na Lei Orgânica da Saúde.

Para o autor, as críticas ao PSF que tentam relacioná-lo às propostas do Banco Mundial – que visam à seletividade do direito à saúde – não correspondem à realidade observada após a mudança conceitual ocorrida durante o seu crescimento nos anos noventa. O seu referencial teórico atual está vinculado aos ideais de Alma-Ata – mais, até, do que às atuais recomendações da OPAS e da OMS.

Mas essa constatação não impede que os sistemas municipais brasileiros interpretem de forma equivocada o papel do PSF em seu município, ao organizar equipes com o intuito de receber o incentivo financeiro federal sem, contudo, reorganizar a estrutura dos serviços existentes. O autor acredita que a superação – por vezes difícil – dessa postura poderia auxiliar, em parte, na reorganização do modelo assistencial, uma vez que o SUS não se constitui em uma única esfera única de poder centralizada, mas disseminado em cada profissional e gestor da saúde – todos detentores de interesses por vezes distintos.

Summary

This work lectures about the construction of the concept of Primary Health Care (PHC), from its antecedents until the Conference of Alma-Ata, in 1978. It also shows the posterior aspects of its evolution, its linkages with the World Bank proposals at the nineties' and its impact concerning the redemocratization process of the Brazilian health system. The main goal of this study is to demonstrate the influence of the Alma-Ata's ideas in the construction of the Brazilian national health system's and in its consolidation process, as well as its presence in the structure of PHC which is now being implemented in the country, denominated Basic Care. The author has used, in this study, a bibliographical research, which has found official documents issued by the World Health Organization (WHO), the Panamerican Health Organization (PAHO), the World Bank and the Brazilian Ministry of Health, as well as academic papers about the subject. It concludes that there is, in the official documentation about Brazilian Health System and Basic Care, a clear influence of the Alma-Ata precepts, which is not seen regarding the World Bank proposals for the health sector.

Keywords:

Primary Health Care; Alma-Ata; World Bank; SUS; Family Health

Referências Bibliográficas:

AGUIAR, D.S. A 'Saúde de Família' no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma? 1998. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ANDRADE, L.O.M. *SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento*. São Paulo; Sobral: Hucitec /UVA, 2001. 279 p.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JÚNIOR, T. Por que a Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2002, v. 2 n. 5, p. 75-80, mai. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Preparação de médicos gerais. In: _____. *O INAMPS e a formação do Médico Geral*.. Rio de Janeiro: ABEM, 1986. p. 29-31.

_____. Tema 1: Relatório Final. In: _____. *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Londrina: ABEM, 1978. p. 135-138.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. In: ARROW, K. *Essays in theory of risk-bearing*. Amsterdam/London: North Holland, 1971 *apud* CAMPOS, F.E.; ALBUQUERQUE, E.M. *As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1998. 24 f. Mimeografado.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993. 347 p. Original inglês.

_____. *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90*. Washington: Divisão de Recursos Humanos, Departamento I, região da América Latina e Caribe, 1995. 215 p. Original Inglês.

BERLINER, H. S. A larger perspective on the Flexner Report. *Int. J. Health Serv*, n. 5, . p. 573-592, 1975. *apud* MENDES, E. V. *A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas*. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo II da Ordem Social, Seção II, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Leis etc. Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 21 jul. 1975. seção 1 p. 11.503.

_____. Leis etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 1990.

_____. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 1990.

_____. Leis etc. Portaria n. 227 GM, de 16 de fevereiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Leis etc. Portaria n. 1.348 GM, de 18 de novembro de 1999. Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Leis etc. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. *Diário Oficial*, Brasília, 02 fev. 1999. seção 1 p. 23 e seguintes.

_____. Leis etc. Portaria Interministerial n. 610, de 26 de março de 2002. Brasília, Ministério da Educação; Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Parecer sobre o Relatório do Banco Mundial “The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil”*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 13 f. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987. 9f. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/SUMARIO.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2003.

_____. Ministério da saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Assistência Médica e Social. Exposição de Motivos n. 031. *Diário Oficial*, Brasília, 21 jul. 1975. seção 1 p. 11.505.

BUENO, W.S.; MERHY, E.E. *Os Equívocos da Nob 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes ?* Campinas, 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2003

CAMPOS, F.E. O sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas Gerais como Espaço de Atuação Acadêmica. In: FLEURY, S. *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 219-239.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Campinas: Unicamp IE, 2002, p. 91-99.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.B. O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. In: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002a.

CAMPOS, F.E.; CHERCHIGLIA, M.L.; AGUIAR, R.A.T. Reflexões sobre o Saúde da Família: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2002, v. 2 n. 5, p. 70-73, mai. 2002b.

CAMPOS, F.E.; ALBUQUERQUE, E.M. *As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1998. 24 f. Mimeografado.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Permanente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-141, ago. 2001.

CEITLIN, J. *Que es la medicina familiar?* Caracas: FEPAFEM/KELLOG, 1982. p. 21-49, 111-38 *apud* PAIM, J.S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Saúde, Crise e Reformas*. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986. p. 152-183

CHAVES, M.M. *Saúde, uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1982. p. 36-50 *apud* PAIM, J.S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Saúde, Crise e Reformas*. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986. p. 152-183.

COELHO, E.C. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M.H. (org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995. p. 35-62.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001

_____. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 10-15, 1996

CORDONI JÚNIOR, L. *Medicina Comunitária: Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira*. 1979. 110 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

COSTA, N. R. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 479-511, 1996.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L.M. (ORG.). *Cadernos de Saúde: Planejamento e gestão em saúde*. v. 1. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 12-26.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. 2. Ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124 p.

DRAIBE, S.M. O redirecionamento das políticas sociais segundo a perspectiva neoliberal. In: MESSEMBERG GUIMARÃES et al. *As políticas sociais no Brasil*. Brasília: Serviço Social da Indústria-DN.Super-DITEC, 1993. p. 13-20.

EPP, J. Achieving health for all: A framework for health promotion. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.frcentre.net/library/AchievingHealthForAll.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2003.

EVANS, R. Introduction. In: EVANS, R. et al. *Why are some people health and others not?*. New York: Aldine de Gruyter, 1994. p. 3-26.

FERREIRA, A.L.S.; VAZ, J.C. *Programa Médico de Família em Niterói*. São Paulo: Instituto Polis, 1997. Disponível em: <<http://www.federativo.bndes.gov.br/dicas/D096.htm>>. Acesso em: 27 fev.2003.

FERREIRA, J.R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B.K.G. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p. 27-47.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-14.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação Médica na América Latina. In: _____. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Rede Unida, 1998. p. 51-95.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, v. 11, n. 1, p. 3-15, 1977.

_____. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, v. 10, n. 2, p. 152-169, 1976

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. *PSF: contradições de um programa destinado à mudança do Modelo Tecnoassistencial*. Campinas: Unicamp, 1999. 36 f. Mimeografado.

FRANÇA, J.L. *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 5. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001. 211 p.

GARRIDO, N.G.; LEVCOVITZ, E. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 3-9, 1996

GREENGROSS et al. *Historia y Desarrollo del Servicio Nacional de Salud Del Reino Unido 1948-1999*. London: Health Systems Resource Centre, 2002. 49 p. Original em inglês.

ILLICH, I. La Epidemia de La Medicina Moderna. In: *Nemesis Médica: La Expropiación de la Salud*. Barcelona: Barral Editores, 1975. p. 13-32.

JORDÃO, J.G. A Medicina Geral e Familiar: Evolução Histórica e Conceptual. In: _____. *A Medicina Geral e Familiar: Caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado*. 1995. 110 f. Dissertação (Doutorado em Clínica Geral e Medicina Comunitária). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p.

LAURELL, A.C. La salud: de derecho social a mercancia. In: LAURELL, A.C. *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Xochimilco: Fundación Friedrich Ebert, 1994. Disponível em: <<http://www.boletinaps.org/boletin/boletin5/articulo81.pdf>> . Acessado em: 27 fev. 2003.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Estado e Saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente. *Indicadores Econômicos FEE*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 272-89, 2002

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

MELLO, C.G. Planejamento de Saúde e Desenvolvimento Econômico. In: *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: CEBES; Hucitec, 1981. p. 23-38

MENDES, E. V. *A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas*. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

_____. O Processo Social de Distritalização da Saúde. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p. 93-158

MENDONÇA, C.S.; SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. Saúde da Família: avanços, desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2002, v. 2 n. 5, p. 66-69, mai. 2002

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 2000. 269 p.

MOORE, G.; SHOWSTACK, J. Primary Care Medicina in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. *Annals of Interne Medicine*, United States of America, v. 138, n.3, p. 244-247, fev. 2003.

NAVARRO, V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. In: *Textos de Apoio – Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp/Abrasco, 1986. 128 p. *apud* SILVA JÚNIOR, A.G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.142 p.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABRASCO, 1994. p. 73-111.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. O Financiamento da Área Social e do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L.M. (ORG.). *Cadernos de Saúde: Planejamento e gestão em saúde*. v. 1. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 45-78.

OMRAN. A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. v. 29, p. 509-538, 1971.

OMS. *Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 38p.

OMS; UNICEF. *Atención Primaria de Salud: Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y Del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 53p.

_____. *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico* (sinopsis). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. 26 p.

OPAS. *128ª Reunião do Comitê Executivo: Promoção da Saúde*. Washington: OPAS, 2001. 21 p. Original Inglês.

OPAS; OMS. Consideraciones Operacionales sobre la Atención Primaria según su Conceptualización em la Región de las Américas. In. *Salud para todos em el año 2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*. Washington, 51-59 p. Mimeografado.

PAHO. *Strategic and Programmatic Orientations, 1995-1998*. Washington, 1995. Disponível em: <<http://165.158.1.110/english/strategi.htm>>. Acessado em: 27 fev. 2003.

PAIM, J.S. *Saúde, Crise e Reformas*. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986. 250 p.

_____. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do*

Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p.187-220

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 143-146 ago. 2001.

PESSOTO, U.C. *As Políticas de Saúde para América Latina e Caribe da Organização Panamericana da Saúde e do Banco Mundial: Uma Análise dos Documentos e Seus Discursos*. 2001. 74 f. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROSEN, G. O que é a Medicina Social? In: _____. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 77-141. Original inglês.

_____. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994 *apud* SILVA JÚNIOR, A.G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.142 p

SHOWSTACK, J.; ROTHMAN, A.A.; HASSMILLER, S. Primary Care at a Crossroads. *Annals of Internal Medicine*, United States of America, v. 138, n.3, p. 242-244, fev. 2003.

SILVA JÚNIOR, A.G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.142 p

SOBOLEVSKI, G.N.; ERMAKOV, V.V. Servicio sanitario-epidemiológico em la URSS. In. ERMAKOV, V.V.; SERENKO, A.F. *Higiene social y organización de la salud pública*. Editorial Mir Moscú. Moscou, URSS, 1986. p. 497-506. Original Russo.

SOUZA, M.F. *A Cor-Agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2001. 127 p.

SOUZA, M.F. et. al. Gestão da Atenção Básica : redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000

STARFIELD, B. Primary Care and Its Relationship to Health. In: *Primary Care – Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford Press, 1998. p. 3-17.

TARIMO, E.; WEBSTER, E.G. *Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata revisited*. Geneva: World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment, 1997

TARIMO, E.; FOLKES, F.G.R. Sistemas Distritales de Salud. Como reforzar la columna vertebral de la atención primaria de salud. *Foro mundial de la salud*, 10 (1): p. 76-81, 1989. *apud* PAIM. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p. 187-220.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p. 237-265.

VIANA, A.L.D. As Políticas de Saúde nas Décadas de 80 e 90: O (Longo) Período de Reformas. In: CANESQUI, A. (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 113-133.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. *PSF: um instrumento da reforma do SUS?*. Rio de Janeiro: IMS / UERJ, 1998. 29 p.

_____. *O Programa de Saúde da Família é um instrumento da reforma do SUS?*. In: *Boletim ABRASCO n. 71*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.
Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/boletim/bol71/bol71part2.htm> > . Acesso em: 27 fev. 2003.

VELLOSO, B.G.; MATOS, S.G. A complexa construção do SUS em Belo Horizonte: os desafios que ele propôs. In: CAMPOS et al. (org.). *Sistema Único de Belo Horizonte: Reescrevendo o Público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 83-102.

VELOSO, C. Notas Históricas Sobre o Programa Saúde de Família em Minas Gerais. In: *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 14, n. 1, 2004, p.66-73 (no prelo).

VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, n. 4, p. 221-30, 1985 *apud* STARFIELD, B. *Primary Care and Its Relationship to Health*. In: *Primary Care – Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford Press, 1998. p. 3-17.

WAITZKIN, H. *Uma visão marxista sobre atendimento médico*. São Paulo: Avante, 1980. 39 p. Original Inglês.

WHITE, K. et al. The Ecology of Medical Care. In: *N Eng J Med*, v. 265, n. 18, p. 885-92, 1961.

WHO. *Alma-Ata reaffirmed at Riga*. Geneva: World Health Organization, 1988. 19 p.

_____. *Amendments to the Constitution*. Geneva, 1999. 7 p.

_____. *Constitution of the World Health Organization*. New York, 1946

_____. *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-10.

_____. *Declaration of Santa Fé de Bogotá*. Bogotá, 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 37-42.

_____. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization, 1981. 90 p.

_____. *Mexico Statement*. City of Mexico, 2000. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 55-56.

_____. *Ottawa Charter*. Ottawa, 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 11-17

_____. *Primary Health Care 21: "Everybody's Business"*. Geneva; Copenhagen: WHO; WHO Regional Office for Europe, 1998. 96 p.

_____. *Primary Health Care and Health Sector Reform: 15 Years After Alma-Ata*. Geneva, Copenhagen: World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment and Regional Office for Europe, 1993. 99 p.

_____. *Sundsvall Statement*. Sundsvall, 1991. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 29-36.

_____. *The Adelaide Recommendations*. Adelaide, 1988. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 19-28.

_____. *The Jakarta Declaration*. Jakarta, 1997. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-50.

_____. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Ljubljana, 1996.

_____. Regional Committee for The Western Pacific. Primary health care and the Global Strategy for Health for All (1978-1993). In: _____. *Fifty years of WHO in the Western Pacific Region*. Manila, 1998.

Anexos

Anexo 1 - Comparação entre os princípios da Carta de Alma-Ata e da proposta do Banco Mundial

	Alma-Ata ¹ (1978)	Banco Mundial ² (1993)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o ciclo saúde-desenvolvimento em todos os países • Proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo • Alcançar a Saúde para todos no ano 2000 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a criação de um ambiente econômico favorável à saúde através de políticas de crescimento e ajuste (p. III) • Propor a reorientação e maximização dos gastos públicos com saúde (p. III) • Propor o fortalecimento e apoio dos serviços privados de saúde. (p. III)
Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> • Variável de acordo com cada país. A APS deve incluir, pelo menos: Educação para saúde, promoção nutricional e alimentar, Assistência materno-infantil e planejamento familiar, imunização, controle de endemias, tratamento adequado de doenças e traumatismos, provisão de medicamentos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de Serviços Sanitários Básicos: Imunização e suplementação de micronutrientes, educação em higiene e profilaxia, planejamento familiar, programas para esclarecimento sobre nutrição e controle de vetores e doenças, para redução de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas e para prevenção de AIDS e DST's (p. 9-15; p. 77-114). • Conjunto de Serviços Clínicos Essenciais: Atendimento a gestantes e parturientes, planejamento familiar, tratamento infantil, tratamento da tuberculose, acompanhamento de DST's., tratamento de infecções brandas e traumatismos leves, suporte a doenças incuráveis (p. 9-15; p. 119-127; p. 135-136).

	Alma-Ata ¹ (1978)	Banco Mundial ² (1993)
Participação Social	<ul style="list-style-type: none"> A comunidade tem o direito e o dever de participar no planejamento e na aplicação da atenção à saúde, em um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. 	<ul style="list-style-type: none"> Através do financiamento comunitário, sob a forma de taxas pagas pelos usuários e esquemas de seguro com pagamento antecipado. Ao financiar serviços de saúde em regime comunitário, a comunidade poderá ter voz ativa na operação dos centros de saúde. (p. 169).
Público Alvo	<ul style="list-style-type: none"> Universal. Todas as pessoas e famílias em todas as comunidades do mundo 	<ul style="list-style-type: none"> Países desenvolvidos: Serviços <i>essenciais</i> a todos os cidadãos (p. 125-127). Países em desenvolvimento: Serviços essenciais à parcela mais pobre da população, determinada a partir da prevalência da pobreza e da capacidade de financiamento em saúde dos países. Os mais favorecidos podem ser excluídos do setor público ou reembolsá-lo pelos serviços (p. 125-127).
Políticas governamentais	<ul style="list-style-type: none"> Formulação de políticas, estratégias e planos de ação, para que se mantenha a APS como parte de um sistema nacional de saúde completo e em coordenação com outros setores. 	<ul style="list-style-type: none"> Formulação de políticas para redução ou alívio da pobreza. Intervenção governamental para sanar falhas de mercado que dificultem ou tornem pouco eficientes a atuação do setor privado. Avaliações da eficácia, em termos de custo, das intervenções em saúde (p. 5-7; 58-67; 116).

	Alma-Ata ¹ (1978)	Banco Mundial ² (1993)
Papel do Setor Privado	<ul style="list-style-type: none"> Inespecífico. Todos os setores afins à saúde e ao bem-estar são conclamados a apoiar os planos locais e nacionais de desenvolvimento da APS. 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer serviços de saúde aos que possam pagar por eles. Buscar a eficiência e a qualidade do atendimento a partir da concorrência e da diversificação dos serviços (p. III; 5-6; 139-141).
Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> Participação coordenada de todos os setores e campos de atividade ligados ao desenvolvimento nacional e comunitário, em particular a agricultura, a zootecnia, setores alimentícios, a indústria, a educação, a habitação, obras públicas, comunicações e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Articulação entre os países e organismos internacionais para suporte a programas de ajuste econômico (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional) (p. 47-48). Articulação governamental com o setor privado para a obtenção de eficiência e qualidade na prestação de serviços (p. 5-7; 58-62; 139-140)
Cooperação Internacional	<ul style="list-style-type: none"> Todos os países devem cooperar, em um espírito de solidariedade, a fim de garantir a APS para todas as pessoas. A melhoria da saúde de um país interessa e beneficia a todos os outros São chamados à colaboração as agências e organismos internacionais, as organizações não-governamentais, as entidades de financiamento e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de níveis adequados de ajuda financeira externa aos países em desenvolvimento (p. 176-180) Coordenação eficiente dos projetos e políticas dos doadores (p. 176-180) Criação de um mecanismo global para coordenação internacional de pesquisas na área da saúde (p. 180-182).

¹ FONTE – WHO. *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-10.

² FONTE –BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993. 347 p

Anexo II – Declaração de Alma-Ata¹

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

¹ Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a

colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

Anexo III – Recomendações de Alma-Ata¹

1. Relação entre Saúde e desenvolvimento

A Conferência,

Convencida de que a saúde depende do desenvolvimento social e econômico, ao mesmo tempo em que também o favorece,

RECOMENDA que os governos incorporem e fortaleçam a Atenção Primária à Saúde em seus planos nacionais de desenvolvimento, dando importância especial aos programas de desenvolvimento rural e urbano e à coordenação das atividades que, nos diferentes setores, refiram-se à saúde.

2. Participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde

A Conferência,

Convencida de que a auto-responsabilidade e a consciência social, nacional e comunitária, são fatores fundamentais do progresso humano, e reconhecendo que o povo tem o direito e o dever de participar do processo de melhoria e conservação de sua saúde,

RECOMENDA que os governos estimulem e assegurem a plena participação da comunidade mediante a difusão eficaz das informações pertinentes, do incremento da alfabetização e o estabelecimento do marco institucional necessário que permita, aos indivíduos, às famílias e às comunidades, fazer-se responsáveis por sua saúde e bem-estar.

3. Função das administrações nacionais na Atenção Primária à Saúde

A Conferência,

¹ Traduzidas pelo autor a partir do texto em espanhol

Advertindo sobre a importância em se contar com apoios administrativos e financeiros adequados, de todas as ordens, para lograr o desenvolvimento nacional coordenado, incluindo-se o da Atenção Primária à Saúde, e para colocar em prática as políticas nacionais,

RECOMENDA que os governos intensifiquem o apoio de seus serviços administrativos gerais à Atenção Primária à Saúde e à atividades relacionadas, mediante a coordenação entre os diferentes ministérios, e a delegação das responsabilidades e poderes necessários em favor dos níveis intermediário e comunitário, assegurando pessoal e recursos suficientes a esses níveis.

4. Coordenação entre o setor sanitário e setores afins

A Conferência,

Convencida de que a melhora substancial da saúde de toda a população requer a coordenação planejada e eficaz dos serviços nacionais de saúde e das atividades de outros setores que guardem relação com a saúde,

RECOMENDA que, nas políticas e planos sanitários nacionais, tenham-se plenamente em conta as contribuições de outros setores relacionados à saúde; que adotem medidas concretas e viáveis em todos os níveis, em particular nos níveis intermédio e comunitário, para coordenar os serviços de saúde com todas as demais atividades que contribuam para a promoção da saúde e da Atenção Primária à Saúde; e que nas medidas de coordenação se leve em conta a função de todos os setores encarregados da administração e das finanças.

5. Conteúdo da Atenção Primária à Saúde

A Conferência,

Destacando que a Atenção Primária à Saúde deve concentrar-se nos principais problemas sanitários da comunidade, ainda que reconhecendo que esses problemas e a forma de resolvê-los variarão segundo os países e as comunidades,

RECOMENDA que a Atenção Primária à Saúde compreenda, pelo menos, as seguintes atividades: ensinamentos relativos aos problemas de saúde mais freqüentes e aos métodos para identificá-los, preveni-los e combatê-los, a promoção do provimento de alimentos e de uma nutrição apropriada, um abastecimento suficiente de água potável e medidas de saneamento básico, a assistência materno-infantil, incluindo-se aí o planejamento familiar, a imunização contra as principais doenças infecciosas, a prevenção e o combate às doenças endêmicas locais, o tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns, a promoção da saúde mental e o provimento de medicamentos essenciais.

6. Atenção Primária à Saúde completa no plano local

A Conferência,

Confirmando que a Atenção Primária à Saúde abarca todas as atividades que, no ponto de contato entre a comunidade e o sistema sanitário, contribuam para a melhoria da saúde,

RECOMENDA que, a fim de que a Atenção Primária à Saúde seja completa, todas as atividades direcionadas para o desenvolvimento estejam relacionadas entre si e equilibradas de forma a se concentrarem nos problemas de máxima prioridade, segundo a percepção tanto da comunidade como do sistema sanitário; e que se ponham em prática intervenções culturalmente aceitáveis, tecnicamente apropriadas, factíveis e adequadamente selecionadas, em combinações que respondam às necessidades locais, o que exige integrar os programas monovalentes

nas atividades de Atenção Primária à Saúde, tão rápida e harmoniosamente quanto possível.

7. Apoio à Atenção Primária à Saúde dentro do Sistema Nacional de Saúde

A Conferência,

Considerando que a Atenção Primária à Saúde é a base de um sistema nacional de saúde completo e que esse deve estar organizado de tal forma que apóie à Atenção Primária à Saúde e garanta a sua eficácia,

RECOMENDA que os governos fomentem a Atenção Primária à Saúde e outras atividades de desenvolvimento afins, de maneira a aumentar a capacidade e a determinação da população para resolver seus próprios problemas. Para isso, requer-se uma estreita colaboração entre o pessoal de Atenção Primária à Saúde e a comunidade, e que cada equipe seja responsável por uma zona determinada. Necessita-se, dessa forma, reorientar o sistema existente para conseguir que todos os escalões do sistema sanitário apóiem a Atenção Primária à Saúde, proporcionando supervisão e orientação de apoio, ajuda logística e de provimento, fazendo um melhor uso dos hospitais de consulta e envio de casos.

8. Necessidades especiais dos grupos vulneráveis e muito expostos

A Conferência,

Convencida de que a melhora substancial da saúde de toda a população requer a coordenação planejada e eficaz dos serviços nacionais de saúde e das atividades de outros setores que guardem relação com a saúde,

RECOMENDA que, nas políticas e planos sanitários nacionais, levem-se plenamente em conta as contribuições de outros setores relacionados à saúde; que adotem medidas concretas e viáveis em todos os níveis, em particular nos níveis intermédio e comunitário, para coordenar os serviços de saúde com todas as demais

atividades que contribuam para a promoção da saúde e da Atenção Primária à Saúde; e que nas medidas de coordenação se leve em conta a função de todos os setores encarregados da administração e das finanças.

9. Funções e categorias de pessoal de saúde e de funções afins para a Atenção primária à Saúde

A Conferência,

Convencida de que o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde depende das atitudes e capacidades de todo o pessoal de saúde, assim como da existência de um sistema de saúde organizado para apoiar e completar as atividades do pessoal de primeira linha,

RECOMENDA que os governos atribuam alta prioridade à utilização plena dos recursos humanos, definindo para cada uma das categorias de pessoal de saúde a função técnica, as competências e as atitudes necessárias em relação às tarefas que lhe digam respeito, a fim de se conseguir uma Atenção Primária à Saúde eficaz; e criando equipes formadas por agentes de saúde da comunidade, outro pessoal de desenvolvimento, pessoal de categoria intermédia, enfermeiras, parteiras, médicos e, quando necessário, pessoas que pratiquem a medicina profissional e parteiras empíricas.

10. Capacitação de pessoal de saúde e de profissões afins para a Atenção Primária à Saúde

A Conferência,

Reconhecendo a necessidade de disposição de pessoal capacitado em número suficiente para o apoio e a prestação da Atenção Primária à Saúde,

RECOMENDA que os governos empreendam ou apóiem atividades de reorientação e capacitação para todas as categorias de pessoal existe e revisem os

programas para o adestramento de novatos entre o pessoal de saúde da comunidade; que o pessoal de saúde, especialmente os médicos e os enfermeiros, recebam uma formação social e técnica e estejam motivados para servir à comunidade; que todas as atividades de capacitação compreendam trabalhos práticos, em campo, que se exortem os médicos e às outras categorias profissionais de saúde que, ao começar suas carreiras, trabalhem em zonas desassistidas; e que prestem a devida atenção à educação permanente, à supervisão de apoio, à preparação dos professores de pessoal de saúde e ao adestramento sanitário de pessoal de outros setores.

11. Incentivos para prestação de serviço em zonas remotas e desassistidas

A Conferência,

Reconhecendo que a prestação de serviços de Atenção Primária de Saúde que respondam às necessidades da população desassistida exigem, sobretudo, uma dedicação e motivação especiais e que, mesmo quando há essas condições, é absolutamente necessário recompensar e reconhecer, por meios culturalmente adequados, os serviços prestados em condições difíceis e rigorosas,

RECOMENDA que sejam previstos incentivos para todas as categorias de pessoal de saúde, proporcionais ao isolamento geográfico e à dureza das condições em que vivem e trabalham. Esses incentivos devem adaptar-se às situações locais e podem adotar formas tais como melhores condições de vida e de trabalho, bem como possibilidades de aperfeiçoamento e educação permanente.

12. Tecnologia apropriada para a saúde

A Conferência,

Persuadida de que a Atenção Primária à Saúde exige a identificação, o desenvolvimento, a adaptação e a aplicação de tecnologia apropriada,

RECOMENDA que os governos, as instituições de pesquisa e ensino, as organizações não-governamentais e sobretudo as comunidades desenvolvam, tanto no sistema sanitário como nos serviços afins, tecnologias e métodos próprios para melhorar a saúde e que sejam cientificamente válidos, adaptados às necessidades locais, aceitos pela comunidade e mantidos pela própria população, em conformidade com o princípio da auto responsabilidade e a um custo suportável para a comunidade e o país.

13. Apoio logístico e instalações para a Atenção Primária à Saúde

A Conferência,

Consciente de que o êxito da Atenção Primária à Saúde depende de um apoio logístico suficiente, apropriado e contínuo em milhares de comunidades de muitos países, os quais enfrentam novos problemas de grande magnitude,

RECOMENDA que os governos adotem disposições para o estabelecimento de serviços eficazes de administração, abastecimento e manutenção, que abarquem todas as atividades de Atenção Primária à Saúde no plano da comunidade; que todos os escalões do sistema sanitário, e em particular o pessoal de saúde da comunidade, disponham permanentemente de insumos e equipamentos apropriados e suficientes; que se preste atenção especial ao envio e armazenamento, em condições seguras, de insumos perecíveis, como as vacinas; que se reforcem devidamente as instalações de apoio, compreendidos os hospitais, e que os governos assegurem que o transporte e todas as instalações materiais para Atenção

Primária à Saúde sejam funcionalmente eficazes e adequados ao meio social e econômico.

14. Medicamentos essenciais para a Atenção Primária à Saúde

A Conferência,

Reconhecendo que a Atenção Primária à Saúde exige o provimento contínuo de medicamentos essenciais; que o provimento de medicamentos representa uma proporção importante dos gastos do setor sanitário; e que a progressiva ampliação da Atenção Primária à Saúde visando a uma cobertura nacional demanda um grande aumento do provimento de medicamentos,

RECOMENDA que os governos formulem políticas e regulamentações nacionais no que se refere à importação, à produção local, à venda e à distribuição de medicamentos e produtos biológicos, a fim de garantir a disponibilidade de fármacos essenciais nos diversos níveis da Atenção Primária à Saúde, ao menor custo possível; que se adotem medidas específicas com o objetivo de prevenir a utilização excessiva de medicamentos; que se utilizem remédios tradicionais de eficácia comprovada; e que se estabeleçam sistemas eficazes de administração e de apoio.

15. Administração e gestão da Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Considerando que, para poder levar à prática os princípios da Atenção Primária em Saúde, é preciso reforçar a estrutura administrativa e os métodos de gestão,

RECOMENDA que os governos estabeleçam a estrutura administrativa necessária e apliquem, em todos os níveis, métodos apropriados de gestão para planejar e colocar em prática a Atenção Primária em Saúde, melhorar a alocação e distribuição de recursos, controlar e avaliar os programas com ajuda de um sistema

de informação simples e pertinente, compartilhar o controle com a comunidade e facilitar o treinamento apropriado, em matéria de gestão, a trabalhadores da saúde de diferentes categorias.

16. Pesquisas e estudos operativos em matéria de serviços de saúde

A Conferência,

Destacando que é bastante o que se sabe sobre Atenção Primária em Saúde para que os governos iniciem ou ampliem a sua prática, mas também persuadida de que é preciso resolver muitos problemas vastos e complexos, de que a contribuição dos sistemas de medicina tradicional exige novas pesquisas e de que no processo de aplicação da Atenção Primária surgem continuamente novos problemas,

RECOMENDA que em cada programa nacional se reserve uma parte dos créditos para realizar pesquisas permanentes sobre serviços de saúde; que se organizem centros de pesquisa e desenvolvimento dos serviços de saúde e centros de ensaios práticos que funcionem paralelamente ao processo geral de execução; que se fomente a avaliação e a utilização dos resultados obtidos para a pronta identificação dos problemas; que se dêem atribuições às instituições de ensino e pesquisa a fim de que colaborem estreitamente com o sistema sanitário: que se fomente a participação de pessoal local e dos membros da comunidade; e que haja um esforço permanente para a formação de pessoal para a pesquisa, a fim de promover a auto-responsabilidade nacional.

17. Recursos destinados a Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Reconhecendo que a transposição da Atenção Primária em Saúde para a prática exige a mobilização efetiva de recursos relacionados com a saúde,

RECOMENDA que, para expressar sua vontade política de promover o conceito de Atenção Primária em Saúde, os governos, ao aumentar progressivamente os recursos destinados à saúde, atribuam a máxima prioridade à extensão da Atenção Primária em Saúde às comunidades menos favorecidas; que fomentem e apoiem distintas maneiras de financiar a Atenção Primária em Saúde, inclusive, quando proceda, por meios tais como a seguridade social, as cooperativas e todos os recursos disponíveis no plano local mediante a intervenção a participação ativa das comunidades; e que adotem medidas encaminhadas para se obter o maior rendimento e eficácia possíveis das atividades relacionadas com a saúde em todos os setores.

18. Participação nacional na Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Afirmando que a Atenção Primária em Saúde exige uma decidida e constante participação política em todos os escalões do governo, baseada na compreensão e no apoio sem reservas à população,

RECOMENDA que os governos expressem sua vontade política de alcançar a saúde para todos, comprometendo-se a participar de, maneira permanente, na aplicação da Atenção Primária em Saúde como parte integrante do sistema nacional de saúde no cenário do desenvolvimento sócio-econômico geral, com a participação de todos os setores interessados; a promulgar a legislação apropriada quando seja necessário e a estimular, mobilizar e manter o interesse e a participação do público no desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde.

19. Estratégias nacionais para a Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Destacando a necessidade de formular estratégias nacionais para levar à prática as políticas gerais em matéria de Atenção Primária em Saúde,

RECOMENDA que os governos elaborem, sem demora, estratégias nacionais com objetivos bem definidos, e desenvolvam e apliquem planos de ação para garantir que a Atenção Primária em Saúde seja acessível à totalidade da população, atribuindo a máxima prioridade aos grupos e áreas mais desfavorecidos, e que reavaliem essas políticas, estratégias e planos de Atenção Primária em Saúde, com o objetivo de assegurar que se adaptem às sucessivas fases do desenvolvimento.

20. Cooperação técnica em matéria de Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Persuadida de que todos os países podem aprender uns com os outros em questões de saúde e desenvolvimento,

RECOMENDA que todos os países compartilhem e intercâmbiem informações, experiências e conhecimentos técnicos relativos ao desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde como parte da cooperação técnica entre os distintos países e, em particular, entre os países em desenvolvimento.

21. Apoio internacional à Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Consciente de que, para fomentar e sustentar a Atenção Primária em Saúde e superar os obstáculos que se opõem à sua aplicação, são necessários uma solidariedade e um apoio internacionais enérgicos e coordenados, e inteirada com

satisfação das ofertas de colaboração procedentes das organizações do sistema das Nações Unidas, assim como de outras fontes de cooperação,

RECOMENDA que as operações internacionais, os organismos multilaterais e bilaterais, as organizações não governamentais, as entidades de financiamento e outras partes interessadas na saúde internacional, atuando de maneira coordenada, estimulem e ajudem os países a fazer sua política de Atenção Primária em Saúde, e canalizem até essa uma maior assistência técnica e financeira, deixando inteiramente aos próprios países que coordenem esses recursos com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação, e aproveitando ao máximo os recursos locais disponíveis.

22. Função da OMS e do UNICEF no apoio à Atenção Primária em Saúde

A Conferência,

Persuadida da necessidade de um plano mundial de ação em prol da Atenção Primária em Saúde, concebido como um esforço cooperativo de todos os países,

RECOMENDA que a OMS e o UNICEF, inspirando-se na Declaração de Alma-Ata e nas recomendações desta Conferência, sigam fomentando e apoiando as estratégias e os planos nacionais de Atenção Primária em Saúde como parte do desenvolvimento geral;

RECOMENDA, baseando-se nas estratégias e planos nacionais, formulem, com a maior brevidade possível, planos de ação coordenada de alcance regional e mundial, que fomentem e facilitem o apoio mútuo o dos países, que em particular mediante a utilização de suas instituições nacionais, a fim de acelerar o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde, e

RECOMENDA que a OMS e o UNICEF fomentem continuamente a mobilização de outros recursos internacionais em favor da Atenção Primária em Saúde.