A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio

José Lucas Magalhães Aleixo[1]

[1] *Médico sanitarista, professor licenciado da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e coordenador técnico do Núcleo de Capacitação e Assessoria em Saúde da Família (Nucasf/ESP-MG)*

Endereço para correspondência:

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima, 2.061, Belo Horizonte/MG
CEP 30190-002
nucasf@esp.mg.gov.br

Resumo

O artigo discute o potencial e os limites do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia e opção política para a reestruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, à luz dos conceitos e do desenvolvimento histórico da Atenção Primária à Saúde (APS). O autor aponta a necessidade de se superarem os obstáculos da política de focalização em cuidados básicos e seletivos, bem como de se investir na formação de recursos humanos para que o programa atinja seus propósitos.

Palavras-chave

Atenção Primária à Saúde; Programa de Saúde da Família

Summary

This article discusses the Brazilian Family Health Program potential and limitations as an strategy and political option to reshape the public health system. It takes, as a starting point, the historical evolution and definition of Primary Health Care. The author concludes for the necessity to overcome the focus in basic, selective actions turned to the poorest and to invest in the development of personnel, as essential conditions to Health Family strategies succeed.

Key-words

Primary Health Care; Family Health Program

Introdução

O início do terceiro milênio traz uma série de reflexões, conjecturas e expectativas para toda a humanidade. Embora a reflexão deva constituir-se numa atitude permanente e habitual, certos momentos podem ser utilizados para maior mobilização e concentração, devidamente direcionadas a análises mais consistentes e potencialmente transformadoras. Na área da saúde, chegamos ao final do século XX pressionados pela meta "Saúde para todos no ano 2000" (SPT/2000), proposta em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A principal estratégia para atingir tal meta seria o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), dentro de uma organização sistêmica do setor.

Os diversos avanços ocorridos em direção à meta SPT/2000 não encobrem o fato de não se ter conseguido cumpri-la integralmente. O início do terceiro milênio está marcado pela exclusão social de significativa parte da humanidade. Tudo isso nos impele para este momento especial de reflexão, de análise dos principais determinantes do não-cumprimento dessa meta e na busca de alternativas concretas que possam proporcionar saúde para todos o mais rápido possível.

Na década de 70, o Brasil encontrava-se na contramão da história, vivendo sob o regime militar e privilegiando um modelo setorial na saúde centralizado no empresariamento subsidiado e na construção de custosos hospitais. A bem da verdade, nem esteve presente na referida Conferência da OMS, em 1978. Redimiu-se no ano seguinte, para não ficar fora do conjunto de 134 países que ratificaram e subscreveram a meta "Saúde para todos no ano 2000".

O primeiro aceno concreto, embora tímido, em direção à estruturação da Atenção Primária foi dado a partir do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, depois com a proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), finalmente culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente inserido na Constituição Brasileira de 1988, fruto do movimento da chamada Reforma Sanitária Brasileira.

O SUS vem tentando desenvolver-se apesar das políticas restritivas aos investimentos nas áreas sociais e, somente em 1994, emerge algum alento no nível da atenção básica, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa foi caracterizado, inicialmente, como mais um projeto de extensão de cobertura, instalado principalmente na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste. Mas, hoje, configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Primária à Saúde em nosso País.

Importa, neste momento de reflexão, termos claramente identificados alguns dos obstáculos que determinaram o não-cumprimento da desejada meta, objetivando a sua remoção ou neutralização. Simultaneamente, importa destacarmos os possíveis avanços conquistados, objetivando preservá-los e implementá-los com maior efetividade. Dentre esses avanços, incluímos o Programa de Saúde da Família (PSF).

APS: uma história centenária

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde. A Conferência, que reuniu cerca de 134 países, culminou com a chamada "Declaração de Alma-Ata", a qual, devidamente aprovada pela 32ª Assembléia da OMS em 1979, prescreveu a Atenção Primária de Saúde como a principal estratégia para atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos,

dentro da meta de "Saúde para todos no ano 2000" (OMS/UNICEF, 1978).

A Atenção Primária de Saúde (ou cuidados primários, ou cuidados básicos de saúde) compõe-se de algumas atividades ou ações básicas de saúde, como as que se seguem:

- educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença;
- atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico;
- imunização;
- combate às enfermidades endêmicas locais;
- tratamento das doenças e traumatismos comuns;
- provisão dos medicamentos essenciais.

Essas ações básicas devem ser desenvolvidas, ainda de acordo com a OMS, dentro de um contexto obrigatório de:

- integração ao sistema nacional de saúde,
- estreita cooperação dos setores sociais e econômicos,
- redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos,
- eficiente organização do sistema, dos serviços e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde, em termos de suficiência e qualidade,
- maior participação e controle pela sociedade.

A Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde. Embrionariamente, esse conceito pode ser identificado desde o fim do século XIX, quando o professor Pierre Budin estabelece, na Paris de 1892, um sistema de centros de atendimento infantil onde eram realizadas, descentralizadamente e concentradas sob um mesmo teto, algumas das hoje chamadas ações básicas de saúde (Rosen, 1980).

Ainda no primeiro quarto do século XX desenvolveu-se, nos Estados Unidos, uma série de experiências organizativas nos denominados "Centros Comunitários de Saúde", para prestação de ações de saúde – até então, quase exclusividade de hospitais e dispensários centrais –, associadas a outras ações educativas e de assistência social (Rosen, 1980). Naqueles centros de saúde, apesar das suas variadas formas de concepção, organização, abrangência e aplicação em escala das ações prestadas, certamente pode ser localizado o marco inicial da aplicação articulada e consistente de algumas das ações básicas de saúde, da maneira como hoje são concebidas pela OMS.

Assim, era aplicado sobre uma dada população de risco, dentro de uma base territorial delimitada e sob a responsabilidade de uma unidade descentralizada, um conjunto maior ou menor de atividades de assistência social, prevenção e assistência médica (pré-natal, infantil, tuberculose, doenças venéreas e excepcionalmente outras), além de educação sanitária, capacitação ocupacional, algumas ações sobre o meio ambiente, locais de moradia e questões de trabalho.

Alguns desses centros de saúde procuraram trabalhar mobilizando as comunidades, incluindo a co-gestão e o controle por colegiados e conselhos, além de contar com membros eleitos ou designados pela comunidade para atuação preventiva e mobilizadora no seu seio (assistentes de quarteirão).

Em algumas cidades, os centros formaram uma rede organizada em distritos, cobrindo toda a municipalidade e até mesmo com extensão para áreas rurais (Rosen, 1980). Muito do que hoje consideramos o abrangente conceito de sistema de assistência, promoção e vigilância à saúde, inclusa a Atenção Primária de Saúde como porta de entrada, tiveram nos Centros Comunitários de Saúde americanos do início do século XX a sua primeira tentativa de sistematização organizacional.

Interessante observar que essas experiências americanas, desencadeadas

por volta de 1910, já antevendo, mesmo incipientemente, a importância da integralidade das ações preventivas e curativas, da abordagem biopsicossocial do indivíduo e da família numa ação interdisciplinar e intersetorial, incluindo a participação comunitária, coincidem cronologicamente, no nascedouro, com sua própria antítese. Coincidem com as propostas contidas no trabalho preparado pelo professor Abraham Flexner para a Fundação Carnegie de Educação, publicado naquele mesmo ano e que viria a marcar incisivamente os rumos da atenção médica em todo século XX.

Esse trabalho, denominado "Relatório Flexner", realizado após visita a 155 escolas médicas americanas, pregava uma série de modificações nos currículos médicos, baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a Medicina, como o mecanicismo (o homem é comparável a uma máquina), o biologismo (predominância da natureza biológica das doenças), o individualismo (exclusão dos aspectos sociais), o especialismo (superespecialização do médico), a tecnificação precoce e crescente do ato médico e a ênfase na medicina curativa (Mendes, 1993).

O Relatório Flexner ajustou-se muito bem aos requisitos de uma prática médica voltada para o binômio controle social/reprodução da força de trabalho, necessários à transição de uma sociedade rural-agrícola para outra, urbano-industrial, em curso no princípio do século XX. Seus preceitos de especialismo e tecnificação do ato médico serviam bem à necessidade de expansão da indústria de remédios e aparelhos médicos diversos. Ademais, seus preceitos de biologismo e individualismo contrapunham-se, oportunamente, às ameaças das idéias que implicavam causas sociais na gênese das doenças.

No contexto flexneriano de assistência médica à doença, de fragmentação do indivíduo e de negação dos determinantes sociais, não há espaço para os Centros Comunitários de Saúde, que são paulatinamente desmontados, em razão do conjunto de mudanças sociais do segundo quarto do século. Além disso, essas experiências sofrem os efeitos do corporativismo médico, das discriminações de cunho político-ideológico ocorridas na chamada era "MacArthista" nos Estados Unidos e pela inconveniência de sua pouca vocação para o consumo de remédios e aparelhos biomédicos.

Outro fato marcante evidenciado no início do século XX foi a crescente participação do Estado no setor saúde como financiador, regulador, distribuidor e prestador de atenção médica (Fleury Teixeira, 1979). Essa crescente participação estatal desenvolve-se em aliança e subordinação ao conjunto de interesses dominantes e determinantes na estruturação da prática médica e na organização do setor saúde, quais sejam, a necessidade capitalista de controle, reprodução e manutenção da força de trabalho, as necessidades expansionistas do complexo industrial farmacêutico e de equipamentos, as necessidades político-ideológicas de negação do social e as prescrições pedagógico-científicas do Relatório Flexner.

Entretanto, ao mesmo tempo que o modelo flexneriano se expande pela sua adequação às políticas socioeconômicas do capitalismo industrial e, em particular, da indústria capitalista da doença, notadamente equipamentos e remédios (Landmann, 1984), esse mesmo modelo revela-se como inadequado e incapaz de promover saúde em escala para todos. Aplicado isoladamente

Em parceria com a UFMG, a Escola de Saúde Pública desenvolve o curso de especialização em Saúde da Família, atendendo a profissionais de todo o Estado por meio do projeto "Veredas de Minas". Na foto, a turma de 2002

FINAL DO SÉCULO XIX - INÍCIO DO SÉCULO XX

– Transição de uma sociedade rural-agrícola para outra, urbano-industrial e capitalista

⇒ que determina e implica:

– Necessidade de controle social, de reprodução e manutenção da força de trabalho

INÍCIO DO SÉCULO XX

– Expansão da sociedade urbano-industrial e capitalista:

⇒ que determina e implica:

– Necessidade de controle social, de reprodução e manutenção da força de trabalho

– Necessidade de expansão capitalista e da indústria de aparelhagem e medicamentos

– Necessidade de legitimação científico-pedagógica (Relatório Flexner)

⇒ que determina e implica:

– Subordinação da prática médica e da organização do setor saúde

⇒ que determina e implica:

– Centralização e concentração da atenção médica em hospitais caros e pouco acessíveis

– Graduação voltada para valorização da especialização e tecnificação do ato médico

– Valorização mercadológica da ação curativa, especializada e tecnificada

a indivíduos, esse modelo de fundamentação eminentemente clínica pode ser eficaz do ponto de vista biológico, mas se revela crescentemente dispendioso e perdulário no nível coletivo, excluindo grandes camadas populacionais, e absolutamente ineficaz frente a determinantes sociais e psicossociais, aos quais desconhece ou minimiza por cegueira congênita.

Após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o eixo da hegemonia econômica, cultural e científica começa a se deslocar da Europa para os Estados Unidos da América. Esse fato, consumado após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), permite a consolidação hegemônica do modelo flexneriano em boa parte do mundo ocidental, principalmente nos países periféricos, como o Brasil. Na Europa Ocidental, como parte da política do *"Welfare State"* (o Estado de Bem-Estar Social), implementa-se com recursos públicos, na maioria dos países, um modelo assistencial universalizado e que, mesmo mais ou menos influenciado pelos preceitos flexnerianos, consegue estabelecer um bom nível de atenção primária à saúde. Na União Soviética e Europa Comunista Oriental, desenvolve-se um modelo de cobertura médica universalizada, também com adequado nível assistencial básico, patrocinado exclusivamente pelo Estado e com ênfase na etiologia social da doença (Venediktov, 1998).

Aqui cabe um parêntese na tentativa de proceder a uma "*des-ideologização* relativa" dos conceitos fundamentais que regem a APS para podermos, mais à frente, continuar prescrevendo-a como potencialmente efetiva em variados contextos político-ideológicos (mesmo reconhecendo a existência de contextos

melhores e piores). Fato é que as diferentes visões dos mundos capitalista e comunista procuram relacionar determinados preceitos de assistência integral à saúde, notadamente a APS, intrínseca e inerentemente, aos seus respectivos modelos ideológicos.

As experiências internacionais permitem dizer que, embora existam diferenças fundamentais, como o conceito primordial da determinação social da doença, os demais conceitos aplicáveis à Atenção Primária e Assistência Integral à Saúde não são exclusividades ideológicas, podem vingar e se desenvolver bem nas mais diferenciadas circunstâncias, seja nos países capitalistas centrais (Canadá) ou periféricos (Costa Rica), seja nos comunistas periféricos (Cuba).

Prosseguindo, o terceiro quarto do século XX, passada a difícil recuperação econômica do pós-guerra, mostra o desenvolvimento da assistência básica caminhando em direções diversificadas. Na Europa Ocidental, desenvolve-se bem, sob o manto das políticas plenas de bem-estar social. Na Europa Oriental, o mesmo ocorre sob a tutela do Estado, mas sofrendo forte concorrência do setor militar, por conta de recursos financeiros (Venediktov, 1998).

Já os Estados Unidos aprofundam sua imersão no modelo flexneriano, gastando cada vez mais com o setor saúde, mas com participação estatal apenas parcial nos gastos. O acesso ao sistema de saúde é particularmente difícil para negros, hispânicos, imigrantes e todos aqueles com baixo poder aquisitivo. O nível básico não tem o mesmo padrão de acesso e resolubilidade que nos países da Europa Ocidental e no vizinho Canadá.

O mais trágico ocorre nos países do chamado Terceiro Mundo, os quais, cevados pelos países capitalistas centrais com grande volume de empréstimos, acabam imergindo no modelo flexneriano e investindo, preferencialmente, em grandes hospitais centralizados e equipamentos biomédicos de alto custo, favorecendo e concentrando os recursos financeiros em grandes grupos empresariais, indústrias de equipamentos médicos e de medicamentos (geralmente transnacionais) e em corporações profissionais fortes. Tudo isso em detrimento da assistência básica, praticamente relegada a insuficientes serviços públicos desequipados ou a entidades de caridade.

Poucos países em desenvolvimento optaram por investir preferencialmente na estruturação de seu sistema de saúde, tendo como fundamento organizacional o nível básico de assistência, como é o caso de Cuba. Nos países capitalistas periféricos, algumas poucas castas de trabalhadores conseguiriam alguma assistência razoável em regime securitário, permanecendo os demais cronicamente marginalizados, com acesso restrito ou fragmentado à assistência médica.

O advento da recessão econômica nos anos 70, agravada ou desencadeada pela crise do petróleo (aumento substancial dos preços do barril), provoca sérias crises em cadeia. A política européia de bem-estar social é afetada com cortes nos investimentos sociais. Os Estados Unidos se alarmam cada vez mais com os custos crescentes da assistência médica. As economias socialistas também são afetadas com maiores gastos de importação e restrições a financiamentos externos. As frágeis e dependentes economias dos países em desenvolvimento são as mais afetadas. A enorme dívida externa contraída nas décadas anteriores é cobrada com altos juros, empobrecendo cada vez mais essas nações, gerando miséria e doença em índices alarmantes, agravadas com a diminuição de recursos para o setor saúde e praticamente relegando ao abandono a assistência básica.

Importa assinalar que os níveis secundário e terciário de assistência médica consomem cerca de três quartos dos recursos financeiros disponibilizados em um determinado sistema de saúde. Tais setores estão, geralmente, nas mãos de grandes grupos empresariais ou corporativos, os quais

conseguem resistir mais fortemente a eventuais cortes nas áreas de seus interesses. Por conseguinte, os cortes vão acontecendo sobretudo no nível básico, onde a resistência é mais fraca, o eco do clamor público é menos ressonante e a repercussão política é menor, embora o custo humano e social seja muito alto e, muitas vezes, irreparável.

Dentro desse contexto de regressão das políticas sociais, forte crise socioeconômica mundial, agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, piora do quadro sanitário mundial, ineficiência e alto custo do modelo de assistência médica flexneriano, é que foram abertas as discussões em Alma-Ata, naquele ano de 1978.

Implantação da APS: obstáculos e avanços

O último quarto do século XX assistiu a uma verdadeira saga na tentativa de se atingir a meta de "Saúde para todos até o ano 2000". O Professor David Werner, em 1995, já considerava muito remota a possibilidade de atingi-la.

A meta foi muito ambiciosa? O tempo foi curto, ou a APS fracassou? A APS foi realmente posta em prática em escala mundial? Por que diferentes países obtiveram resultados diversos na aplicação da APS? Quais os principais obstáculos dessa primeira fase? Estes persistem? Como enfrentá-los? É possível remover, neutralizar ou conviver com esses obstáculos? Que avanços podem ser destacados? Como implementá-los?

Por partes: reconhecer a evidência da meta não-cumprida não implica abandonar o propósito superior de saúde para todos. Assim sendo, a meta SPT/2000 pode ser considerada uma primeira fase do projeto SPT, e a segunda fase já teve seu início até mesmo anteriormente a 2001, quando se prenunciava a sua inviabilidade. Portanto, deve-se agora prosseguir aceleradamente nas reflexões sobre o acontecido e nas proposições sobre o que deve ocorrer.

Para começar bem, procuraremos analisar algumas das questões enunciadas há pouco. Para tanto, consideremos como referências as próprias avaliações feitas pela OMS em 1988, 1993 e 1999 e as análises do médico americano David Werner (ativista do grupo de trabalho americano Health Wrights, experiente em trabalhos comunitários em Chiapas, México, e autor do livro "Onde não há médicos").

A OMS realizou e publicou três avaliações sobre a aplicação da estratégia mundial de SPT/2000. Reportaremos, neste trabalho, à Segunda (OMS, 1993) e à Terceira Avaliações (OMS, 1999), nos capítulos específicos para a região das Américas.

Na avaliação de 1993, a OMS considera vários fatores como obstáculos ao desenvolvimento pleno da APS, mas implica principalmente a relação socioeconômica entre países capitalistas centrais e os demais países do Terceiro Mundo como o principal entrave impeditivo à meta SPT/2000. O alto grau de endividamento dos países latino-americanos transformou-os em exportadores de capital para as nações credoras (cerca de 130 bilhões de dólares entre 1986 e 1990). Essa sangria continuada de recursos obrigou a programas de ajuste econômico, que, dentre outros efeitos, provocam recessão, desemprego e cortes nos investimentos em educação e saúde (OMS, 1995).

Os cortes na saúde ficaram evidentes em áreas como o saneamento básico, a manutenção de equipes e planta física. Prejudicaram os programas de atenção a problemas prevalentes, o desenvolvimento administrativo e a capacitação de pessoal para o setor. Em decorrência, constata-se grande dificuldade dos ministérios em conseguir informação contínua e organização permanente para satisfazer demandas sobre dados econômicos, financiamento e custo do setor.

Nessa avaliação, a OMS relata uma deterioração dos esforços para manutenção do processo de vigilância e avaliação

das estratégias APS e SPT/2000. Os obstáculos são divididos em três grupos:

- escassez de recursos humanos e de infra-estrutura para coleta e análise de dados;
- pouca qualidade dos dados, sub-registro, dispersão de fontes, atrasos na entrega e falhas no processamento dos dados;
- escassa vinculação entre gestão e sistemas de informação para a tomada de decisão no setor saúde.

Na seqüência, a avaliação aponta intenção declarada e esforços (muitas vezes obstados pela falta de recursos) da maioria dos países da região em consonância com a estratégia de atenção primária à saúde para todos, em diversos aspectos, tais como:

- integração das instituições responsáveis pelo setor saúde;
- interação interinstitucional entre órgãos ligados ao desenvolvimento social;
- preocupação em estabelecer sistemas locais dentro das prerrogativas de integração ampliada.

A OMS também assinala os esforços generalizados no tocante à promoção da participação comunitária, apontando os diversos graus e tipos de envolvimento das comunidades, desde o trabalho de voluntários até a participação organizada e oficial em níveis de planejamento e decisão.

Praticamente todos os países latino-americanos procederam neste período a algumas reformas estruturais no setor saúde, mais ou menos profundas. As mudanças envolveram aspectos jurídicos, orgânicos e funcionais, contemplando, na prática, processos de integração ou fusão interinstitucionais, definição de papéis institucionais e instâncias de gestão, regulação, normatização e operacionalização, incluindo estratégias de descentralização interníveis.

No tocante ao desenvolvimento de recursos humanos, a maioria dos países não apresentou planos setoriais específicos para os profissionais de saúde na atenção primária. Na graduação universitária, são relatadas diversas experiências de revisões curriculares, com incremento do ensino de saúde pública e atenção primária, incluindo projetos de integração docente-assistencial. No tocante à educação continuada em APS, ocorre uma boa disponibilidade de ações voltadas aos profissionais de saúde, segundo a avaliação da OMS.

A má distribuição de recursos humanos persiste na região, devido à resistência dos profissionais à interiorização, agravada pela crise econômica, que restringe recursos financeiros para equacionar essa oferta.

Outro setor duramente atingido pela crise econômica é o de pesquisas e desenvolvimento tecnológico, aumentando cada vez mais a distância em relação aos países desenvolvidos.

Quanto a algumas áreas e ações de saúde específicas, a avaliação assinala:

- **Água e saneamento:** moderado aumento de cobertura; qualidade duvidosa nos meios urbanos, com perigo de epidemias de cólera;
- **Imunização:** antipólio, anti-sarampo e DPT com coberturas superiores a 90%;
- **Assistência a gravidez, parto e lactantes:** falta de informações sistematizadas; com dados isolados apontando queda de cobertura em alguns países;
- **Cobertura de APS:** dados insuficientes para análise;
- **Mortalidade, natalidade e esperança de vida:** melhora dos indicadores, porém com desaceleração relativa a períodos anteriores;
- **Situação nutricional e baixo peso ao nascer:** dados isolados indicando a persistência de altos índices regionais.

Em todo o relatório de avaliação da OMS, são apontados esforços e experiências concretas positivas no desenvolvimento da APS. O fato é que todos esses empreendimentos estão fortemente contingenciados pela dura realidade

econômica regional, impedindo sua implementação continuada e na escala necessária para a consecução do impacto desejado. De qualquer forma, a tônica dessa avaliação pode ser sintetizada na seguinte afirmação:

> Aunque se han hecho algunos avances, aún queda mucho por hacer en este campo en la Región, aunque el compromiso real observado desde el informe de 1998 no permite ser optimista al respecto. (OMS, 1993, p.52).

A segunda referência avaliativa da APS são as considerações do Dr. David Werner, proferidas na preleção "Transformando a atenção à saúde em investimento: os mais recentes ataques em grande força contra a atenção primária à saúde", na qual se destacam três pontos cruciais: APS seletiva, crise econômica e atuação do Banco Mundial (Werner, 1995).

A chamada **APS Seletiva**, adotada pela OMS/Unicef/Usaid, tem como justificativa o "alto custo e *[a]* impraticabilidade de um programa global de saúde, no quadro de recessão mundial e de orçamentos sociais encolhidos". Foi então selecionado um pacote de ações de baixo custo, destinadas a determinadas populações de risco, projeto este denominado Revolução da Sobrevivência Infantil. Desse pacote constavam originalmente: monitoração do crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização.

Segundo Werner, apenas a reidratação oral e a imunização foram aplicadas em escala. Mesmo assim, os resultados ficaram aquém dos desejados, muito diferenciados entre os diversos países. Na África do Sub-Saara, verificou-se uma inversão da tendência de declínio da mortalidade infantil a partir do final dos anos 80. Dessa maneira, as causas profundas de natureza social e política permaneceram inalteradas, retroalimentando a problemática sanitária.

O segundo ponto destacado por Werner são os **ajustes das economias** em desenvolvimento, estagnadas pelo peso das enormes dívidas externas e de termos comerciais desfavoráveis, patrocinados e/ou exigidos pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). A política de ajustes implica cortes drásticos em saúde, educação e subsídio alimentar.

Esses fatos também são assinalados nas avaliações da OMS, mas Werner acrescenta um dado inquietante: um plano adotado pelo próprio Unicef, seguindo as recomendações do Banco Mundial e do FMI, de "financiamento-pelo-usuário" e "recuperação-de-custos". Por meio de uma iniciativa chamada Bamako, o Unicef defenderia a "recuperação de custos" em alguns países africanos, pelo pagamento parcial dos medicamentos fornecidos em determinadas unidades de saúde de vilarejos.

Atenção Primária de Saúde (cuidados primários / básicos de saúde)

Parâmetros	APS Seletiva	APS Integral
Ações	Seleção de ações	Conjunto de ações integradas
Aplicação	Localizada	Sistêmica
Relação custo/benefício	Ênfase no custo	Ênfase na rel. custo/benefício
Público-alvo	Tendência restritiva	Tendência universalizante
Princípio básico	Racionalizador/ Compensatório	Distributivo/ Eqüitativo
Modelo	Controle de doenças	Promoção da saúde

As conseqüências desse plano podem ir desde o imediato desvio do dinheiro destinado à alimentação familiar para o pagamento de remédios, até implicações sociais e éticas a médio prazo, como o abandono da política de impostos progressivos (maior tributação dos afortunados) e da assistência à saúde como direito básico de cidadania.

Werner também ressalta o poder assumido pelo **Banco Mundial** na determinação das políticas de saúde – fato inserido na política maior de subordinação econômica dos países em desenvolvimento, cada vez mais dependentes de apoio externo para se equilibrarem financeiramente, mantendo em dia o pagamento das dívidas externas e, ao mesmo tempo, mantendo um controle mínimo sobre a desagregação econômica e social interna.

O Banco Mundial torna-se, então, importante financiador de projetos nas carentes áreas sociais – segundo Werner, dentro de uma lógica desumanizada, mecanística e mercadológica dos serviços de saúde, conforme o paradigma de ajuste estrutural, que tanto penalizou os mais pobres. Em suma, contra os efeitos colaterais de determinada droga, propõe-se como antídoto uma associação de drogas que, paradoxalmente, contém o veneno original.

A terceira referência avaliativa da APS e da meta SPT/2000 é o documento disponibilizado pela OMS em 1999. Nessa avaliação, consta ter havido, ao longo dos anos 90, um agravamento da pobreza na América Latina e no Caribe, em relação à década anterior, acentuando-se, cada vez mais, a chamada dívida social desses países. Os sinais de recuperação econômica regional não produzem reflexos marcantes nos investimentos sociais. Embora tenha havido importante incremento dos gastos nacionais com saúde (GNS) – passando de $200, em 1980, para $250, em 1994 –, nesse ano, o setor público conseguiu apenas retornar ao patamar de investimentos do início da década de 80, ou seja, $110 *per capita*.

De maneira geral, o relatório aponta uma série de avanços na saúde, como a desconcentração-descentralização, a participação social (mesmo considerando existirem ainda participações meramente utilitárias) e a coordenação inter e intra-setorial (embora a não-inclusão de determinados atores, principalmente do setor privado, tenha limitado o alcance das políticas propostas). São obtidas altas coberturas de imunização, melhorias na esperança de vida ao nascer e quedas nas taxas de mortalidade infantil e por doenças transmissíveis, além de pequenos incrementos na oferta de água e saneamento básico.

Por outro lado, assinalam-se distorções na área de recursos humanos, pois persistem as dificuldades para a interiorização de médicos (apesar do crescente número de profissionais formados) e a maior alocação de recursos nas atividades-meio. O resultado é uma relação de cinco administrativos para cada médico e apenas um profissional atuando em prevenção para cada grupo de dez.

Além disso, constata-se a falta ou a debilidade das políticas nacionais para formação e capacitação dos recursos humanos, evidenciadas pelo isolamento das instituições da área e pela constatação de que quase metade dos países não apresenta mecanismos para avaliar a adequação, a suficiência e a distribuição dos quadros formados, especialmente daqueles egressos do setor privado.

Finalizando, a terceira avaliação da OMS assinala a intenção declarada da América em persistir rumo à SPT e à APS. O documento termina propugnando a SPT como "um estado futuro desejado" e propondo uma série de objetivos, orientações de políticas e determinadas estratégias para que seja alcançado. Entretanto, alertamos que tal "visão de futuro" deve assentar-se em bases realistas, considerando estarmos ainda em estado de incipiência explícita.

> Sin embargo, la concepción de la APS, tanto en su forma integral como en la focalizada, no se há internalizado

> ni operacionalizado en forma completa en los servicios de salud. (OMS, 1999, p. 39)

O desenvolvimento da APS no terceiro milênio: qual o papel do PSF neste empreendimento?

Considera-se que o Programa de Saúde da Família tem bom potencial para estruturar a atenção básica em nosso País. Entretanto, alguns cuidados precisam ser tomados para a atualização desse referido potencial. É importante levarmos em conta alguns questionamentos ao programa, tendo como base referencial e cenário as considerações feitas sobre a APS nos parágrafos anteriores.

Da mesma maneira que as avaliações sobre APS e SPT, uma análise atual e em perspectiva do PSF permite diversas abordagens, mas, neste trabalho, elegeremos algumas para maiores considerações.

Monocultura ambulatorial

Um dos equívocos estratégicos apontados pela OMS na implantação da APS refere-se à não-inclusão de outros atores e setores (públicos ou privados) com interesses ou poderes sobre a referida proposta. O organismo internacional, aliás, recomenda explicitamente essa colaboração ampliada, como parte das orientações para políticas sobre o futuro da SPT (OMS,1999, p.39 e 41).

O PSF tem caminhado a largos passos. Porém, para alguns, sua trajetória é monolítica e isolada, até mesmo em relação a outros projetos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse alerta já era aventado em 1997 pelo ex-prefeito de Santos (SP), David Capistrano da Costa Filho, que destacava vários projetos com o mesmo potencial em seu município, como os programas odontológico e de internação domiciliar.

> Não concordo que se usem os mecanismos de financiamento para forçar todos os municípios a usarem esta fórmula... O PSF formatado pelo Ministério não é a única estruturação possível. (Fiocruz: Tema/Radis, 1997, p. 26)

Dezenas de projetos desenvolvidos no âmbito do SUS alcançaram bons resultados estruturantes, inclusive em Belo Horizonte. É o caso do Projeto Vida (redução da mortalidade infantil), do Sinasc (sistema de notificação de todos os recém-nascidos vivos pelas maternidades à Secretaria Municipal de Saúde), da implementação da vigilância à saúde infantil (busca ativa dos recém-nascidos por critérios de risco, com visitas domiciliares), da recepção acolhedora ou acolhimento nas unidades básicas de saúde (estratégia complementar para proporcionar uma acesso mais ampliado, facilitado, humano e criterioso ao usuário) e do Projeto de Controle e Assistência às Doenças Respiratórias Agudas (controle ambulatorial de asma).

A questão fica lançada: teria o PSF potência suficiente para estruturar a atenção básica sem integrar, incorporar, adequar, otimizar, contribuir, receber e participar dos demais projetos correntes no SUS? A possível obviedade da resposta não é capaz de esconder uma prática relativamente solitária do PSF. A percepção de "massa e volume" do programa, proporcionada pelo grande número de equipes e municípios participantes, não é garantia de sucesso, mas significa apenas que poderemos atingir o "paraíso" ou um "beco sem saída" em larga escala.

De acordo com a experiência da OMS quando da implantação da APS, seria estratégico levarmos em consideração os demais atores, setores e projetos alinhados na mesma direção, especialmente aqueles já testados e desenvolvidos dentro do próprio SUS. A integração com outros projetos poderá concretizar o potencial do PSF como um primeiro contato com o sistema de saúde, ampliando o leque de ações disponibilizadas, bem como sua acessibilidade e resolubilidade.

A consecução dessa estratégia deverá pôr em prática o decantado objetivo

de transformar o PSF, de um programa verticalizado, em uma estratégia de organização do nível básico de atenção, aglutinando, otimizando ou articulando todos os programas e ações pertinentes. Iniciativas, como a "Oficina Regional Sudeste: Integrando Processos de Capacitação de Profissionais para Atenção Básica", patrocinada pelo Ministério da Saúde e realizada no Rio de Janeiro em junho de 2000, devem ser incentivadas, ampliadas e aprofundadas regionalmente, no sentido de incrementar-se a integração das ações de saúde no campo da atenção básica.

"Cesta básica" e "medicina para pobres"

O PSF nasceu e se desenvolve num ambiente carregado de ambigüidades, no cenário de um SUS fragmentado e decomposto em diversas realidades: o "SUS-para-pobres" (como medicina simplificada para as massas), o "SUS-real" (refém da política econômica federal), o "SUS-formal" (estabelecido na Constituição Federal de 1988) e o "SUS-democrático", projetado pela reforma sanitária brasileira (Paim, 1996).

Vivendo o dia-a-dia com nossos alunos das equipes do PSF, percebemos suas angústias por se sentirem inseridos, em nome do PSF, no "SUS-para-pobres" e/ou no "SUS-real". Os profissionais sofrem as conseqüências indesejáveis dessas concepções menores, embora não consigam localizar com clareza e articular alguma atuação sobre a etiologia do processo ao qual estão submetidos.

O PSF pode e tem sido eventualmente utilizado para "dourar a pílula" de uma medicina simplificada para pobres, oferecendo uma "cesta básica", maior ou menor, de cuidados básicos seletivos ou focalizados (Esmig/Cesf/Oficinas do Curso de Especialização em Saúde da Família, 1997). Essa "maquiagem" pode representar considerável reforço àquelas concepções não-democráticas do SUS, ao introduzir algumas diretrizes e pressupostos isolados da assistência integral à saúde, confundindo-as, à primeira vista, com o modelo integral proposto pela reforma sanitária.

Moldura nova no "SUS-para-pobres" e/ou no "SUS-real", o programa aumentará a distância até o objetivo SPT, se aceitarmos as ponderações de David Werner sobre a APS, relatadas anteriormente. Faz-se necessário saber discernir e apontar, claramente, as diferenças relativas a essas propostas menores, inclusive estabelecendo mecanismos e instâncias que avaliem as condições de "bioequivalência" entre propostas similares.

Ainda nessa linha, outra característica do PSF consiste na sua implantação em áreas de alto risco socioeconômico, isoladamente de outros projetos sociais em caráter interinstitucional e intersetorial, sem a estruturação dos demais níveis hierarquizados de referência do setor saúde. No mais das vezes, isso levanta enormes expectativas, porém com baixa resolubilidade e frustração geral (Esmig/Cesf, 1997). Por definição, a APS ligar-se-ia a toda uma estrutura sistêmica da saúde, com disponibilização dos níveis secundário e terciário. Fica o alerta: talvez devido ao custo e à complexidade, a implementação desses níveis tem sido protelada, sobrecarregando o nível básico.

Capacitação de recursos humanos

A única referência ao Programa de Saúde da Família brasileiro feita na Terceira Avaliação da OMS, de 1999, consiste em relatar (numa só linha) a existência de um projeto de formação de pessoal, sem maiores detalhes. Portanto, não poderemos utilizar a referida avaliação para subsidiar as considerações seguintes, mas contaremos com a nossa própria experiência de cinco anos nesse campo de atuação.

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) atua, desde 1995, na capacitação de profissionais para o programa, elaborando e desenvolvendo várias atividades educacionais, como o

primeiro Curso de Especialização em Saúde da Família no Estado, treinamentos introdutórios, cursos básicos, capacitação pedagógica e treinamento para agentes comunitários de saúde (ACS), além de seminários de educação continuada. No período de 1996 a 1999, cursaram as diversas atividades educacionais, coordenadas e/ou aplicadas pela Esmig, 964 profissionais de nível universitário e 3.197 agentes comunitários de saúde (Esmig/Nucasf, 2000).

Na área de recursos humanos, são igualmente inúmeros os enfoques possíveis, mas também aqui elegeremos alguns para considerações maiores. O primeiro ponto se refere à estratégia do Ministério da Saúde de constituição dos chamados "Pólos para Capacitação e Formação de Pessoal em Saúde da Família", para desenvolver a formação de recursos humanos nos Estados.

A Coordenação da Atenção Básica do Ministério da Saúde considera o setor de recursos humanos e a pouca qualificação dos profissionais um dos principais obstáculos à implementação do programa. Nesse sentido, o MS tem considerado muito positiva a atuação dos pólos estaduais, destacando, nessa avaliação, a participação das instituições universitárias (cerca de 54 em todo o País) na coordenação e no desenvolvimento das propostas regionalizadas (Sousa, 1999). A experiência da ESP-MG, primeiramente como núcleo de capacitação e atualmente como eventual colaboradora de um dos pólos estaduais – o Pólo da Universidade Federal de Minas Gerais – permite corroborar essa avaliação positiva.

Entretanto, o MS tem estabelecido critérios para credenciamento dos núcleos e pólos que, em alguns pontos, excluem importantes instituições envolvidas no desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, como é o caso das Escolas de Saúde Pública Estaduais. Por exemplo, ao creditar pontos para instituições que ofereçam graduação em Medicina e Enfermagem, o MS caminha – corretamente – na perspectiva de que os pólos provoquem mudanças paulatinas na graduação, atendendo à formação de profissionais para a APS. Por outro lado, o mesmo critério é linearmente excludente, se aplicado às Escolas de Saúde Pública, as quais, em sua maioria, não têm como finalidade e missão institucional atuar em nível de graduação. Muitas vezes, essa definição acaba alijando a experiência e a legitimidade das escolas em relação ao SUS e ao próprio PSF, como é o caso da ESP-MG, tradicional referência para os municípios mineiros no desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública.

O estabelecimento de conjuntos de parâmetros adequados a cada tipo de instituição de ensino poderá resgatar e incluir diferentes experiências e propostas de formação em saúde pública, numa perspectiva complementar e otimizadora dos recursos disponíveis. Essa medida também estaria em consonância com as lições colhidas na primeira fase de implantação da APS e da meta SPT/2000, transportando as recomendações explícitas da OMS acerca da necessária integração dos variados atores influentes e interessantes à proposta (OMS,1999, p. 39 e 41).

O segundo enfoque selecionado na área de recursos humanos aborda a enormidade do esforço necessário à capacitação de profissionais para o PSF, de acordo com as metas propostas pelo MS. Muitos consideram esse esforço como uma das "doze tarefas de Hércules na era moderna". Vejamos: o MS sinaliza para a meta de implantar 20 mil equipes do PSF até o ano 2002, o equivalente a 20 mil médicos e 20 mil enfermeiros (Brasil/Ministério da Saúde, 2000). Isso significa que, num universo total de 250 mil médicos em atividade no País, previsto para este ano, cerca de 8% estaria atuando como generalista, em tempo integral no PSF.

De onde virão, devidamente capacitados, cerca de 20 mil generalistas para atuação imediata no PSF? Logicamente, o

mercado – parcialmente influenciado pela própria implantação do PSF – deverá pressionar para a adequação da formação profissional na graduação. Entretanto, saliente-se que qualquer modificação estrutural no ensino médico de graduação só se concretizará no ciclo mínimo dos seis anos necessários para formar uma nova leva de médicos. E, para caracterizar-se como tendência, deverá contabilizar significativo número de escolas objetivando tal modificação no ensino.

Que modalidades de ensino podem ser empregadas para capacitação dessa clientela? Em relação ao profissional médico, qual o *status quo* dessa clientela, em termos da formação e de experiências profissionais anteriores?

A graduação em Medicina tem preparado, basicamente, dois tipos de médicos: o generalista e o médico de formação geral. O generalista teria uma formação intensiva e concentrada nas áreas de clínica de criança, adulto, ginecologia e saúde pública e deveria estar apto a iniciar suas atividades no nível de atenção básica logo após a formatura. O médico de formação geral, por sua vez, teria sua graduação concentrada na preparação para acessar uma residência, ou seja, seria candidato a uma especialização, mesmo em área básica (Costa Neto, 2000).

A pós-graduação *lato sensu* baseia-se na residência médica e nos cursos de especialização de 360 horas mínimas. A residência em Medicina Social/Preventiva ou Geral/Comunitária contava, em 1991, com 23 cursos em todo o Brasil, disponibilizando 124 vagas por ano (Abrasco, 1991). Em 1995, primeiro ano de implantação do PSF, havia 5.504 (2.864 nas capitais e 2.640 no interior) especialistas em Medicina Geral/Comunitária (Fiocruz/CFM, 1996). Entretanto, ao longo da década de 90, diminuiu o interesse institucional e a procura dos médicos pelas residências em Medicina Preventiva e Social, culminando com a desativação de alguns programas.

Com a implementação do PSF no final da década de 90, surgem programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, energizando, novamente, a formação de quadros para a área de Saúde Coletiva, até mesmo com uma perspectiva de complementariedade e o "estabelecimento de interfaces e processos de cooperação entre as duas propostas: ...Residência em Medicina Preventiva ... e Residência em Saúde da Família" (Campos, 2000).

Mas a principal modalidade de capacitação em escala nacional proposta pelo MS para o PSF, a partir de 2000, tem sido os Cursos de Especialização, com carga de 360 horas, consubstanciando-os como a principal estratégia de capacitação de profissionais universitários. Os primeiros Cursos de Especialização em Saúde da Família iniciaram suas atividades em 1995 ou 1996 (caso da ESP-MG), formando um contigente ainda relativamente pequeno, mas com o mérito de integrar enfermeiros e médicos numa proposta pedagógica conjunta.

Os cursos propostos pelo MS deverão ocorrer em regime modular, intercalando dez períodos de concentração e dispersão, desenvolvidos no prazo de um ano, contando com cerca de 240 horas em atividades presenciais e 120 horas em atividades de campo.

Aqui cabem alguns alertas. O primeiro deles se refere ao número de horas presenciais previstas, uma vez que a maioria dos Cursos de Especialização em Saúde da Família anteriores ou em andamento trabalha com uma carga horária presencial em torno de 360 horas. A redução para 240 horas presenciais pode atender à necessidade de formação de um grande número de profissionais em período relativamente curto – uma relação de escala/tempo –, mas certamente implicará a redução dos conteúdos a serem abordados.

O ensino e a consultoria à distância poderiam equacionar a questão, mas até que ponto e com que grau de extensão e acesso ao alunado das diferentes regiões permanecem como interrogações centrais. A discussão está aberta, visando a estabelecer a distância

segura de uma visão *"fast-food"*, aplicada na capacitação de recursos humanos para o PSF.

Na mesma linha de raciocínio, outro alerta vale para as atividades de campo. Muitos coordenadores e alunos do Curso de Especialização ressentem-se de uma presença sistemática de professores e coordenadores junto às equipes locais do PSF, orientando os trabalhos práticos e a própria organização dos serviços municipais.

Também essa questão poderia ser atendida, em parte, com a consultoria à distância, mas defendemos a inclusão de técnicos das Diretorias Regionais e Secretarias Municipais de Saúde nos Cursos de Especialização. Os programas poderiam ser complementados com conteúdos específicos para essa clientela, sempre no intuito de melhor prepará-la para as funções de assessoria e supervisão técnica nos níveis regional, municipal e local.

Mais um alerta, dentre tantos possíveis, concerne a eventuais estágios práticos supervisionados, provavelmente necessários para atender a uma clientela heterogênea em termos de formação, experiência e origem profissional. No recrutamento e capacitação do enorme contigente de 20 mil profissionais médicos para atuação como generalistas, poderemos encontrar desde recém-formados na linha generalista ou de "formação geral", passando por especialistas das chamadas especialidades básicas, até as especialidades mais particularizadas.

Devido a essa heterogeneidade, a implementação de estágios práticos em áreas, como atenção à mulher e à criança, por exemplo, pode vir a ser necessária para os grupos de recém-formados com "formação geral", para os especialistas de áreas não-básicas e até para os especialistas básicos. Isso atenderia a abrangência e a qualidade da assistência básica preconizada pelo PSF, em termos do enfoque familiar e da atenção a todo o ciclo de vida dos indivíduos.

Considerações finais

Nada do que foi abordado até aqui representa impedimento absoluto à implementação da APS/SPT, mas certamente indica que os obstáculos são maiores que os imaginados na década de 70. A desejável implementação do PSF, cada vez mais direcionado como eixo estratégico reorganizador do SUS, exige levarmos em séria conta os alertas anteriores e outros mais.

Nada mais desgastante que repetir erros historicamente apontados e consagrados por experiências recentes. Assim sendo, ao PSF urge aliarem-se outros projetos estruturantes do SUS. Urge afastá-lo de concepções menores, como medicina familiar (sutilmente "equivalente") ou medicina simplificada para pobres (romanceada como de natureza "robin-hoodiana"). Finalmente, urge uma ação altamente concertada para o desenvolvimento de recursos humanos, contribuindo pelo menos numa das "doze tarefas de Hércules na era moderna", qual seja, a capacitação dos profissionais do PSF.

Referências bibliográficas

ABRASCO. *Catálogo de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Brasil 1991.* Rio de Janeiro: Abrasco, nov.1991.

CAMPOS, F.E. Considerações sobre a Residência de Medicina Preventiva e Social na atual conjuntura brasileira. *Boletim da Abrasco.* Rio de Janeiro: Abrasco, n.76, jan/mar.2000.

COSTA NETO, M.M. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. *Revista Brasileira de Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria

de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção à Saúde, n.02, jun/jul.2000, p. 46-51.

ESMIG/Curso de Especialização em Saúde da Família/Cesf/UFMG. *Relatório final das oficinas para desenvolvimento do Programa de Saúde da Família.* Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais, 1997, mimeo.

ESMIG/Núcleo de Capacitação e Assessoria em Saúde da Família/Nucasf. *Levantamento das atividades educacionais em Saúde da Família realizadas pela Esmig; período de 1996 a 1999.* Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais, 2000, mimeo.

FIOCRUZ/Radis. Especialidades médicas no Brasil. *Dados.* Rio de Janeiro, n.17, dezembro, 1995.

FIOCRUZ/Tema/Radis. *Saúde é responsabilidade do Estado contemporâneo.* Rio de Janeiro, n.15, 1997.

LANDMANN, J. *A outra face da Medicina.* Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

MENDES, E.V. *Distrito sanitário; o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

OMS. *Aplicación de la estrategia de salud para todos en el año 2000; segunda evaluación; región de las Américas.* Washington, D.C: Opas/OMS, 1995. v.3.

OMS. *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el año 2000; resumen regional de las Américas.* Disponível em [http://www.paho.org/spanish/sha/shadatos.htm], 1999.

PAIM, J.S. O SUS no ensino médico; retórica ou realidade. *Divulgação para Saúde em Debate.* Londrina: Cebes, n. 14, 1996.

ROSEN, G. *Da polícia médica à Medicina Social.* São Paulo: Graal, 1980.

SOUSA, H.M. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção à Saúde, novembro, 1999.

VENEDIKTOV, D. Alma-Ata y su proyección. *Foro Mundial de la Salud; Revista Internacional de Desarrollo Sanitario.* Bélgica: OMS, v.19, n.1, 1998.

WERNER, D. Transformando a atenção à saúde em investimento; os mais recentes ataques em grande força contra a atenção primária à saúde. Resumo editorado in *Contact.* n.92, mar/abr. 1995, p. 1-4.