

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

**A Estratégia Saúde da Família no Brasil:
Uma alternativa à reversão do modelo neoliberal na saúde?**

RIO DE JANEIRO
Dezembro de 2010

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM GERÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**A Estratégia Saúde da Família no Brasil:
Uma alternativa à reversão do modelo neoliberal na saúde?**

BIANCA JENIFFER VIEIRA MARQUES

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio de Gerência em Serviços de Saúde.

Orientador: Raquel Moratori
Co- Orientador: Marcello Coutinho

**A Estratégia Saúde da Família no Brasil:
Uma alternativa à reversão do modelo neoliberal na saúde?**

BIANCA JENIFFER VIEIRA MARQUES

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio de Gerência em Serviços de Saúde.

Aprovado em ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Gilberto Estrela Santiago (EPSJV/Fiocruz)

Marcello de Moura Coutinho (EPSJV/Fiocruz)

Raquel Barbosa Moratori (EPSJV/Fiocruz)

*Dedico este trabalho à minha tia
Ana Cristina e sua árdua luta
pela vida.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que contribuíram à sua maneira para que eu tivesse uma boa formação.

Aos meus orientadores, Marcello Coutinho e Raquel Moratori por terem me auxiliado não só na elaboração deste trabalho, mas também nos momentos de dificuldade pelos quais passei.

Aos meus companheiros politécnicos, em especial, Ana Paula, Andressa, Carolina, Paula e Ramón, por todos os momentos que compartilhamos e sentimentos que partilhamos.

Às minhas amigas Shauanny, Érica e Flávia por me incentivarem a não desistir e a lutar para conseguir alcançar meus objetivos.

“Eu poderia suportar, embora não sem dor, que tivessem morrido todos os meus amores, mas enlouqueceria se morressem todos os meus amigos.” (Vinícius de Moraes)

RESUMO

O presente estudo analisa em que medida a Estratégia Saúde da Família (ESF) atua como um elemento contra-hegemônico à perspectiva neoliberal, por representar uma progressiva ampliação da Atenção Básica e conseqüentemente uma reversão ao modelo biomédico/ hospitalocêntrico, ou até que medida tal programa expressa um caráter de focalização proposto por organismos internacionais difusores do neoliberalismo. Para tanto, através da metodologia de revisão de literatura, recupera-se a história das políticas de saúde no Brasil e da perspectiva neoliberal, de forma a problematizar até que ponto a saúde e neoliberalismo estão interligados e como isso se reflete na construção e consolidação do SUS. Por fim, este trabalho pretendeu discutir os principais postulados teóricos referentes ao binômio focalização/universalização, que divide a opinião de muitos autores no que diz respeito ao caráter altamente negativo ou positivo das medidas focais no perfil de atenção à saúde. PALAVRAS-CHAVES: estratégia saúde da família, focalização, neoliberalismo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DISCUSSÃO DO OBJETO	11
2.1. NEOLIBERALISMO:PRESSUPOSTOS E CONTEXTO POLÍTICO	11
2.2. REFLEXÕES SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
3. CONCLUSÕES FINAIS	27
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende compreender se a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa, concretamente, uma alternativa à reversão do modelo neoliberal na saúde. Para tanto, serão analisados aspectos presentes nesta política pública, considerando o seu caráter focal e o poder de influência das agências internacionais no setor saúde, as quais são entendidas, em geral, como propostas neoliberais que obstaculizam a garantia acesso e qualidade.

Por outro lado, a progressiva ampliação da Atenção Básica, com destaque para a própria ESF traz elementos que podem ser entendidos como contra-hegemônicos à perspectiva neoliberal.

Vale ressaltar, que a decisão de discutir neste trabalho a influência do neoliberalismo na organização e a implementação das políticas de saúde, relacionando com as agências internacionais surgiu com a aproximação da autora com o tema da ESF, proporcionado pelas aulas do Trabalho de Integração da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), onde foi possível obter maior conhecimento sobre a organização desta estratégia, a partir de discussões e reflexões sobre os avanços e desafios da ESF.

Assim como, sobre o financiamento do SUS e o ideário neoliberal através das aulas de Financiamento em Saúde e Sociologia, também proporcionadas pela EPSJV, o que fez surgir várias indagações a respeito da razão do sistema de saúde do Brasil não se efetivar com todos os seus princípios e diretrizes propostos. A partir daí, pensar porque a ESF que é tida por muitos como uma eficaz estratégia para a melhoria da saúde da população não é mais abrangente.

Acredita-se que o tema tem sua relevância, não só por sua atualidade, mas também devido à carência de discussões sobre a atuação dos organismos internacionais, estreitamente vinculados com o ideário neoliberal, e seus impactos e influência na saúde brasileira, principalmente na Estratégia Saúde da Família¹.

¹ Inicialmente, a saúde da família foi concebida como um programa. Mas, a partir de 1996, o Ministério da Saúde passou a romper com este conceito que estava vinculado a uma ideia de verticalidade, passando a utilizar a denominação “estratégia” por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da saúde.

Nesse sentido, é necessário abordar o neoliberalismo, o qual é um fenômeno distinto do liberalismo clássico do século XIX². Nasce com o intuito de combater o Estado Intervencionista ou de Bem-Estar Social. Os neoliberais defendiam um Estado mínimo, onde o governo deveria estar concentrado em desvalorizar a intervenção estatal na economia, dando assim vitalidade à concorrência (UGÁ, 2004).

A arquitetura mundial vem se configurando através do receituário de agências internacionais fortemente controladas pelos países desenvolvidos, e, desde 1980, agências como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional passam não só a ditar a economia do mundo, mas tornam-se difusores do neoliberalismo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil pode ser entendido como um modelo que está na contramão do neoliberalismo. O SUS surgiu como uma conquista do movimento pela Reforma Sanitária, após um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período (GOUVEIA; PALMA, 1999).

A organização do SUS procura superar as estratégias privatizantes propostas pelo neoliberalismo. Esse novo modelo, inscrito na Constituição brasileira de 1988 definiu o princípio da universalidade para as ações de saúde, a descentralização e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. A implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação das Leis 8.080 e 8.142 (Leis Orgânicas da Saúde), e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, desde o início da implantação do SUS, diversos problemas se colocaram para sua operacionalização, entre eles: O modelo hospitalocêntrico vigente, o que dificulta a implementação de um sistema de serviços de saúde democrático (VIANNA; POZ, 2005).

² O liberalismo clássico também denominado “tradicional”, “laissez-faire” ou “de mercado”, resultou da fusão do liberalismo político, principalmente, pela contribuição do filósofo John Locke com o liberalismo econômico do século XVIII, através das ideias defendidas pelo filósofo e economista Adam Smith. No livro “A riqueza das nações”, Smith defendeu a não-intervenção do Estado na economia, já que segundo seu postulado, o próprio mercado capitalista dispunha de mecanismos próprios de regulação da mesma: a chamada “mão invisível”.

Com o propósito de ser uma alternativa à de reversão do modelo biomédico / hospitalocêntrico surgiu na década de 1990 a Estratégia Saúde da Família - inicialmente formulada como um programa - que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. A ESF estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Integra-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (RIBEIRO, 2004).

Entretanto, uma série de polêmicas surgiram por conta do caráter focalizador da atenção no nível primário e estas dizem respeito à implantação da estratégia e à possibilidade de que tal programa expressasse políticas de focalização propostas por organismos internacionais, difusores do neoliberalismo. Assim como, as formas de contratação e estratégias de fixação de médicos e dos agentes comunitários que acabam tendo vínculos precários de trabalho.

Desta forma, este estudo, através de uma revisão de literatura visou compreender em que medida a Estratégia Saúde da Família atingiu o seu propósito e/ou manteve seu caráter focal e do poder de influência das agências internacionais.

2. DISCUSSÃO DO OBJETO

2.1. NEOLIBERALISMO: PRESSUPOSTOS E CONTEXTO POLÍTICO

O pensamento neoliberal surgiu logo após a II Segunda Guerra Mundial como uma posição crítica ao Estado Intervencionista Keynesiano. Essa reação teórica e política se fundamentou na contribuição dada pelo economista Friedrich Hayek, em que este atacou intensamente toda e qualquer intervenção do governo na economia, ao escrever “O Caminho da Servidão” de 1944 (PEREIRA, 2004).

Em 1947, uns grupos de pensadores que se alinhavam ao pensamento neoliberal, entre eles Hayek e Milton Friedman, reuniram-se em Mont Pèlerin, Suíça, com o propósito de se oporem ao surgimento do Estado de Bem-Estar Social (EBS), uma vez que para estes,

a economia política que sustentava o EBS, caracterizada por investir em encargos sociais e ter um Estado como regulador das atividades mercantis, não deixava o mercado livre para competir e conseqüentemente prosperar (CHAUÍ, 2006).

As idéias neoliberais não logram êxito imediatamente. Em 1973, há a chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação. A partir daí, as idéias neoliberais começam a ganhar maior espaço. As raízes da crise, segundo Hayek e seus companheiros, estavam localizadas no excessivo poder dado aos sindicatos, e de maneira mais geral, o movimento operário, que havia pressionado por aumentos salariais e exigido aumento dos encargos sociais, fazendo com que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (ANDERSON, 1995).

A doutrina neoliberal propõe medidas para o controle da crise e retomada do crescimento. Os neoliberais defendiam um Estado mínimo, onde o governo deveria estar concentrado em diminuir o poder dos sindicatos, controlar e diminuir os gastos sociais, enfim, seu objetivo era desvalorizar a intervenção estatal na economia (UGÁ, 2004).

O neoliberalismo se apresenta como uma alternativa para a crise do Estado de Bem-Estar Social, uma vez que os defensores do Intervencionismo foram incapazes de propor soluções a uma crise que apresentava queda da lucratividade, declínio do crescimento econômico, endividamento do Estado entre outros aspectos, pressionando por soluções. Desta forma, o discurso neoliberal foi conseguindo aos poucos conquistar sua hegemonia, iniciando suas experiências governamentais em 1979, na Inglaterra com Margareth Thatcher, Ronald Reagan em 1980 nos Estados Unidos e depois se difundindo pelo mundo (PEREIRA, 2004).

Na América Latina o neoliberalismo somente se instalará no fim da década de 1980. Isto porque a Era de Ouro destes países foi marcada pelo desenvolvimentismo, que entrou em crise na mesma década. (WALLERSTEIN, 2000 *apud* UGÁ, 2004). O governo de Pinochet no Chile é o precursor das práticas neoliberais na América Latina: “forte desregulação, desemprego maciço, repressão sindical, redistribuição de renda em favor dos ricos e privatização dos bens públicos.” (ANDERSON, 1995 *apud* UGÁ, 2004, p. 19).

A partir da década de 80, quando os países latino-americanos passam a adotar o ideário neoliberal, a estratégia de política econômica destes passou a se concentrar na renegociação da dívida externa (UGÁ, 2004).

Neste mesmo período, o International Institute for Economy, dirigido pelo economista John Williamson, promoveu uma reunião em 1989, cujo objetivo era discutir as reformas necessárias para que a América Latina saísse da década da estagnação, inflação e dívida externa. Segundo Bresser-Pereira (1991, p. 6) a abordagem realizada em Washington apontou dois principais motivos para a crise latino-americana:

“[...]a) O excessivo crescimento do Estado, traduzido em protecionismo (o modelo de substituição de importações), excesso de regulação e empresas estatais ineficientes e em número excessivo; e b) o populismo econômico, definido pela incapacidade de controlar o déficit público e de manter sob controle as demandas salariais tanto do setor privado quanto do setor público.”

Dessa reunião, voltada para discutir a “salvação” da América Latina foram elaboradas um conjunto de propostas políticas e reformas, que John Williamson denominou “Consenso de Washington” (UGÁ, 2004).

Sendo assim, estes países deveriam se sujeitar às seguintes regras: disciplina fiscal; redução dos gastos; reforma tributária; juros de mercado; câmbio de mercado; abertura comercial; investimento estrangeiro direto, com eliminação das restrições; privatização das estatais; desregulação – afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas; direito de propriedade.

“Observe-se que as cinco primeiras reformas poderiam ser resumidas em uma: promover a estabilização da economia através do ajuste fiscal e da adoção de políticas econômicas ortodoxas em que o mercado desempenhe o papel fundamental. As cinco restantes são formas diferentes de afirmar que o Estado deveria ser fortemente reduzido. Esta lista de reformas é, portanto, perfeitamente coerente com o diagnóstico de que a crise latino-americana origina-se na indisciplina fiscal (populismo econômico) e no estatismo (protecionismo nacionalista).” (BRESSER-PEREIRA, 1991, p.6)

Segundo Ugá (2003), os organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial utilizaram-se do receituário político do Consenso de

Washington para condicionar a renegociação da dívida externa dos países latino-americanos. Dessa maneira, a “capacidade de decisão” (FIORI, 2001 *apud* UGÁ, 2003) desses países foi transferida para estes organismos que passaram a ditar os seus “passos”.

Desde 1980 o Banco Mundial, juntamente com o FMI, vem atuando como disseminadores do neoliberalismo. Essas duas agências, fortemente controladas por países ricos, tornaram-se não só emprestadores, mas também passaram a ‘ordenar’ a economia mundial. E, principalmente, nas décadas de 70 e 80, passaram a cobrar seus empréstimos. E em 1983, o Brasil por conta da crise que passava, obteve empréstimos do FMI. A partir de então, para que o país continue dependente, não só esta agência, mas também o Banco Mundial usam o endividamento para favorecer seus interesses, impondo mudanças através de reformas neoliberais, propostas pelo governo como se fossem a única alternativa para desenvolver o país (BRASIL, 1999).

Pode-se destacar como traços mais marcantes, no período pós segunda guerra, a criação de um conjunto de organismos internacionais “regidos” pelo governo norte-americano. Entre estas criações destacam-se as Nações Unidas e as instituições da conferência de Bretton Woods. Nesta última, realizada ainda durante a Segunda Guerra Mundial, o principal objetivo era traçar o contorno da nova ordem mundial após a vitória dos aliados e o resultado foram propostas de criação de duas agências internacionais: o FMI e a primeira organização do Banco Mundial, o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) (MATTOS, 2001).

O Banco Mundial se constituiu em instrumento para difundir a noção de desenvolvimento econômico, que emergia no pós-II Guerra Mundial, conceito este que tinha por referência teórica explicativa o crescimento da economia dos países centrais do capitalismo, particularmente dos Estados Unidos da América.

Também logo após a segunda guerra a Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada e em seu entorno outras instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) - sua agência especializada no tema saúde- e alguns programas com Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (MATTOS, 2001).

Na década de 1960 pode-se dizer que há uma remodelagem em relação à configuração da arquitetura da ordem mundial, em que novas agências internacionais são

criadas e os países desenvolvidos estabelecem agências governamentais voltadas à cooperação internacional, que buscavam defender junto à outros países seus interesses específicos. Isso se dava através empréstimos ou doações de recursos às nações "em desenvolvimento". A preocupação era tanta que o período chegou a ser chamado de “década do desenvolvimento”. Entretanto, nos anos 90 essa comunidade do desenvolvimento entra em crise. O fim da Guerra Fria e a elevação do fluxo de capitais privados em direção aos países em desenvolvimento põem em dúvida a necessidade da ajuda internacional ao desenvolvimento. Além disso, a política de contenção de gastos públicos adotada pelos países desenvolvidos gerou uma queda nos recursos mobilizados pelas agências nacionais de cooperação internacional. Sendo assim, o tema do desenvolvimento deixa de ser central, ao menos para as elites dos países desenvolvidos, mas que de qualquer forma são os que sustentam política e financeiramente àquela comunidade internacional. Como consequência disto, as agências nacionais e internacionais dão espaço para outra discussão, que não a ideia de ajuda ao desenvolvimento: a redução da pobreza (MATTOS, 2001).

O Banco Mundial logo adere a essa nova configuração. Ele adota o slogan “nosso sonho é um mundo sem pobreza” e passa a justificar todas as suas iniciativas baseadas no combate à pobreza. Além disto, o Banco buscou produzir um consenso sobre o que deve ou não ser apoiado pela comunidade de agências, passando não só a oferecer recursos financeiros, mas também a ofertar ideias que deveriam ser adotadas pela. De fato, ao longo dos anos 80 e 90 o Banco tornou-se um interlocutor privilegiado na comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, inclusive no que diz respeito à saúde (Idem).

A hegemonia conquistada pelo Neoliberalismo nos países desenvolvidos tornou o cenário propício para a intervenção na organização da assistência à saúde, seguindo o receituário das agências internacionais. Em 1993, com o documento “Investindo em Saúde” do Banco Mundial (1993), estas diretrizes são sistematizadas e evidenciam o fato de que a assistência à saúde deve ser transferida ao setor privado. E diferentemente de como se dá em diversos países da América Latina, o Brasil possui uma legitimidade social que o protege de estratégias privatizantes: Sistema Único de Saúde (SUS). Aqui a organização do SUS foi realizada com base na mobilização popular do movimento da reforma sanitária e, mesmo com a influência das políticas neoliberais, o sistema de saúde brasileiro continua seguindo como essencialmente universal e público (MERHY & FRANCO, 2002).

Entretanto, em razão principalmente, do sucateamento contínuo, expansão da rede privada de serviços de saúde e irresponsabilidade sanitária dos governos pós-Constituição Federal de 1988, a implementação do SUS não conseguiu inverter o modelo assistencial ainda predominante no país caracterizado pela prática "hospitalocêntrica", não atendendo de forma satisfatória à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Além disso, a rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, passou a ser assessória e desqualificada, perdendo seu potencial de resultados e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada. Por outro lado, pesquisas ao longo dos anos apontaram que as unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2000).

Como resultante de experiências anteriores, tais como a medicina comunitária e a interiorização de serviços de saúde e, mais recentemente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no estado do Ceará, o Ministério da Saúde (MS) assumiu uma demanda do movimento sanitário no sentido de inverter a lógica biomédica na prestação de serviços de saúde a serem ofertados à população. O que ocorreu com a implantação em 1991, do PACS e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Nesse sentido, a proposta de medicina comunitária foi assumida com ênfase na atenção básica (FAUSTO & MATTA, 2007).

2.2. REFLEXÕES SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, ainda na década de 40, fazia-se já sentir uma grande falta de médicos com formação geral, pois era acentuada a preferência dos médicos pela formação especializada, atraídos pelos recursos técnicos da ciência médica. No início da década de 1960, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrava-se preocupada com a formação do chamado "Médico de Família" e, em 1966, nos Estados Unidos da América, foram dados os primeiros passos nesse sentido que culminaram com o reconhecimento da Medicina Familiar como especialidade médica, em 1969. Esta nova especialidade surgiu com a finalidade de conter a demanda para a especialização médica, hospitalização e serviços especializados. Ao longo da década de 1960, acentuou-se a crise do setor saúde,

caracterizada pela baixa cobertura, pouco impacto e altos custos das ações de saúde, o que levou a um aumento da pressão por parte de alguns setores organizados da sociedade civil sobre o governo, exigindo a melhoria das condições de saúde, tendo em conta as altas taxas alcançadas pelo PIB durante o período do “milagre brasileiro”. Surgem, então, (ainda nessa década) iniciativas focais de reforma dos serviços de saúde através dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) e reforma de ensino através da Integração Docente Assistencial (IDA). No Brasil, foi em Ribeirão Preto que teve lugar a experiência pioneira de formação de recursos humanos em Saúde Coletiva, através da criação de um programa de residência que, baseado nos princípios de medicina integral, buscava treinar os médicos, simultaneamente, em ações preventivas e curativas (D’ÁGUIAR, 2001).

De acordo com D’ÁGUIAR(2001), desde janeiro de 1976 já funcionavam dois programas de residência em Medicina Geral Comunitária: o sub-programa de internado e residência no Hospital Regional Rural do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e o programa de residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Atualmente chamam-se Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. Inspirado nos princípios da Medicina Geral Comunitária foi formulado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1976. O PIASS assume o caráter de uma estratégia política dirigida inicialmente e, sobretudo para o Nordeste brasileiro, com a finalidade de implantar estruturas básicas de saúde nas comunidades de até 20.000 habitantes, assim como contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local. O programa possuía como diretrizes básicas a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas; a ampla participação comunitária e a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde seriam substituídas por serviços de saúde de caráter permanente.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária foi determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde e teve seu apogeu quando conseguiu que a saúde fosse declarada como um direito do cidadão e um dever do Estado, na Constituição Brasileira de 1988.

No início da década de 1990, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, garantindo-lhe cobertura adequada. Tem-se,

assim, de um lado, a carência de cobertura na saúde, associada à crise de financiamento do setor; de outro, os resultados positivos alcançados pelo PACS quanto à diminuição da mortalidade infantil e materna. Tornou-se, então, pauta política no Ministério da Saúde a viabilização de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do PACS e criar as condições para a sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. No que diz respeito a experiências mais aproximadas e de repercussão mais imediata na formulação do PSF, é possível destacar o Programa de Médicos de Família da Fundação Municipal de Saúde, em Niterói (RJ). Este programa sofreu influência direta do modelo cubano de medicina familiar, que foi efetivada por meio de um processo de colaboração entre técnicos cubanos e fluminenses visando à adaptação da experiência daquele país à realidade sócio-político-cultural do município brasileiro, considerando também os princípios e as diretrizes do SUS. O programa desenvolveu-se de forma paralela à rede municipal. As equipes constituem-se de um médico generalista e um auxiliar de enfermagem que contam com supervisão clínica nas como na área de clínica médica, pediatria, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social.

Os ACS não foram integrados a essa experiência; entretanto, os auxiliares de enfermagem são recrutados nas comunidades abrangidas pelo programa, sendo qualificados pelos médicos no próprio serviço. O trabalho é organizado em horário integral, tendo como núcleo básico de abordagem a atenção à família. O atendimento da população é realizado nos módulos (unidades ambulatoriais) e nos domicílios, incluindo atividades de visita hospitalar a pessoas internadas, assim como atividades com objetivos educativos e de assistência e promoção social. Um diferencial importante nessa experiência residiria no estabelecimento de uma nova relação médico-paciente, na revisão da prática médica, na forma de contratação, capacitação, supervisão e avaliação dos profissionais e na parceria entre governo municipal e associações de moradores na gestão do Programa (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Pode-se afirmar que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não mais tão somente no indivíduo, dentro das

práticas de saúde, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família), além de introduzir uma visão ativa da intervenção em saúde, agindo preventivamente sobre as demandas, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da mesma.

Outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica, que são elementos fundamentais que constituem a concepção do Programa Saúde da Família. Na verdade, o ministério institucionalizou, nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país (VIANNA; POZ, 2005).

A implementação do PACS começou pelos estados da região Nordeste, mais precisamente no estado da Paraíba, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. E foi, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município. E, portanto, a escolha dos agentes tomou relevância no processo de implantação do PACS, envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc. Outra questão relevante nesse processo foram as condições institucionais da gestão da saúde no nível local, como grau de participação dos usuários; formação dos conselhos de saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis, etc. (Idem).

A adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa. Pode-se afirmar que, pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado essa forma, ele não constituiu, então, apenas mais um programa vertical do Ministério da Saúde. Foi também um braço auxiliar na organização dos sistemas locais de saúde e um instrumento de (re) organização do SUS, tornando-se um programa com grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa: agentes e comunidade. Esse processo se consolidou em março

de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos realizados pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Por último, cabe assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF (VIANNA; POZ, 2005).

Através do PACS, o Ministério da Saúde legitimou a função do Agente Comunitário. Atualmente, segundo a lei n. 11.350 de cinco de outubro de 2006, que regulamenta a atividade do ACS, determina que o agente deve morar na comunidade onde trabalha, ter concluído o ensino fundamental, além de haver concluído, de forma proveitosa, o curso de formação inicial e continuada. Entretanto, é necessário destacar a precarização dos contratos do ACS, mesmo sendo esses trabalhadores a força de trabalho de maior expressão numérica na saúde da família. E em maio de 2003, quando se discutia no âmbito do Ministério da Saúde as bases da formação desses trabalhadores, somavam 170.423, constituindo um conjunto muito significativo de trabalhadores em situação precarizada em relação ao vínculo (76,7%), uma vez que somente 23,3% dos ACS têm contrato de trabalho regido pela CLT. Tal situação, associada ao quadro relativo do salário, torna-se ainda mais grave, pois 77,72% desses trabalhadores recebem uma remuneração de até R\$ 250,00 (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Conforme Vianna & Poz (2005), o Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família. Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do programa dos agentes para outros tipos de profissionais). A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta.

Partia-se do êxito do PACS, por um lado, e da necessidade de incorporar novos profissionais, para que os agentes não funcionassem de forma isolada, por outro. Dessa maneira, ao final da reunião emergiu a proposta do Programa de Saúde da Família. O primeiro documento do programa data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994). Suas diretrizes foram concebidas a partir da reunião de dezembro de 1993. A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco (Idem).

A equipe de saúde do PSF é composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o número de ACS suficiente para cobrir toda a população cadastrada, com limite de 12 agentes por equipe, sendo cada equipe responsável por uma área definida, com 600 a 1000 famílias.

A partir da Estratégia de Saúde da Família começaram as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos. A ESF evidenciou que determinadas atividades não podem ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração de tipo per capita. Assim, a estratégia foi peça importante para as mudanças propostas pela NOB-96. Por essa nova Norma, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), que previa remuneração per capita para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde (parte fixa do PAB), além de recursos adicionais para aqueles que estivessem implementando a ESF. Vianna & Poz (2005) consideram esse tipo de incentivo deverá ocasionar uma rápida expansão do programa e a definição de sua entrada no sistema municipal de saúde. De certa forma, a tendência é que a ESF se torne um programa para as populações mais deprimidas socialmente e continue o modelo antigo em algumas áreas, de pouco risco, dentro dos municípios. Entretanto, em municípios carentes, ele pode vir a ser o modelo único de assistência (VIANNA; POZ, 2005).

A ESF remunera o médico diferenciadamente, para atrair melhores profissionais; porém, o sistema formador não está orientado para a formação de médicos generalistas, o que dificulta a contratação desse tipo de profissional e a expansão do programa. Os pólos deverão, então, solucionar esse entrave, de forma inclusive a estimular uma mudança nos currículos das escolas médicas. Por outro lado, reforçam o papel dos estados na implementação do programa e podem atuar como mecanismo de pressão para uma maior participação dessa instância de governo nos rumos da ESF. A estratégia foi incorporado, ainda, ao Projeto REFORSUS³, do Banco Mundial. Com efeito, serão privilegiadas as unidades básicas de saúde da ESF para os investimentos financiados por esse projeto. Todos os incentivos criados devem ocasionar maior expansão da estratégia e redefinição do modelo assistencial do SUS (Idem).

³ O Projeto “Reforço à Reorganização do SUS” - REFORSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do BID e Banco Mundial e tem como objetivo implementar ações estratégicas destinadas a fortalecer o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS, de modo a contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos bens e serviços de saúde.

O Reforsus, lançado em 1997, é um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridade da Política de Saúde; publicação da Portaria MS/GM nº. 1882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB), e da portaria MS/GM nº. 1886, com as normais de funcionamento do PSF e do PACS.

Como lembram Vianna & Poz (2005), um importante instrumento de legitimação e expansão do grau de visibilidade da ESF, além de ter sido o canal de articulação da saúde com outras áreas (trabalho, previdência, saneamento, etc.), foi o Comunidade Solidária (CS). Por outro lado, também facilitou a adoção da ESF pelos estados, tendo em vista que, em cada um, o CS possui um representante que mantém contato direto com o governador. O fato de o CS ter elegido o PACS e ESF, deu ao último maior visibilidade e o legitimou dentro do próprio ministério.

Para enfatizar a magnitude da ESF, CORBO; MOROSINI & PONTES (2007) destacam as metas de implantação da estratégia estipuladas pelo Ministério da Saúde. A meta, para o final de 2006, era ampliar o número de equipes para cerca de trinta de dois mil, e conseqüentemente possibilitará o aumento no número de atendimento de cem milhões de pessoas, o que equivale a uma cobertura de aproximadamente 77% da população brasileira. Em dezembro do mesmo ano, o MS divulgou os resultados: a população acompanhada pelos agentes chegou a 109.712.383 habitantes e um total de 85.734.139 habitantes acompanhados pela ESF. Estes números equivalem a uma cobertura de cerca de 77% da população brasileira. Para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 2002, apoiado pelo Banco Mundial, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF⁴). O volume total de recursos para os sete anos de vigência do programa (2002-2009) é de US\$ 550 milhões, sendo 50% financiado pelo Banco Mundial e 50% como contrapartida do governo brasileiro.

⁴ O PROESF tem como objetivo o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica no país por meio do investimento em estratégias de qualificação dos trabalhadores e de monitoramento e avaliação da atenção básica. Os recursos disponibilizados pelo projeto visam, também, a auxiliar a implantação e consolidação do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes por meio da reestruturação das unidades e equipes do programa, da integração com os outros níveis do SUS e do aperfeiçoamento da gestão do sistema.

Segundo dados do próprio Ministério da Saúde os resultados alcançados em 2008 foram um total de 29.300 Equipes de Saúde da Família implantadas, em 5.235 municípios, cobrindo 49,3% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 93,5 milhões de pessoas. Enquanto que em 2009 o total de Equipes de Saúde da Família implantada foi de 30.328, em 5.251 municípios, cobrindo 50,7% da população brasileira, correspondendo a cerca de 96,1 milhões de pessoas.

Em 1999, por meio da portaria n. 1.329, de 12 de novembro, o financiamento do PSF se estruturou não mais sob a lógica de número de equipes implantadas; o que passou a definir o montante de recursos repassados ao município foi o percentual de cobertura populacional realizado pelas equipes de PSF. A portaria instituiu também o valor de dez mil reais, como incentivo adicional, por equipe de PSF implantada. A portaria n. 396, de 4 de abril de 2003, reajustou em 20% os valores dos incentivos financeiros ao PSF e Pacs, além de definir um financiamento diferenciado para a implantação do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes. O governo federal mais do que duplicou os recursos destinados ao PSF entre 1999 e 2000, o que correspondeu a uma decisão política de despertar um maior interesse dos gestores municipais pela expansão deste programa (Mattos, 2002).

Entretanto, na nova portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o financiamento das equipes de Saúde da Família volta a ser repassado aos municípios, levando-se em consideração o número de equipes implantadas. Neste mesmo ano, considerando a expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e primeiro nível da atenção à saúde no SUS (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Também em 2006 foi firmado pelo Ministério da Saúde e representantes dos Conselhos Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Pacto pela Saúde. Este pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento: Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da

Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde (Idem).

A Estratégia Saúde da Família torna-se um (re)estruturador dos serviços, isto é, passa a ser (mais) claramente um instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS, porque se deseja que este sirva como exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo dominante, de acordo com os princípios do SUS e a partir da Atenção Básica à Saúde (Brasil, 1997 *apud* SISSON, 2007).

A Atenção Primária à Saúde (APS), tida hoje em dia no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS), tem sido desde 1960 um modelo adotado por diversos países com o objetivo de proporcionar um melhor e maior acesso ao sistema de saúde, tentando reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar. O fortalecimento internacional da APS relaciona-se com a medicina preventiva, que propunha que a atenção médica, em sua fase inicial, se fizesse mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos. A partir disto forma-se uma cultura que localiza a atenção primária na fase inicial do cuidado. Sob os pilares da medicina preventiva, a medicina comunitária foi ampliada e disseminada para vários países, tendo forte repercussão nos países pobres, onde essas propostas se transformaram em estratégias do governo para melhora no desenvolvimento econômico e social. De acordo com FAUSTO & MATTA (2007, p. 43) em:

diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia mais simples e limitada. Em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersectoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico. (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 43)

Como afirmam Fausto & Matta (2007), nos anos 70, com o forte apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), a APS ganha destaque nas políticas de saúde. Mas sua definição somente foi realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, na Conferência de Cuidados Primários em Saúde. A OMS enfrentou resistências políticas e econômicas, uma vez que a proposta para a APS defendida na Conferência conflitava, por exemplo, com a fabricação de leite por defender o aleitamento materno. A Conferência desde o começo já apresentava discussões sobre duas formas distintas de se entender a atenção: em

sentido integrado ou em sentido seletivo. No ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, foi realizada na Itália a Conferência de Bellagio, onde a noção seletiva da APS se disseminou. Para os que defendiam a atenção seletiva, a concepção integral defendida em Alma-Ata era muito ampla e idealizada, tornando-se uma estratégia com pouca aplicabilidade. Essa discussão percorreu toda a década de 80 e até mesmo 90.

As agências internacionais apoiaram amplamente a disseminação de programas seletivos de atenção primária em países pobres, objetivando uma cobertura de base e de baixo custo. Com a crise econômica dos anos 80, em que o neoliberalismo era uma emergência nos países desenvolvidos, as políticas de ajuste estrutural e as ideias sobre um governo que deveria reduzir os gastos públicos, influenciou na escolha de projetos com menor custo e prazo. Percebe-se que o viés econômico ganha destaque na agenda dos organismos de cooperação internacional e instituições como o Banco Mundial, tornam-se difusores de ideias focalizadas e seletivas das ações do governo, inclusive no campo da saúde. E praticamente nos anos 90 a OMS abandonou a proposta de APS integral (FAUSTO & MATTA, 2007).

Mais recentemente, com as evidências de que tais medidas não reduziram a pobreza, tanto o Banco Mundial quanto a OMS tem repensado suas posições. E o conceito ampliado de saúde, baseado na noção extensa de cuidados que devemos ter com a saúde, não comporta ações restritas na APS. No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar um sistema integral e universal de atenção à Saúde. Até a formulação do PSF não existia no MS nenhuma área que abrigasse a atenção básica como nível de atenção (Idem).

O caráter focalizador da atenção no nível primário causou uma série de polêmicas que envolvem a implantação da estratégia e dizem respeito à possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do PACS, expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais. Isto se deve a dois motivos possíveis: ou porque inicialmente a definição da implantação do programa priorizasse as áreas de risco e/ou porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde e/ou ainda devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, baseadas em baixa incorporação tecnológica, o fato é que algumas análises sobre a

ESF (Misoczky, 1994; Paim, 1996 apud Senna, 2002) tendem a identificá-lo como uma simplificação da atenção à saúde, um sistema de saúde pobre para os pobres.

No bojo da crise dos anos 1990, em um contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, a ESF emerge. Estas agências propunham uma agenda de reformas baseadas no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. Ao mesmo tempo, o Banco Mundial critica o modelo de assistência, assentado no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e no pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde (SENNA, 2002).

As análises sobre os efeitos das orientações dessas agências multilaterais no setor saúde no Brasil reafirmam o caráter altamente negativo que tais medidas assumem no perfil de atenção à saúde. Partem do pressuposto de que as adoções de tais causam a progressiva redução no financiamento do setor, a incapacidade de regulação por parte do Estado e a falta de compromisso frente às inúmeras carências de uma população profundamente desgastada pelas difíceis condições em que vive. Ao mesmo tempo, o alargamento de inúmeras propostas de focalização, põe em cheque a universalidade do direito à saúde, preconizando um sistema público de saúde para os pobres e excluídos. Dentro desse quadro, a ESF é vista por alguns como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados (SENNA, 2002).

Segundo Vianna & Poz (2005), é possível haver práticas focalizadas dentro do universalismo e, ao mesmo tempo, dado o caráter de algumas práticas, fazê-las instrumentos de (re)organização da política universal. Para estes autores, a ESF vem se expandindo de forma focalizada, à medida que são selecionadas, para sua implantação, áreas e populações de risco que podem, inclusive, corresponder a quase 80% da população de um município. Essas experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se podem ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes. A formulação do PSF foi fruto, inclusive, do sucesso de práticas (anteriores) focalizadas dentro da política universal, e que constituíram instrumentos de reorganização e reestruturação do

próprio sistema de saúde. O programa evidencia, assim, a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes.

Sisson (2007) afirma que, por outro lado a focalização pode adquirir sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva. No sentido de que através do impacto da ação política, seja possível ampliar, de modo que se faz necessário pautar-se nas prioridades de atenção à saúde, o acesso econômico, social e cultural daqueles segmentos mais vulneráveis da população. Nesse sentido a focalização assume caráter de inclusão de grandes grupos populacionais que se encontram fora do acesso a um mínimo de garantias sociais, à medida que a focalização tende a assumir um caráter altamente positivo ao se constituir uma condição necessária de garantia de acesso aos setores sociais excluídos (RAWLS, 1997; SENNA, 2002 apud SISSON, 2007).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as limitações de um estudo deste porte, se conclui que a trajetória do mesmo possibilitou uma análise, mesmo que ainda restrita, da Estratégia Saúde da Família, procurando refletir sobre de que forma esta política colabora ou não para a consolidação do SUS.

Buscou-se demonstrar nesse trabalho que as políticas de saúde podem não estar excluídas das influências das idéias neoliberais. Essas idéias que não somente foram implantadas no Brasil, mas também em diversos países, foram o foco da década de 1990, marcada por uma série de transformações, baseadas no chamado Consenso de Washington.

O Brasil tem na sua história um processo de lutas, a Reforma Sanitária, que foi essencial para a construção de um sistema de saúde fundamentalmente público, o que se coloca contra os ideais neoliberais.

A presente monografia se preocupou em apresentar e discutir sob as agências multilaterais, no sentido de manifestar que tais instituições, que se estabeleceram como grandes produtoras de consenso em torno de qual seria a melhor forma do mundo ser conduzido, trouxeram suas influências para o setor saúde, com foco para a Estratégia Saúde da Família.

Observou-se que a discussão sobre essa estratégia é muito ampla e divide a opinião de muitos autores, principalmente no que diz respeito à mesma sobre representar uma concreta

alternativa à reversão do modelo biomédico e hospitalocêntrico, em função da universalização do acesso e da crescente ampliação da atenção básica no Brasil. De fato, este presente trabalho, não se preocupou ao menos nesse momento, em apresentar uma posição quanto a isto. Mas sim em apresentar a Estratégia Saúde da Família e discutir os principais postulados teóricos referentes ao binômio focalização / universalização.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. **Balço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 09-23.

BRASIL, Ministério da saúde. **Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública 34(3): 316-319, TAB. 2000 Jun. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lang=pt > Acesso em: 25 de junho de 2010.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A crise da América Latina: consenso de Washington ou crise fiscal?**. Pesq. Plan. Econ., v. 21. n. 1, abr. 1991. Disponível em: <<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/883/820>> Acesso em: 20 de maio de 2010.

CORBO, Anamaria D'Andre; MOROSINI, Márcia Valéria; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde**. In: Morosini, Márcia Valéria G.C. Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro:

EPSJV/Fiocruz, 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. 13ª ed. São Paulo: Ática, 2006.

CONILL, Eleonor Minho. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S191-S202. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em: 25 de junho de 2010.

D'ÁGUIAR, José Manuel Monteiro. **Programa Saúde da Família no Brasil**. A Resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). Rio de Janeiro, 2001.

FAUSTO, M. C. R. & MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. pp. 43-67.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social**. *Estud. av.* vol.13 no.35 São Paulo Jan./Apr. 1999.

MATTOS, Ruben Araújo de. **As agências internacionais e as políticas de saúde dos anos 90**: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência e saúde coletiva*, 6 (2): 377 – 389, 2001.

MERHY E, FRANCO TB. **Programa Saúde da Família**: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, 2002.

PEREIRA, William Eufrásio Nunes. **Do Estado liberal ao neoliberal**. *Interface - Natal/RN* - v.1 - n.1 - jan/jun 2004. Disponível em: <<http://www.ccsa.ufrn.br/interface/1-1/artigos/1%20Do%20Estado%20Liberal%20para%20o%20Neoliberal.pdf>> Acesso em: 17 de maio de 2010.

REDE JUBILEU SUL / BRASIL. **Abc da Dívida**: sabe quanto você está pagando? São Paulo: CESE-CONIC, 1999.

RIBEIRO, Edilza Maria. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.12 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2004

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa saúde da família**: a construção de um novo modelo de assistência *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 25 de junho de 2010.

SAPADJIAN, Fabiana Yezeguielian; **Políticas econômicas neoliberais dos anos 90 que desembocaram na crise de 2001 na Argentina**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.faaop.br/faculdades/economia/pdf/monografias/fabiana_sapadjian.pdf> Acesso em: 20 de maio de 2010.

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública* vol.18 suppl. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 25 de junho de 2010.

SISSON, Maristela Chitto. **Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Eqüidade na Política de Saúde**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/08.pdf>> Acesso em: 22 de maio de 2010.

UGÁ, Vivian Dominguez. **A categoria “pobreza” nas formulações de política social do banco mundial**. *Revista de sociologia e política*, Curitiba, 23, p.55-62, Nov.2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/238/23802306.pdf>> Acesso em: 17 de maio de 2010.

VIANNA Ana Luiza; POZ Mario Roberto Dal. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.