

## Gestão da atenção básica nas cidades

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Gestão da atenção básica nas cidades. In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 49-78. ISBN 978-85-232-1177-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# Gestão da atenção básica nas cidades<sup>1</sup>

Este capítulo apresenta uma breve revisão sobre as noções de *atenção primária de saúde* (APS) e de *atenção básica de saúde* (ABS), tendo como referência as políticas de saúde implementadas no Brasil nas últimas décadas. Seu objetivo é discutir algumas questões referentes à gestão da atenção básica de saúde (ABS) nas cidades e certas proposições para a sua consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS).

As reflexões elaboradas não derivam da experiência de um gestor nem de um estudo de caso de uma cidade cuja gestão da atenção básica fosse considerada exemplar ou problemática. Não se trata, portanto, da visão de um técnico municipal ou de um urbanista com um enfoque integral sobre o espaço urbano. A abordagem desenvolvida, a partir do campo disciplinar da *Política de Saúde*, busca contemplar o encontro de dois eixos: um *vertical*, que corresponde à formulação e implementação de políticas públicas de caráter nacional onde a condução do Sistema Único de Saúde (SUS) adquire proeminência para todo o país em função da Constituição de 1988 e da legislação federal (CONASEMS, 1990), ainda que mediada pelos pactos construídos com instrumentos normativos (BRASIL, 1993; 1996; 2001; 2002b); e um eixo *horizontal*, voltado para a análise da situação de saúde das cidades e possíveis intervenções, considerando a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade das condições de vida dos seus habitantes.

Nessa perspectiva, as intervenções referentes à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das populações

<sup>1</sup> Texto originalmente publicado em: OPAS/OMS. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Elias Rassi Neto & Cláudia Maria Borgus (Orgs.) – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).

que ocupam distintos territórios são pensadas na confluência desses dois eixos. O encontro pode ser representado por *modelos de atenção* compatíveis com a integração desses eixos (política nacional de saúde e análise da situação de saúde nas cidades) e disponíveis para a gestão da atenção básica, a exemplo das propostas de *vigilância da saúde, saúde da família e cidades saudáveis*. Procura-se, desse modo, “articular a dimensão política com as instâncias de decisão sobre a produção, distribuição e organização assistencial, no espaço onde tais políticas se concretizam: os serviços locais de saúde” (BODSTEIN, 1993, p. 9).

## Aspectos conceituais

A partir da difusão do corpo doutrinário da atenção primária à saúde (APS) três distintas concepções têm fundamentado as políticas e práticas de saúde no Brasil: a) APS enquanto programa de medicina simplificada ou “atenção primitiva de saúde” (TESTA, 1992); b) APS enquanto nível de atenção - primeiro nível, atendimento de primeira linha ou “atenção primeira e básica” (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996); c) APS enquanto componente estratégico da proposta de *Saúde para todos no ano 2000* (OPS, 1990).

A APS tem sido, também, reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de *distritos sanitários* (distritalização) e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 1990). Para Tejada de Rivero (1992), importa destacar o que não é atenção primária de saúde:

1. Não é uma forma primitiva, empírica e elementar de atenção – cuidado de segunda ou terceira categoria para os pobres – nem se sustenta somente em tecnologias que não incorporam os maiores avanços do desenvolvimento científico;
2. Não é uma ação exclusiva dos serviços de saúde ou de algumas instituições desse setor, nem é um programa independente e paralelo às demais atividades de saúde;
3. Não é um nível de atenção dentro de um sistema de serviços de saúde nem se reduz ao que poderia considerar-se como o nível mais periférico;

4. Não se reduz à utilização de pessoal não profissional, nem pode circunscrever-se a membros da comunidade treinados para prestar uma atenção elementar (TEJADA DE RIVERO, 1992, p. 174).

Ao conceber a APS como *estratégia*, esse autor destaca seus princípios fundamentais (participação, descentralização, ação multisetorial e tecnologia apropriada), rejeitando a idéia de “uma cortina de fumaça paliativa e tendente a postergar reivindicações sociais em sociedade onde existem grandes desigualdades e injustiças” (TEJADA DE RIVERO, 1992, p. 174).

No entanto, no âmbito internacional, a atenção primária tem sido definida como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas” (STARFIELD, 2002, p. 28).

Recusando, também, a concepção de APS como assistência simplificada e de baixo custo para problemas simples de gente pobre, autores brasileiros enfatizam que as demandas neste nível “exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 36).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem utilizado a expressão *atenção básica* talvez para evitar a confusão com a concepção de APS correspondente à “atenção primitiva de saúde”. Desse modo, a *atenção básica de saúde (ABS)* tem sido definida no âmbito oficial, como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1998b, p. 11). Admite que “a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente” (BRASIL, 1998b, p. 11).

Constata-se, assim, um movimento em defesa da ABS, simultaneamente, como *primeiro nível de atenção* e como *estratégia de reorientação* do sistema de saúde. Pode-se concluir que a opção política expressa no discurso institucional reconhece a *atenção básica* como algo fundamental, primeiro ou primordial e não no sentido de elementar, simples ou reduzido, tal como o senso comum refere-se à “cesta básica” de alimentos.

Isto significa que a gestão da atenção básica ao tempo em que administra esse primeiro nível do sistema de serviços de saúde, deve conduzir a estratégia

de reorientação de todo o sistema buscando uma atuação intersetorial. Trata-se, portanto, de uma *administração estratégica* requerendo o desenho de instrumentos que permitam identificar todos os conjuntos sociais e os problemas de saúde, a atenção à toda a população que vive em sua área de intervenção, a gerência de todos os recursos que se encontrem nessa área, além da capacidade técnica, poder decisório, democratização e participação social ampliada no nível local (OPS, 1992).

A gestão da atenção básica, nessa perspectiva, pode ser entendida como uma forma de relacionar os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema (OPS, 1992, p. 48).

A gestão da atenção básica nas cidades, por sua vez, implica analisar o espaço urbano utilizando como categoria de análise não o território em si, mas o território-processo ou o *território utilizado* (SANTOS & SILVEIRA, 2001). Como chamam atenção esses autores, “quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política” (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p. 247). Portanto, o caráter histórico desse espaço torna-o um “território vivo” onde se expressam interesses, divisão do trabalho, localização de capitais, movimentos sociais, residências de pessoas, lazer, cultura e poderes diversos. E o caráter estratégico da gestão da saúde no nível local procura levar em conta a ação humana, enquanto trabalho e política, voltada para o êxito, mas também a ação comunicativa, orientada para o entendimento e para a intersubjetividade (RIVERA, 1995; GALLO, 1995).

Nessa perspectiva, *oficinas de territorialização* que permitam recuperar fragmentos da história e da cultura de grupos sociais que ocupam diferentes lugares do espaço urbano (VILASBÔAS, 1998) e *oficinas de trabalho* que possibilitem realizar análises de situação de saúde, formular proposições (BAHIA, 1987) e elaborar um orçamento participativo, constituem, além de tecnologias de gestão, momentos de sociabilidade e de invenção de novos modos de pensar e agir em saúde.

Entre as características da urbanização brasileira destaca-se a criação da pobreza (SANTOS, 1993). Pensar as cidades em tempos de globalização implica reconhecer os novos pobres no meio da nova riqueza. Assim, amplia-se

a variedade de tipos econômicos, culturais, religiosos e lingüísticos, multiplicam-se os modelos produtivos, de circulação e de consumo, segundo qualificações e quantidades, e também aumenta a variedade de situações territoriais [...]. Nessas condições, a metrópole está sempre se refazendo: na forma, na função, no dinamismo e no sentido. Essa riqueza do inesperado constitui a possibilidade de construção de novos futuros (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p. 287).

## Contextualização

A atenção primária de saúde (APS) passou a ter mais visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS), realizada em 1980. Antes desse evento, a APS restringia-se às experiências da medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura (PECS) das décadas de 1960 e 1970 (PAIM, 2002).

A VII CNS, cujo tema central foi “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos” (CNS, 1980), representou um momento privilegiado para a discussão das propostas da Conferência de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde (BRASIL, 2001b). Contou, inclusive, com a presença do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, repetindo questões levantadas em Alma-Ata, indagou aos participantes se estavam “dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade?” (MAHLER, 1980, p. 14). Na oportunidade, o governo federal anunciou a criação do *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE) no sentido de integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência Social na prestação de serviços, juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Apesar de o PREV-SAÚDE não ter sido implantado, parte do corpo doutrinário da APS continuou inspirando, no Brasil, certas políticas de saúde a exemplo dos programas especiais do Ministério da Saúde e das tentativas de descentralização dos serviços de saúde na década de 1980, com destaque para as Ações Integradas de Saúde (AIS). Diante das limitações dessas iniciativas, a atenção básica não foi enfatizada nas proposições elaboradas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (PAIM, 2002).

Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 1990 (BRASIL, 1993b), a APS retornou a agenda política. O PACS, um programa especial nascido no Governo Collor, tinha

como finalidade estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e às periferias urbanas voltando-se, especialmente, para o grupo materno-infantil (BRASIL, 1994a). Foi criticado na época por traduzir uma política de focalização prescrita por organismos internacionais, além de ir na contra-mão da construção de um SUS universal, igualitário e integral.

A partir de 1993, o programa ampliou seus objetivos para que o agente comunitário fosse capaz de articular os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre suas atribuições, o desenvolvimento de ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo nos níveis individual e coletivo (BRASIL, 1994b).

Na segunda metade da década de 1990, o PACS foi acoplado ao Programa Saúde da Família (PSF), enquanto o governo federal lançava o documento “1997: o ano da saúde no Brasil” destacando a prevenção, com ênfase no atendimento básico, e apresentando a *saúde da família* como o novo modelo assistencial do SUS (BRASIL, 1997). A implantação da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) e a adoção do Piso da Atenção Básica (PAB)<sup>2</sup> possibilitaram um reforço da atenção básica e a expansão do PSF (BRASIL, 1998a). A NOB-96 previa duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: *gestão plena da atenção básica* e *gestão plena do sistema municipal* (BRASIL, 1998a).

No caso do Programa de Saúde da Família (PSF), foi dirigido para a atenção básica e implantado mediante equipes voltadas para uma população adscrita de 600 a 1000 famílias e compostas por médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários, podendo ser acrescidas de odontólogos, assistentes sociais, psicólogos etc. (BRASIL, 1998b).

A partir da NOAS-01, as principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pelas equipes de saúde da família (ESF) são: ações de saúde da criança e da mulher; controle de hipertensão, diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001c).

## **Atenção básica nas políticas de saúde do Ministério da Saúde**

A discussão sobre gestão da atenção básica e modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância na formulação de políticas de saúde no Brasil. Assim, a NOB-96 concebia para o SUS “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (BRASIL, 1998a, p. 12).

Além de propugnar por ações intersetoriais, essa norma defendia “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde” (BRASIL, 1998a, p. 13).

Depois de implantado o PAB, contendo um valor fixo e uma parte variável destinada ao incentivo de intervenções como Ações Básicas de Vigilância Sanitária, PACS/PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais, vigilância epidemiológica etc., o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as orientações para a organização da atenção básica, através da Portaria n° 3.925/GM de 13 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998a).

O PSF tem sido visto como *estratégia* para a reorientação do modelo de atenção, além de constituir-se em *porta de entrada* do sistema municipal de saúde. Prevê a participação da comunidade em parceria com as equipes na discussão dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento e na avaliação. Considera um erro ser imaginado como serviço paralelo, com equipes responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção de doenças, “enquanto a assistência curativa continua sob a responsabilidade de outros profissionais do modelo anterior” (BRASIL, 2001a, p. 60).

Na avaliação da implantação e funcionamento do PSF, constatou-se que 71% dos coordenadores estaduais consideram o programa como uma estratégia de reorganização da atenção básica, embora apresentando as seguintes limitações: falta de entendimento dos gestores, alta rotatividade dos secretários municipais e estaduais de saúde, infra-estrutura precária das Unidades de Saúde da Família, dupla militância de médicos, condições de trabalho e vínculos empregatícios precários, insuficiência de profissionais, formação inadequada e dificuldade institucional de absorver o novo modelo (BRASIL, 2000b).

Presentemente, encontram-se em atividade 16.000 equipes de saúde da família, abrangendo mais de 55 milhões de brasileiros (Saúde, BRASIL, 2003). A análise da implementação do PSF, enquanto política pública, durante a década de 1990 aponta para perspectivas promissoras, a despeito das dificuldades verificadas tendo em vista restrições do financiamento e ambigüidades dos diferentes governos. Apesar da precariedade das relações de trabalho, alguns estudos apontam para um comprometimento dos profissionais com o PSF, “associado a sentimentos de satisfação social, apego, envolvimento



ligado a razões morais, quando consideram seu trabalho uma atividade de responsabilidade social, um dever a ser cumprido” (SCALDAFERRI, 2000).

Outros reconhecem o PSF enquanto “proposta contra-hegemônica em maturação”, apresentando fragilidades (SILVA, 2002). A autora realiza uma análise da natureza das atividades das equipes do PSF, seja no planejamento e gestão, seja na promoção, proteção, assistência e reabilitação da saúde. Em outras palavras, a pesquisa indica os avanços alcançados pelo PSF, no caso concreto investigado de Vitória da Conquista (BA), no que se refere à realização de atividades voltadas para o *controle de riscos e de danos* e à insuficiência das ações de *controle das causas* dos problemas de saúde. Portanto, os acúmulos sócio-políticos e a “pedagogia do exemplo” desta iniciativa, não obstante os seus percalços, parecem contribuir, via ação política, para a reorientação do sistema e redefinição das práticas de saúde (GOULART, 2002).

## **Gestão da atenção básica**

A gestão da atenção básica tem utilizado um conjunto de ferramentas resultantes de normas técnicas e administrativas emanadas da direção nacional do SUS e pactuadas, na maioria das vezes, com as instâncias estadual e municipal através da Comissão Inter-gestora Tripartite (CIT). A partir dessas iniciativas, alguns instrumentos e procedimentos têm sido propostos, tais como cadastro e implantação do Cartão SUS, adscrição de clientela, referência para assistência de média e alta complexidade, acompanhamento, avaliação e “estratégia de saúde da família” (BRASIL, 2000a).

De acordo com a NOB-96, os municípios teriam responsabilidades na gestão da atenção básica, tais como: desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde; desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação; desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária; administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica; e fortalecimento do controle social no município (BRASIL, 2000a).

A NOAS-SUS 01/2001, atualizou as condições de gestão do NOB-96, definiu prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, propôs a formulação de plano diretor de regionalização e a qualificação das microrregiões

na assistência à saúde, além de recomendar a organização dos serviços de média e alta complexidade. A NOAS-02 manteve as duas modalidades de habilitação previstas pela NOAS-01 para a gestão dos municípios: *Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA* e *Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM* (BRASIL, 2001c; 2002b).

Além dessas normas, existe o *Pacto da Atenção Básica* que permite, desde 1999, a realização de uma espécie de “contrato de gestão”, pautado em indicadores selecionados e em negociação de metas, bem como o estabelecimento de processos sistemáticos de acompanhamento e de avaliação. Desse modo, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica “inaugura no cotidiano da gestão do SUS uma nova prática que vincula a organização de ações e serviços de saúde à análise do desempenho de indicadores de saúde selecionados” (BRASIL, 2000a, p. 2) no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Ao definir as responsabilidades de cada uma das instâncias gestoras, o Pacto da Atenção Básica integra-se à Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>3</sup>, que pretende “estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS” (BRASIL, 2002b, p. 18). Este Pacto, com seus respectivos indicadores, tem sido renovado a cada ano mediante portarias (Portaria n° 779 de 14/7/2000). Além disso, tem sido discutida com estados e municípios a *Agenda Nacional de Saúde*.<sup>4</sup>

O desenvolvimento dessas ferramentas parece constituir passos relevantes para a gestão da ABS (SAMPAIO, 2003). Entretanto, a utilização de todas as potencialidades dessas tecnologias de gestão fica, em parte, na dependência da capacitação técnica das equipes municipais e do compromisso político dos dirigentes em relação ao SUS.

## **Análise da situação atual da gestão da atenção básica nas cidades**

Não obstante os esforços mencionados no tópico anterior, a gestão da atenção básica encerra um conjunto de problemas a exigir análise e encaminhamento.<sup>5</sup> O fato de a assistência hospitalar/urgência/emergência ter ganho maior proeminência, face à visibilidade que adquire na mídia em função de pacientes graves sem acesso ao sistema, não deve obscurecer os desafios postos para a gestão da atenção básica.

Nesse particular, merecem ser mencionados os desafios referentes à complexidade do perfil epidemiológico, recursos humanos (relações de trabalho, qualificação, compromisso, remuneração etc.), gestão participativa, financiamento, intersetorialidade, equidade, eficiência, entre outros. Apesar da relevância desses desafios, três problemas serão destacados para discussão na situação brasileira: o desprestígio da análise da situação de saúde, o viés do planejamento agregado e normativo, e a segmentação do sistema de saúde. Ainda que tais problemas não apresentem a mesma estatura daqueles desafios têm, no entanto, a possibilidade de diálogo com os mesmos, e assim possíveis soluções levantadas para algumas partes poderiam influenciar o todo.

### **a) Desprestígio da análise da situação de saúde**

A análise da situação de saúde corresponde ao momento explicativo do processo de planificação/gestão. A partir desse momento, podem ser identificados os problemas de saúde (riscos e danos), examinado o perfil demográfico e suas tendências, realizado o balanço entre demanda e oferta de serviços de saúde e discutidas as necessidades na situação atual. A explicação dos problemas e a busca dos determinantes das necessidades de saúde conferem maior racionalidade na análise da situação, oferecem elementos para a configuração de prognósticos ou cenários (KNOX, 1981) e permitem vislumbrar certas oportunidades para a ação. Apesar de alguns esforços esparsos de institucionalização do planejamento como ferramenta de gestão (PAIM, 2002) e não obstante a exigência legal de elaboração de planos municipais de saúde, constata-se um progressivo desprestígio da análise da situação de saúde.

Assim, as necessidades de saúde que requerem ações individuais e coletivas visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos, bem como as de proteção e promoção da saúde, não têm sido dimensionadas para melhor planejar e organizar a atenção básica. Os problemas de saúde que constituem a demanda por serviços de ambulatório, apoio diagnóstico e terapêutico, urgência/emergência e assistência hospitalar têm sido pouco investigados para orientar a oferta. Desse modo, as doenças e agravos que se distribuem na população nem sempre são consideradas para o estabelecimento de prioridades ou mesmo para fundamentar as intervenções. A utilização da epidemiologia na planificação da atenção à saúde (KNOX, 1981) passa a ser supérflua, cumprindo apenas o ritual de apresentar certos indicadores no capítulo diagnóstico dos planos de saúde. As recentes propostas de elaboração de agendas de saúde (nacional, estadual e municipal) ainda não modificaram tal situação.

A ausência de um sistema de informação que forneça indicadores de necessidades e cobertura/utilização de serviços de saúde restringe a análise dos problemas. A inexistência de indicadores que apontem tais necessidades ou mesmo as *demandas real e potencial*, considerando a população residente nos diversos lugares da cidade e o fluxo adicional de pessoas de outros municípios ou estados que buscam serviços de saúde de grandes centros urbanos, compromete o processo decisório referente à condução dos sistema de saúde e, em particular, a gestão da atenção básica.

Até o sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), montado sob uma lógica *inampsiânica* vinculada a procedimentos e produtividade, tem sido pouco utilizado para fins de planejamento. Este sistema encontra-se atualmente em declínio, pois a implantação do PAB, viabilizando repasses financeiros globais em vez de pagamentos por procedimentos, teve como efeito colateral o abandono do SIA-SUS por parte de certos gestores municipais (SAMPAIO, 2003).<sup>6</sup>

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), inicialmente concebido para o acompanhamento do PACS/PSF, inclui diversos indicadores (demográficos, sociais, cobertura do PACS e PSF, morbidade, mortalidade, difusão de práticas preventivas e de utilização de serviços), além de contemplar as dimensões de *território*, *micro-localização* de problemas e *responsabilidade sanitária*. Abrange diversos níveis agregação - micro-área em que residem 150 a 250 famílias cobertas por agentes comunitários, território com 600 a 1000 famílias vinculadas à equipe de saúde da família (ESF), segmento, estado, regiões e país. Este sistema tem sido objeto de propostas de reformulação no sentido de contemplar todas as unidades básicas de saúde e não apenas aquelas de saúde da família, podendo contribuir para “identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais” (BRASIL, 2000a, p. 22).

Apesar da sua importância e dos indicadores que produz, esses sistemas de informação não são suficientes para uma análise da situação de saúde que contemple tanto os *problemas do estado de saúde* da população quanto os *problemas dos serviços de saúde*. Portanto, o planejamento presentemente realizado por intermédio da PPI, embora tenha alcançado indiscutível progresso, ainda mostra-se deficiente para aferir necessidades e demandas, restando para muitos gestores apenas uma impressão geral sobre a *insuficiência na oferta* da atenção básica.

## **b) Viés do planejamento agregado e normativo**

Além da insuficiência de informações, o próprio enfoque do planejamento utilizado compromete a racionalização da oferta da ABS, pois, normalmente, toma como “objetos” uma população supostamente homogênea da cidade e uma rede de serviços aparentemente comungando os mesmos objetivos e interesses. Este viés do planejamento agregado e normativo negligencia a heterogeneidade estrutural que segmenta a população em classes sociais com distintos poderes econômico, político, cultural e simbólico, bem como a apropriação e a ocupação diferenciadas do espaço urbano (SILVA *et al.*, 1999), de um lado, e a distribuição desigual dos poderes técnico, administrativo e político (TESTA, 1992) nos serviços de saúde, de outro.

As desigualdades sociais que resultam desses determinantes estruturais produzem perfis epidemiológicos diversos segundo as condições de vida dos diferentes segmentos sociais (PAIM, 2000), assim como padrões de consumo de bens e serviços de saúde bastante diferenciados. Se o planejamento ignora as desigualdades em saúde, enquanto expressão de desigualdades sociais, deixa de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população que ocupam o espaço urbano, perdendo, conseqüentemente, a sua relevância. Propostas alternativas como as *idades saudáveis*, *promoção e vigilância da saúde* (TEIXEIRA, 2002), apesar de mencionadas em documentos técnicos e oficiais (BRASIL, 1996; RADIS, 2000; BRASIL, 2002a) e desenvolvidas em alguns municípios, não chegaram a constituir políticas para o conjunto das cidades brasileiras.

Do mesmo modo, o planejamento encontra obstáculos para a racionalização pretendida no que tange à organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde com mecanismos formais e eficientes de referência e contra-referência<sup>7</sup>, quando negligencia os diagnósticos estratégico e ideológico no âmbito do setor e não desenvolve um pensamento estratégico que apreenda as contradições e estabeleça cursos de ação para contornar os impasses, seja na oferta, seja na demanda.

Do lado da oferta, os hospitais integrantes dos SUS funcionam de modo autárquico<sup>8</sup>, pouco se preocupando com o que ocorre na rede básica, na maioria das vezes com serviços redundantes nos seus ambulatórios<sup>9</sup> a ponto de hospitais universitários atenderem casos simples de infecção respiratória aguda, diarreia e escabiose. Se esta inserção não solidária no sistema de serviços de saúde já se fazia na época do SUDS e das AIS (CARDOSO, 1988), a situação agravou-se com a lógica de produtividade inoculada pelas

AIH e demais mecanismos de remuneração dos hospitais públicos, semelhantes aos dos serviços privados contratados pelo SUS.

Do lado da demanda, evidências reforçam o pressuposto de que “o acesso real não ocorre em função de uma hierarquização formal idealizada, mas, pelo contrário, da utilização de diversas estratégias que a população utiliza, em face dos constrangimentos impostos pela precariedade da oferta” (BODSTEIN, 1993, p. 12).

### **c) Segmentação do sistema de saúde brasileiro**

Ainda que seja possível enfrentar os problemas relativos à análise da situação de saúde e ao planejamento de grandes agregados nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional do SUS, mediante a incorporação de propostas alternativas de atenção e da planificação estratégica e situacional (TEIXEIRA, 2002), o mesmo não ocorre com o problema da segmentação do sistema de saúde brasileiro. Nesse caso tem-se uma questão política bastante complexa, social e historicamente determinada. Assim, cabe reconhecer as diferentes modalidades assistenciais que mantêm paralelismo de ações e relações competitivas, parasitas ou predatórias com o SUS. Trata-se de modalidades assistenciais vinculadas ao “sistema de assistência médica supletiva” (SAMS), tais como a medicina de grupo, o seguro-saúde e outros “planos de saúde”, e aquelas vinculadas ao desembolso direto (medicina liberal e certas empresas médicas).

Apesar da denominação Sistema Único de Saúde, podem ser constatados nas grandes cidades brasileiras três “sistemas”: o SUS (público), o SAMS (pré-pagamento) e o da chamada “medicina liberal” (desembolso direto). Alguns autores chamam a atenção para a “perversidade que a manutenção dos três sistemas separados induz pela existência de subsídios cruzados entre eles e pela sustentação, ainda que parcial, dos sistemas privados com base em renúncias fiscais e contributivas” (MENDES, 1998, p. 42).

A mera existência dessas modalidades assistenciais do setor privado em saúde produz efeitos simbólicos ao insinuar maior qualidade, amenidade, agilidade e conforto aos pacientes, em contraposição aos serviços públicos. Esse sistema, voltado para subespecialidades médicas, compromete a equidade já que “os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles” (STARFIELD, 2002, p. 21). Além disso, a oferta desordenada de assistência

médica ambulatorial desse setor privado dificulta a realização do planejamento e da programação local em saúde e favorece a concentração de atendimentos a uns indivíduos em detrimento de outros.

Apesar de a lei 8080/90 estabelecer a regulação em saúde para todo o sistema de saúde e não apenas para o subsistema público (SUS), a sua regulamentação, mediante normas operacionais e assistenciais, não contemplou as modalidades assistenciais supostamente autônomas por referência ao SUS (SAMS ou serviços não-SUS). Os planos municipais e estaduais de saúde e a vigilância sanitária que poderiam orientar, pelo menos, a instalação e funcionamento de estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios, consultórios, clínicas, ambulatórios etc.) não têm prestado atenção para o pleno cumprimento da lei. Esqueceram-se do preceito constitucional segundo o qual os serviços de saúde são de relevância pública, apesar de serem livres à iniciativa privada.

Até mesmo a Lei dos Planos de Saúde e a própria criação da Agência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002c), nascidas sob o modismo da regulação, não regularam adequadamente a oferta de serviços de saúde e, em particular, a ABS nessas modalidades assistenciais não-SUS.

Esses fatos tornam a gestão da atenção básica muito complexa, sobretudo por não poder se descolar dos outros níveis do sistema do mesmo modo que os municípios não conseguem prescindir das instâncias de gestão estadual e nacional do SUS. Assim, ao lado da engenharia política necessária à implementação da descentralização da gestão em saúde face às características do federalismo brasileiro, o gestor da atenção básica participa de negociações penosas para compra de serviços no setor privado contratado pelo SUS e tem fora de sua governabilidade a assistência médica supletiva. Resolver essa equação, composta por elementos extremamente contraditórios representa uma das questões centrais da gestão da atenção básica nas grandes cidades brasileiras.

## **Questões para a gestão da atenção básica**

Pensar a atenção básica nas grandes cidades brasileiras, portanto, requer levar em consideração duas questões que continuam a produzir fatos negativos para ABS em situações concretas: o aprofundamento das *desigualdades sociais* entre os diferentes segmentos populacionais que ocupam distintamente o espaço

urbano; e a *segmentação do sistema de saúde* brasileiro com superposição de consumo entre diversas modalidades assistenciais para as classes alta e média e dificuldades de acesso ou exclusão para os mais pobres.

No primeiro caso, caberia examinar os diferenciais intra-urbanos da mortalidade, morbidade e riscos enquanto expressão das desigualdades de saúde. Estas representam a face fenomênica das iniquidades sociais a serem investigadas pela economia política da cidade (SANTOS, 1994). Na realidade, as iniquidades sociais constituem a essência das formas de produção e reprodução social nas cidades sob o capitalismo, tal como revelam diversos estudos sobre saúde e condições de vida. A própria constituição do espaço urbano, por sua vez, indica certos determinantes históricos e estruturais que conformam a distribuição espacial das populações, segundo condições de vida, e ajuda a analisar a situação de saúde e a explicar as desigualdades em saúde (PAIM, 1995). O estudo desse espaço, *território utilizado* ao longo da história, com seus *sistemas de objetos* e *sistemas de ações*, seus *fixos* e *fluxos*, “aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território” (SANTOS & SILVEIRA, 2001, 20).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro, instalada a despeito do SUS, reproduz as mesmas desigualdades observadas nas condições de saúde, dessa vez em relação ao acesso e qualidade da atenção. Propostas de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, tal como as contidas nas NOAS (2001 e 2002), e o fortalecimento da “estratégia de saúde da família”, apesar de inteligíveis pelo seu caráter racionalizador, estão longe de responder à segmentação dos sistema, sobretudo sem os investimentos necessários à expansão da rede pública e à remuneração adequada dos seus recursos humanos.

Este *apartheid sanitário* representa, portanto, o enigma a ser decifrado para a gestão da atenção básica, especialmente nas grandes cidades. Assim, a pergunta central é **como fortalecer processos de reorganização da atenção básica, mantendo o padrão de desigualdades e a segmentação do sistema de saúde por tempo indeterminado?** Evidentemente que questões como esta, ao permanecerem sem políticas públicas consistentes voltadas para a sua equação, configuram constrangimentos para o desenvolvimento da ABS na perspectiva da equidade, qualidade, efetividade e humanização.



## Proposições preliminares

As proposições e estratégias expostas a seguir constituem uma sistematização preliminar, sem proceder, por conseguinte, a análises de coerência, factibilidade e de viabilidade. Seu propósito é estimular uma reflexão capaz de propiciar debates e encaminhamentos políticos que favoreçam a consolidação da ABS nas grandes cidades. O Brasil já dispõe de um acúmulo de experiências inovadoras nas últimas décadas (ALMEIDA, 1989; SCHRAIBER, 1990; CECÍLIO, 1994; CAPISTRANO FILHO, 1995; TEIXEIRA & MELO, 1995; SCHRAIBER *et al.*, 1996; MERHY & ONOCKO, 1997; MENDES, 1998; Silva Jr, 1998; TEIXEIRA, 2002) que precisam ser valorizadas e difundidas no sentido de contribuir para a qualificação da gestão da atenção básica.

No que diz respeito à **análise da situação de saúde**, cabe reforçar o estudo da distribuição espacial de problemas de saúde com o objetivo de identificar grupos mais vulneráveis para a adoção de políticas públicas. Desde a constatação de uma distribuição extremamente desigual da mortalidade infantil entre diferentes distritos ou bairros em cidades como São Paulo, Porto Alegre e Salvador na década de 1980 aponta-se para a pertinência da utilização dessa abordagem na planificação e gestão. Tais investigações sobre *desigualdades em saúde* recuperaram os estudos ecológicos da epidemiologia para a planificação em saúde e possibilitaram a sua utilização pela mídia, organizações da sociedade civil e secretarias de saúde. Na Bahia, verificou-se o aproveitamento dos resultados dessas pesquisas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador no desenvolvimento dos seus programas entre 1993 e 1996 e na elaboração do Plano Municipal de Saúde (1997-2001) e pela Secretaria do Estado no caso do Plano Estadual de Saúde (1996-1999). Tais estudos (PAIM *et al.*, 1999; PAIM, 2000) revelam o caráter desigual da distribuição espacial das violências possibilitando compor “mapas do risco” de homicídios (NORONHA *et al.*, 1997). Desse modo, tornou-se possível “micro-localizar” o risco de morrer por essa causa e identificar os diferenciais intra-urbanos de mortalidade. O mapeamento das áreas de maior risco permite, portanto, uma maior atenção para as populações vulneráveis e a formulação de políticas públicas tendo em conta os espaços de ocorrência das violências e de residência das vítimas.

Portanto, a análise de informações desagregadas no espaço urbano pode ensinar, também, um planejamento desagregado e a organização da saúde no nível local (MENDES, 1998). No caso da gestão, caberia assegurar

a universalização da atenção básica ampliada, iniciando pelas áreas com piores condições de vida e saúde, enquanto se racionaliza a oferta dos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade) e se valoriza os mecanismos formais referência e contra-referência mediante um desenho estratégico.

O caminho a ser acionado seria o *cadastro amplo dos indivíduos e famílias para o cartão SUS*, por intermédio da *distritalização*. As iniciativas de organização de distritos sanitários em cidades como Salvador, Maceió, Natal, Fortaleza, Curitiba e São Paulo, entre outras (TEIXEIRA & MELO, 1995; SILVA JR, 1998), apesar de negligenciadas até recentemente pelo Ministério da Saúde, poderão ser recuperadas por processos inovadores de gestão da atenção básica. A metodologia a ser adotada seria semelhante à usada pelo IBGE nas pesquisas censitárias. Isto facilitaria procedimentos posteriores de geoprocessamento dos dados bem como a utilização de técnicas de análise espacial (Najar & Marques, 1998).

Diversas experiências têm sido acumuladas no Brasil com sistemas de informação geográfica (SIG) para a área de saúde (TASCA *et al.*, 1993; 1995; KADT & TASCA, 1993; FERREIRA & AZEVEDO, 1998; RIPSA, 2000) e precisam ser utilizadas mais amplamente como ferramenta de gestão da atenção básica. Entretanto, o alto custo e complexidade tecnológica de alguns desses empreendimentos não devem inibir a análise da distribuição espacial dos eventos de interesse para a saúde. Desde os estudos clássicos do jovem Engels sobre a situação da classe trabalhadora em Londres no início do século XIX podem ser constatadas as desigualdades em saúde e suas relações com as condições de vida, (PAIM, 1995), mesmo sem a utilização do computador...

No que concerne a uma alternativa ao **planejamento de agregados e normativo**, a *distritalização* pode ser considerada uma tática de reorientação de sistemas de saúde que considera a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade da situação de saúde segundo as condições de vida das populações inseridas nos distintos territórios. Requer no seu desenho estratégico o teste de modelos de atenção, epidemiologicamente orientados com ênfase na atenção básica, a exemplo da oferta organizada, das ações programáticas e, especialmente, a *vigilância da saúde*. O distrito sanitário não se restringe, portanto, a uma concepção topográfica e burocrática (MENDES, 1996). Ao contrário, quando a distritalização é acompanhada de propostas alternativas de modelos de atenção, verificam-se novas perspectivas para a gestão da atenção básica.

No caso da *vigilância da saúde*, trata-se de uma proposta reconhecida como uma via de reorganização da atenção básica (BRASIL, 2000a) na medi-

da em que orienta uma intervenção integral sobre distintos momentos do processo saúde-doença: os determinantes estruturais socioambientais, riscos e danos (PAIM, 1999). Assim, contempla a promoção da saúde, a prevenção de doenças e outros agravos e a atenção curativa e reabilitadora.

A proposta de *vigilância da saúde* transcende à idéia de *análise de situações de saúde* (monitoramento e vigilância da situação de saúde através da “inteligência epidemiológica”) ou a mera integração institucional das vigilâncias sanitária e epidemiológica. Ao contrário, apóia-se na ação intersetorial sobre o território e privilegia a intervenção, sob a forma de operações, nos problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos. A sua operacionalização se realiza mediante a microlocalização dos problemas de saúde, a apropriação de informações sobre território-processo por intermédio de “oficinas de territorialização” e utilização da Geografia Crítica e do planejamento e programação local de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

Se a perspectiva da gestão corresponde à da *vigilância da saúde* e não à primazia da assistência médica-hospitalar, pouco importaria se as pessoas com melhores condições de vida informassem que não pretendem “usar” o SUS<sup>10</sup>. Na realidade, elas poderão utilizar o SUS na urgência/emergência, nos procedimentos de alta complexidade, ou mesmo no atendimento domiciliar para idosos, pacientes com transtornos mentais e doenças crônicas. E ainda que não utilizem tais serviços, estarão sujeitas a surtos e epidemias a exigir ação coletiva (que também é SUS) bem como a ações de proteção a riscos, prevenção de danos e de promoção da saúde.

No caso da proposta referente às *idades saudáveis* contempla uma gestão governamental que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações ‘comunitárias’ no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (TEIXEIRA, 2002, p. 90-1).

Essa proposta, apoiada pela OMS a partir da década de 1980 vem sendo reconhecida como geradora de *políticas públicas saudáveis* com impacto positivo sobre a qualidade de vida nas cidades (FERRAZ, 1993). Alguns setores do Ministério da Saúde vêm estimulando o desenvolvimento da Promoção da Saúde e apoiando a estratégia do Município Saudável (RADIS, 2000; BRASIL, 2002a)<sup>11</sup>. De acordo com o Ministério, “um município começa a se

tornar saudável quando suas organizações locais e seus cidadãos adquirem o compromisso e iniciam o processo de melhorar continuamente as condições de saúde e bem estar de todos os seus habitantes” (BRASIL, 1999, p. 1)<sup>12</sup>.

O movimento das cidades saudáveis pode potencializar a *ampliação progressiva do PSF*.<sup>13</sup> Assim o cadastro amplo sugerido no início deste tópico deveria distinguir os segmentos da população totalmente usuários do SUS e aqueles apenas parcialmente usuários, qualificando os vários graus e níveis. O PSF seria mantido como a estratégia fundamental para tal proposição em face de sua compatibilidade com a vigilância da saúde e com a proposta das cidades saudáveis. No entanto, deveriam ser cogitadas algumas alternativas para os “sem família”, ou seja, os moradores de rua, crianças e adolescentes em situação de risco e até mesmo certos grupos de residentes em áreas sob o domínio do narcotráfico e demais organizações criminosas. Nesses casos, os procedimentos utilizados pelo PSF e pela vigilância da saúde teriam de ajustar-se, com criatividade e respeito à cidadania, às especificidades de cada contexto.

Num segundo momento poder-se-ia cruzar informações do cadastro para o Cartão SUS com as obtidas pelo IBGE nas *pesquisas da assistência médica e sanitária* e PNAD-saúde dimensionando necessidades, cobertura e utilização da ABS por diferentes segmentos sociais, e considerando as variáveis renda, educação e ocupação. Finalmente, seriam utilizados os dados produzidos pelo cadastro e pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), adotados pelo PACS/PSF (decorrentes da sua ampliação ou quase universalização) na perspectiva da *distritalização* e da *vigilância da saúde*.

Já que o SIAB e as equipes de saúde da família não cobrem toda a população, poderiam ser adotados certos parâmetros utilizados no aplicativo da PPI<sup>14</sup> (SAMPAIO, 2003) e modificados, progressivamente, considerando a experiência de implantação do SUS e do próprio SIAB. Este procedimento poderia, mediante aproximações sucessivas, calcular os investimentos necessários à ampliação da oferta da atenção básica, estimando as possibilidades de uso dos serviços da SAMS e da medicina liberal por certos segmentos da população.<sup>15</sup>

As informações obtidas por tais mecanismos orientariam a implantação de novas equipes de saúde da família (ESF), a instalação de unidades de saúde da família (USF), de ambulatórios e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que assegurassem a atenção básica ampliada (ABA). Daí a relevância do PSF: enquanto se montam serviços estruturados, podem ser criadas equipes de saúde da família (ESF) voltadas para necessidades e demandas.

A partir delas seriam estruturados serviços com outras lógicas, inclusive da oferta pública da atenção especializada. Esses elementos deveriam, necessariamente, compor o *plano diretor de investimentos*, articulado ao plano municipal de saúde, tendo em conta as experiências do *orçamento participativo* (OP).

Se o acesso e cobertura representam variáveis importantes para a ABS, torna-se imprescindível desagregar, o máximo possível, a produção de dados e informações no espaço urbano. Assim, a espacialização dessas informações entre distritos sanitários, bairros, zonas de informação, setores censitários e logradouros é fundamental para analisar a situação de saúde segundo as condições de vida da população e, sobretudo, para planejar a melhoria do acesso à ABS na malha urbana, considerando os *fixos* e os *fluxos* (SANTOS, 1997), tais como unidades de saúde, acesso físico, vias de transportes etc. Portanto, a ênfase no planejamento e programação local em saúde (TEIXEIRA, 1993) corresponde a uma via para o alcance de maior racionalização na oferta da ABS e, conseqüentemente, uma utilização mais razoável dos níveis secundário e terciário da atenção<sup>16</sup>. A experiência de Vitória da Conquista (BA) demonstra como a gestão da atenção básica, apoiada na distritalização, vigilância da saúde e saúde da família, pode reorganizar o sistema de saúde e assegurar o atendimento nos níveis secundário e terciário, incluindo central de marcação de consultas e procedimentos especializados com terminais funcionando em rede (BRIGHAM & RODRIGUES, 2000; GOULART, 2002).

Finalmente, cabe enfrentar a questão da **segmentação do sistema de saúde brasileiro**, tendo em vista o preceito constitucional segundo o qual a *saúde é livre à iniciativa privada* e, também, as restrições financeiras impostas à expansão do setor público de saúde.

Seria útil refletir, do ponto de vista jurídico, sobre as possibilidades de regulação da ABS do setor privado mediante regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (CONASEMS, 1990) e da Lei nº 5536/98 (BRASIL, 2002c), seja por decreto presidencial ou portaria ministerial. Em caso positivo, seria estimulada a elaboração de projetos de lei nos níveis estadual e municipal sobre a matéria, além de pactuar novas normas, portarias e decretos a serem estabelecidos pelo nível federal que pudessem respaldar tais iniciativas. No que diz respeito ao desenho estratégico, essa regulamentação poderia ser realizada por etapas, iniciando com a ABS e concomitante à expansão do PSF nos centros urbanos. Em caso negativo, caberia elaborar projeto de lei no sentido de regular o mercado nessas modalidades assistenciais não-SUS, assim como

a oferta de serviços públicos de saúde (ABS, média e alta complexidade), inclusive no que diz respeito à importação, localização e instalação de equipamentos médico-hospitalares.

## Comentários Finais

As proposições acima formuladas no sentido de contribuir nos debates para superar o desprestígio da análise da situação, o viés do planejamento agregado e normativo, bem como a segmentação do sistema de saúde que incidem sobre a reprodução do *apartheid sanitário* brasileiro requerem, além de análise crítica e fundamentação técnica, a mobilização de vontades para a construção da sua viabilidade.

A gestão da atenção básica, portanto, não está imune aos grandes desafios postos para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. As dicotomias historicamente postas entre saúde pública e medicina, desde o século XIX, têm sido objeto de reflexão e de intervenção pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil. E a chamada rede básica de serviços de saúde atraiu para si distintos projetos tecno-assistenciais que competiram na condução das políticas de saúde nas diferentes conjunturas da República: *posições conservadoras* em que a assistência médica é vista sob a lógica do mercado e a saúde pública é destinada aos necessitados ou excluídos, mediante campanhas, programas especiais e educação sanitária em postos e centros de saúde; *posições reformadoras* que preservam a dicotomia assistência médica e saúde pública e apenas propõem uma rede básica como “porta de entrada” do sistema público de saúde; e as *posições transformadoras*, originárias do movimento sanitário e da 8ª CNS, ao postularem que a rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas (MERHY, 1997, p. 224).

A Constituição de 1988 ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, eleva-a como expressão da qualidade de vida. Desse modo, ou a questão saúde configura-se como *questão de Estado* e não apenas de governo, ou haverá grandes obstáculos para a superação dos seus impasses. Essas reflexões apontam para a tese segundo a qual a questão saúde no Brasil não pode ser enfrenta-

da exclusivamente por políticas setoriais. Enquanto qualidade de vida, a saúde deve mobilizar todas as pessoas, individualmente, e a sociedade, organizada ou não.

Na medida em que a atenção básica de saúde (ABS) não fique confinada aos antigos “pobres da cidade” (MONTANO, 1983) nem a gente pobre criada pelas grandes cidades junto ao desmantelamento do estado de bem-estar (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p. 287), a gestão da ABS terá de interagir com todo o sistema de saúde e com arranjos intersetoriais para garantir efetividade, qualidade, equidade e integralidade das intervenções. Assim, alguns autores têm mostrado a necessidade de “novas missões e papéis para esta rede básica, que se traduzem pela construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo” (MERHY, 1997, p. 198).

Algumas das reflexões e proposições esboçadas nos tópicos anteriores tiveram a preocupação de examinar certas vias para o cumprimento dessas “novas missões” da gestão básica, embora sem a pretensão de apresentá-las como uma norma dura capaz de ser adotada em todas as situações. Ao contrário, o recurso ao enfoque estratégico-situacional no planejamento participativo das ações de saúde, locais e intersetoriais, para a promoção da saúde e qualidade de vida, talvez seja um dos caminhos a explorar (TEIXEIRA & PAIM, 2000). Nessa perspectiva, a produção de conhecimentos e a cooperação técnica em políticas públicas, planificação e gestão podem fazer diferença no processo de formulação e de implementação de políticas de saúde e na mudança das práticas sanitárias em conjunturas que contem com governos democráticos, efetivamente comprometidos com a transformação social.

## Notas

<sup>2</sup> O PAB corresponde a um valor per capita, que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, deveria financiar a atenção básica da saúde (BRASIL, 1998).

<sup>3</sup> Entre os objetivos da PPI, destacam-se: a) garantir a equidade do acesso; b) explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS; c) consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação da política estadual de saúde e na regulação geral do sistema estadual de saúde; d) estabelecer processos e métodos que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada esfera de governo; e) consubstanciar

as diretrizes de regionalização da assistência à saúde; f) explicitar a programação dos recursos estaduais e municipais, respeitada a autonomia dos vários níveis de gestão e realidades locais (BRASIL, 2000a).

<sup>4</sup> A Agenda estabelece os seguintes eixos prioritários de intervenção: a) redução da mortalidade infantil e materna; b) controle de doenças e agravos prioritários; c) reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde (BRASIL, 2001d).

<sup>5</sup> Nesse particular, não se pode esquecer a grande variedade das cidades brasileiras. O país possui cerca de 5.500 municípios com grande diversidade de extensão, de população e de condições socioeconômicas. Se forem consideradas apenas as cidades com mais de 100.000 habitantes, elas passaram de 12 em 1940 para 101 em 1980 e 175 em 1996 (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p. 205).

<sup>6</sup> Existe, no entanto, um conjunto de indicadores para o acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados pelas normas em vigor tendo em conta os seguintes bancos de dados nacionais: a) Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; b) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; c) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; d) Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 1998b).

<sup>7</sup> Observou-se em São Paulo que “as unidades básicas atendiam a população e faziam seu encaminhamento, sem entrar no mérito de ter esta assistência se transformado ou não em ‘encaminhoterapia’; quando o paciente chegava aos serviços de referência, ou não recebia atendimento, ou, se atendido, os diagnósticos e tratamento preconizados nas unidades básicas não eram considerados” (HEIMANN et al., 1992, p. 151). Resultados semelhantes foram constatados na Bahia (CARDO-SO, 1988).

<sup>8</sup> “É na assistência médica especializada que a força do corporativismo se faz decisiva e os critérios de acesso mais ‘obscuros’. Trata-se de uma clientela construída pela própria prática médica. Destarte é nos hospitais especializados que sobressai o intercâmbio informal entre médicos, sobrepondo-se ao sistema de referência e contra-referência, formando verdadeiras clientelas cativas dentro do serviço público” (VELLOZO & SOUZA, 1993, p. 109).

<sup>9</sup> Estudo realizado em uma área de planejamento do Rio de Janeiro no início da implantação do SUS indicava uma “proporção de praticamente 50% entre o número de hospitais e de unidades ambulatoriais e, conseqüentemente, um enorme déficit de unidades básicas na área” (CARVALHO, 1993, p. 126).

<sup>10</sup> O ex-secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jorge Solla, lembrou que “o senso comum diz que o usuário do SUS está na população de baixa condição socioeconômica, enquanto sabemos que, hoje, o SUS é utilizado por toda a população. O que difere é o **quanto** você precisa utilizar e o **que** você precisa utilizar” (RADIS, 2003, p. 31).

<sup>11</sup> Entre as principais características desses municípios destacam-se: *iniciativa local com forte compromisso político; mobilização e participação comunitária; estrutura organizada e ações intersetoriais; diagnóstico de problemas e necessidades; liderança local reconhecida.*



<sup>12</sup> Essa estratégia teria as vantagens de apoiar processos de descentralização, fortalecer a participação social e o processo democrático, influir nas políticas públicas locais, incorporar a promoção da saúde na agenda de desenvolvimento local e de coadjuvar na reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1999).

<sup>13</sup> O secretário de Atenção à Saúde informou, recentemente, o propósito da expansão e qualificação da atenção básica, com investimentos apoiados pelo Banco Mundial para os próximos cinco anos e meio. No que se refere ao PSF, a meta seria implantar mais 4000 equipes em 2003 (Saúde, Brasil, 2003) e dobrar a população coberta em quatro anos (100 milhões de pessoas). Assim, pretende-se “requalificar a Atenção Básica, criando condições de maior resolutividade para o PSF, articulando o acesso de pacientes que precisarem da Atenção Especializada, melhorando e investindo em ações de qualificação de recursos humanos visando superar a precarização do trabalho na área da Saúde” (RADIS, 2003, p. 29).

<sup>14</sup> A partir de maio de 2001, a primeira versão eletrônica de um instrumento de programação elaborado pelo Ministério da Saúde foi colocada à disposição dos estados para subsidiar a elaboração da PPI juntamente com os municípios. “Este instrumento buscou relacionar e explicitar compromissos que iam desde a agenda nacional e agendas estaduais e municipais de saúde, o pacto da atenção básica, até a programação das ações propriamente ditas e relatórios de cunho gerencial. A programação iniciava-se pela atenção básica, seguindo para média e alta complexidade, programação hospitalar, do tratamento fora do domicílio – TFD, das órteses e próteses, enfim de todos os grupos que compõem as ações financiadas pelo SUS nos três níveis de governo” (SAMPAIO, 2003, p. 11-2).

<sup>15</sup> Uma das desvantagens atuais desse aplicativo da PPI reside no planejamento de agregados e normativo. Assim, o objeto de programação é a população do município e não os residentes de unidades menores como regiões administrativas, distritos sanitários ou bairros, tal como trabalha o *planejamento e programação local da vigilância à saúde*. No entanto, ao nível local, este aplicativo poderia ser complementado com os instrumentos elaborados por Silva (2002). Nesse estudo, a autora indica os avanços alcançados pelo PSF, no que se refere à realização de atividades voltadas para o *controle de riscos e de danos*, porém com insuficiência das ações de *controle das causas*. Os seis instrumentos elaborados servem ao planejamento e gestão do trabalho em Saúde da Família e, especialmente, para a supervisão das equipes e dos agentes das práticas de saúde. Mesmo reconhecendo a pertinência de considerar o trabalho vivo em ato e, portanto, as *tecnologias leves* como propõe Merhy (1997), que permitiriam a criatividade e a adequação às singularidades do real, não creio ser dispensável certo grau de padronização de condutas técnicas tendo em vista a meta de mais de 30.000 equipes de saúde da família no Brasil. Conseqüentemente, as atividades relacionadas nos seis instrumentos poderiam representar um embrião para o estabelecimento de normas técnicas para o trabalho das equipes e, como tal, balizamentos para a formação das equipes e para a educação permanente dos seus agentes. Nessa perspectiva, as universidades e serviços de saúde que integram os Pólos de Capacitação em Saúde da Família teriam muito o que contribuir para o salto de qualidade que requer o PSF tendo em conta a sua expansão no Sistema Único de Saúde.

<sup>16</sup> A partir do instrumento desenvolvido para a PPI foi possível proceder a estimativas e simulações, com parâmetros flexíveis para o cálculo automático das ações, inclusive de exames complementares para o cumprimento de protocolos de pré-natal, hipertensão e diabetes. Desse modo, torna-se possível calcular déficit de coberturas, além de programar diversas áreas. Na PPI/AB-2002 foram acrescentadas às 12 telas existentes mais duas: saúde do trabalhador e outras atividades (promoção e vigilância à saúde). A partir do diagrama de vigilância da saúde (PAIM, 1999) foi observado em 2001 que 60% das ações eram destinadas ao “controle de danos”, 38% ao “controle de riscos” e apenas 2% para o “controle de causas”. Este em 2002, representou a mudança mais expressiva, pois passou para 10% (SAMPAIO, 2003).

## Referências

- ALMEIDA C. M. de. *Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Serviços em Nível Local: 9 Estudos de Caso. Uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 1989. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10).
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde (1988-1991)*. Salvador: SESAB/Assessoria de Planejamento; 1987.
- BODSTEIN, R. (Org.) *Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS - 01/1993. *Inf. Epid. SUS*, Brasília, n. 49-73 (Número Especial), 1993a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação Qualitativa do PACS*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *PACS. Normas e Diretrizes*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96. *DOU*, Brasília, v. 2, n. 70, set 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *1997, o ano da saúde do Brasil: ações e metas prioritárias*. Brasília: MS, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2 ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: MS, 1998b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programas e Projetos: Promoção da Saúde e Município Saudável*. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 20 set. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SPS/DAB/CGPLAN. *Termo de Referência da Oficina de Avaliação da Atenção Básica*. 2000, Salvador. *Anais do 6o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília, 2000a*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: \_\_\_\_\_. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México*. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. NOAS –

- SUS 01/01 Brasília: Ministério da Saúde, 2001 c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 393 de 29 de março de 2001. *DOU* 2001 Mar 30(63), 2001 d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Promoção de Saúde*: documento de discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. NOAS – SUS 01/02. 2 ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução, e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002c.
- BRASIL C.; RODRIGUES, A. Vitória da Conquista: a estratégia está no nome. *Rev. Bras. de Saúde da Fam.*, Brasília, v. 1, n. 2. p. 12-9, 2000.
- CAPISTRANO FILHO, D. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CARDOSO DE ARAÚJO, E. A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. 210 fl. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.
- CARVALHO, M. R. de. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN R. (Org.). *Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- CECÍLIO, L. C. de O (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CONASEMS. *Sistema Único de Saúde* (Constituição Federal - Seção II; Lei Orgânica da Saúde n° 8080; Lei 8142; Decreto n° 99.438; Carta de Fortaleza). Porto Alegre: CONASEMS, 1990. (Publicações Técnicas, 2).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 41, p. 45-9, dez. 1993.
- FERREIRA, S. M. G.; AZEVEDO, P. C. V. de. Sistema de Informação para Tomada de Decisões em Saúde – SINTOMAS. Sistema de Informação Geográfico para Sistemas Locais de Saúde. In: MENDES, E. V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- GALLO, E. (Org). *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- GOULART, F. A. de A. *Experiências em Saúde da família: cada caso é um caso?* Tese Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
- HEIMANN L. S.; CARVALHEIRO, J. R.; DONATO, A. F.; IBANHES, L. C.; LOBO, E. F.; PESSOTO, U. C. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

KADT, E. de; TASCA, R. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo: Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde, 1993.

KNOX, E. G. *La epidemiologia en la planificación de la atención a la salud*. Mexico: Siglo XXI, 1981.

MAHLER, H. Discurso de Halfdan T. Mahler, Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. *Anais 7a Conferência Nacional de Saúde*; 1980, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

MENDES, E. V. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI JM, CAPOTE MIR, R. *Los sistemas locales de salud*. Conceptos, Métodos, Experiencias. Washington D.C.: OPS, 1990. (Publicación Científica, 519).

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

MENDES, E. V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MONTANO, J. *Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos: poder y política*. 4 ed. México: Editora, 1983.

NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (Org.). *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

NORONHA, C. V.; ALMEIDA, L. M. A. de; PAIM, J. S.; LANIADO, R. N. *Mapa de risco da violência: cidade de Salvador*. São Paulo: CEDEC, 1997.

OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. La administración estratégica. Washington: OPS/OMS, 1992.

OPS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud*. (Documento CD33/14, Resolução XV - XXXIII del Comité Directivo. Washington, D.C., 30 de septiembre de 1988). In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE MIR, R. *Los Sistemas Locales de Salud*. Conceptos, Métodos, Experiencias. Washington, D.C.: OPS, 1990. (Publicación Científica, 519).

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S. A epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde. *Acta Paul Enf*, São Paulo, v. 13, n. 2943, 2000 (Número Especial).

PAIM, J. S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N.; MASCARENHAS, J. C. S.; VIEIRA DA SILVA, L. M. Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia),

- Brasil. *Rev. Panamericana de Salud Pública/ Pan Am J Public Health*, Washington, v. 5, n. 321-332, 1999.
- RADIS (TEMAS). Cidades Saudáveis. *Radis Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 30, maio 2000.
- RADIS. Entrevista: Jorge Solla. *Radis Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29-31, abr. 2003.
- RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). *Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicada à saúde*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde, 2000.
- RIVERA, F. J. U. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- SAMPAIO, L. F. R. *Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica – PPI/AB, 2001/2002*. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- SANTOS, M. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SANTOS, M. *Por uma economia política da cidade*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão emoção*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SÁUDE BRASIL. *Medidas reforçam atenção básica*. *Saúde, Brasil, Brasília*, v. 84, n. 4-5, 2003.
- SCALDAFERRI, M. C. *O profissional faz acontecer. Comprometimento no trabalho: avaliando uma dimensão do Programa de Saúde da Família*. 133 fl. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.
- SILVA, A. da P. *A prática da equipe do Programa de Saúde da Família*. 100fl. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
- SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 187-97, 1999.
- SILVA, J. R. A. G. da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde, hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES R. B. (Org.) *Saúde do adulto*. Programas e ações da Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SCHRAIBER, L. B. ; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. C. (Org.) *Saúde do Adulto*. Programas e Ações da Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. di. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

TASCA, R. VILLAROSA, F. N. di; GREGO, C. A construção de um sistema de informação territorializado nos distritos de saúde de Campo Limpo e de Itaquera, SP. In: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. *Construindo Distritos Sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1995.

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*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. *Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1995.

TEIXEIRA, C. F. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TEJADA DE RIVERO, D. Salud Pública y atención primaria de Salud: una evaluación crítica. In: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, DC: OPS, 1992. (Publicación Científica, 540).

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. de. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN R. (Org.) *Serviços locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VILASBOAS A. L. *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. 114fl. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.