

programa é paquidérmico, estamos nisso desde 1994. Não há projeto consistente para formação dos 60 mil médicos e enfermeiros de família de que necessitaríamos. Há espasmos pedagógicos com nomes pomposos, no entanto, nenhum governo apresentou estratégia efetiva e parcerias consistentes para enfrentar esse desafio educacional. Isto sem comentar a indigência dos modos de contratação e de gestão de pessoal. Hoje, já há evidências indicando que não há como os municípios isolados resolverem a política de pessoal para o SUS. Necessitam do concurso efetivo, financeiro, legal e organizacional dos Estados e da União. Não há evidências de que o Ministério da Saúde esteja disposto a assumir a articulação dessa multiplicidade de experiências e de entidades federadas para construir um sistema – rede interdependente, apesar da autonomia dos municípios – que combine singularidade local com diretrizes que assegurem unidade ao SUS.

Por tudo isso, é que saúdo o artigo de Conill com alvíssaras. Viva! Encontramos alguém disposto a pensar de maneira crítica e construtiva e ampla e cuidando, ao mesmo tempo, em preservar os valores e diretrizes que fazem do SUS uma esperança de que a vida real não seja somente competição e violência e... Salve! Saravá!

1. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2005.
2. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

Luis Fernando Rolim Sampaio

Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.
luis.fernando@saude.gov.br

A Atenção Primária à Saúde vem recebendo, atualmente, especial atenção dos governos e da academia em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) dedica o relatório mundial de 2008 ao tema, e sua Diretora Geral, Magareth Chan, apontou, como um dos três pontos prioritários de sua gestão, a Atenção Primária à Saúde, alegando que, em sua campanha pela direção da instituição, visitou diversos países e ministros da saúde em todos os continentes, e a Atenção Primária à Saúde foi um ponto destacado como agregador na luta pela saúde dos povos. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) contribuiu com a publicação do documento *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position*

Paper of the Pan American Health Organization/WHO 1. Isso reforça sobremaneira a importância de o Brasil apresentar sua experiência e seu desenvolvimento teórico nesse campo, e a contribuição que nos traz a professora Conill é extremamente relevante.

Minha contribuição ao debate vem do campo da gestão, no qual atuo e pude acompanhar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde da Família, que, esse ano, celebra seus 15 anos. Buscarei, assim, dialogar com a autora na discussão do processo incremental de mudança da Atenção Primária à Saúde em curso no Brasil.

Como bem destaca a autora, estamos em um momento de retorno à ênfase na Atenção Primária à Saúde, mas, no momento precedente, os entendimentos restritivos derivados da polissemia do termo questionam a contribuição da Atenção Primária à Saúde no Brasil. A noção de cuidados primários de saúde, com um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, afastou o tema das proposições elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde 2. Testa afirmava aquela época que não é possível considerar a atenção primária de saúde como um conceito totalizante, com a mesma validade em qualquer país e circunstância, alertando para o risco da simplificação e da atenção primitiva de saúde 3. Considerando a Atenção Primária à Saúde um conceito subdesenvolvido e com necessidade de aprimoramento, Schraiber & Mendes-Gonçalves apontam que “a atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos” 4 (p. 34).

Assim, a emergência do Programa Saúde da Família (PSF) se deu sob críticas de setores acadêmicos, à época, reforçadas pelo contexto internacional, devido à publicação do documento *Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial 1993. Investindo em Saúde* pelo Banco Mundial 5. Várias leituras foram feitas naquele momento, entre elas, do renascimento de uma proposta entendida como já superada, baseada em experiências como a da Medicina Geral e Comunitária ou de um programa vertical e focalizado 6,7 ou a idéia de uma medicina de pobre para os miseráveis 8.

Efetivamente, a discussão acadêmica brasileira, na década de 90, trouxe pouca contribuição ao desenvolvimento teórico da Atenção Primária à Saúde. Isso é compatível com o pequeno volume de literatura nacional disponível sobre o tema no período. Esse cenário sofreu uma mudança gradativa, provocada, em especial, pela operacionalização do PSF. Consultando publicações nas bases LILACS, MEDLINE e SciELO dos

últimos 15 anos, observamos crescimento significativo de artigos sobre Saúde da Família/*Family Health* delimitado no Brasil. De 1993 a 1997, são citadas 325 publicações aumentando para 1.244 no período de 1998-2002 e chegando a 2.205 de 2003 a 2007.

No campo da gestão, por outro lado, muitos movimentos foram feitos no sentido do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. A criação do Departamento de Atenção Básica (utilizarei o termo Atenção Básica como sinônimo de Atenção Primária à Saúde, conservando o termo atenção básica somente na nomenclatura da estrutura e regulamentações do Ministério da Saúde) no Ministério da Saúde institucionalizou uma prioridade política. Esse processo se refletiu nos estados e municípios que reformularam seus organogramas, potencializando o papel articulador e estratégico da Atenção Primária à Saúde, passando a congregar várias iniciativas que compõem o seu escopo. Em dez anos, as coordenações de agentes comunitários e de saúde da família, que apareciam como áreas ou programas, sem significado político-estratégico, modificaram seu status, e, atualmente, em 20 das 27 Secretarias de Estado de Saúde, a Atenção Primária à Saúde encontra-se no primeiro ou segundo escalões de governo.

Nesse contexto, a proposta de institucionalização da avaliação na atenção básica, a que se refere a autora, é parte desse movimento incremental de construção da Atenção Primária à Saúde. A preocupação com a avaliação, por parte da direção do Departamento de Atenção Básica, já havia estimulado a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), proposto como ferramenta para apoiar os gestores e as equipes, bem como a criação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, ainda na década de 90. O PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, na década seguinte, viabilizou recursos financeiros para ampliar esse movimento, permitindo que várias instituições acadêmicas, anteriormente apartadas do tema e que não tinham a Atenção Primária à Saúde e a saúde da família em sua agenda de prioridades, pudessem iniciar movimentos de aproximação com a mesma. Ainda assim, o tema ainda não consta da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde e, tampouco, vem constando nos eixos temáticos dos congressos do campo da Saúde Coletiva.

Um marco para o avanço da Atenção Primária à Saúde no Brasil foi a publicação da *Política Nacional de Atenção Básica* – PNAB⁹. A discussão de uma revisão normativa da Atenção Básica e da Saúde da Família se arrastou por vários anos pelo receio que a mesma pudesse comprometer os princípios fundamentais da estratégia em cur-

so. A PNAB, publicada em 2006, levou a revogação de 27 Portarias que, desde 1997, promoviam adequações normativas na operacionalização da atenção básica. A partir dessa norma, tomou-se a decisão política de chamar a saúde da família de uma estratégia nacional e não mais um programa, buscando dar uma dimensão ampliada à Saúde da Família.

Como destacou a autora, uma confluência de fatores parece explicar a emergência do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Adiciono e reforço algumas questões que considero relevantes na expansão e consolidação da saúde da família.

A primeira delas é o compromisso de prefeitos, e outros atores políticos, independente da coloração partidária, os quais têm, como um dos motivadores principais, o retorno político eleitoral. As pesquisas de opinião que avaliam a expansão da Saúde da Família e seu reflexo na avaliação da gestão municipal existem e demonstram que a boa avaliação do programa feita pela população se reflete positivamente na avaliação dos governos.

O compromisso político refletiu-se na garantia de financiamento federal perene, implantado, a partir de 1998, com a introdução do Piso de Atenção Básica. Mesmo com o Piso de Atenção Básica, os municípios são os responsáveis pela maior parte do financiamento. A adesão dos estados ao financiamento da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família é tardia, mas incentivos específicos já estão implantados em mais da metade dessas unidades federadas.

A normatização de infra-estrutura para as unidades de saúde da família, com uma equipe mínima nacional e com ações e atividades propostas, foi outra importante questão no desenvolvimento da Saúde da Família. Apesar das críticas feitas à impossibilidade de uma norma nacional atender as diferentes realidades do país e do engessamento operacional a que são submetidos estados e municípios diante das normativas ministeriais, no caso específico da saúde da família, a parametrização apontada ajudou a viabilizar o cunho nacional da estratégia.

A criação e manutenção de um corpo técnico tanto na esfera federal como nas outras esferas de governo, capitaneado pelo Ministério da Saúde, que foi acumulando conhecimento e poder político e se consolidando como um novo espaço na construção do SUS, é outro fator do sucesso da estratégia. Em estudos de casos de experiências exitosas no Brasil, a parceria do Ministério da Saúde com lideranças de municípios foi considerada um dos fatores cruciais para o sucesso das mesmas. Por outro lado, é destacada a ausência das universidades nessas experiências¹⁰.

Nesse sentido, é importante que o Brasil avance na construção do campo de conhecimento e de prática da Atenção Primária à Saúde, ainda pouco explorado pela academia brasileira, deixando, ao largo, preconceitos e idéias pré-formatadas, como a dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990.

No encerramento do debate, aponto o desafio da avaliação nas duas vertentes citadas pela autora: da profusão e da comunicação. A profusão poderia ser minimizada com uma maior aproximação e participação efetiva dos serviços e gestores na elaboração das questões e desenhos dos estudos. Isso ajudaria na comunicação dos resultados e na realização de intervenções e mudanças, pois a integração prévia dos grupos acadêmicos e dos serviços permite uma sensibilidade para uma posterior intervenção.

Destacaria, ainda, que os avanços conquistados pelo Brasil na Atenção Primária à Saúde, nos últimos anos, são substanciais, e que o fato de o Brasil estar hoje numa posição de liderança do tema no cenário mundial se deve, essencialmente, à decisão e ao compromisso político dos governos e da sociedade de investir na superação do desafio de construção de uma estratégia nacional para um país continental.

1. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2005.
2. Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).
3. Testa M. Atenção primária (ou primitiva) de saúde. In: Testa M, organizador. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992. p. 160-74.
4. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p. 29-47.
5. Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993. Investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1993.
6. Misoczky MC. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos do SUS. Saúde Debate, 1994; 42:40-4.
7. Franco T, Merhy EE. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública. v. 2. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1999. p. 145-54.
8. Campos FE, Belisário SAA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface Comun Saúde Educ 2001; 5:133-42.

9. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, 4).
10. Goulart F. Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 2007.

*Ligia
Giovanela*

*Escola Nacional
de Saúde Pública
Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo
Cruz, Rio de Janeiro,
Brasil.
giovanel@ensp.
fiocruz.br*

Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?

O debate internacional e nacional sobre estratégias de Atenção Primária à Saúde foi intensificado na última década, e medidas para fortalecê-la fazem parte das reformas de saúde em diversos países europeus e latino-americanos, sendo assim muito bem-vindo o ensaio de Eleonor Minho Conill.

A partir de revisão de literatura internacional sobre casos específicos e selecionada análise de estudos recentes sobre a atenção básica/atenção primária no Brasil, a autora discute a trajetória da atenção primária enquanto política de reforma setorial. Descritos de forma clara e sintética, destacando os elementos centrais para a análise, os casos internacionais estudados, Canadá e Reino Unido, exemplificam experiências de países nos quais a atenção primária foi foco de um processo reiterado de reformas e permitem sinalizar as trajetórias da Atenção Primária à Saúde em países de industrialização avançada. A autora aponta, com fundamento, uma tendência nas reformas em saúde mais recentes de fortalecimento da atenção primária e de integração da rede assistencial. Para o Brasil, sua análise destaca resultados, condicionantes e desafios para a política de Atenção Primária à Saúde.

Atenção primária em saúde é termo que envolve distintas interpretações, como apontado pela autora que identifica duas concepções predominantes: cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. Todavia, as concepções seletiva e ampliada de atenção primária subentendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas com conseqüências diferenciadas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde, e valeria distingui-las apontando três interpretações principais. Uma primeira, mais comum em países europeus, como discutido pe-