

ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL (1980-2006): ALGUNS DESTAQUES

PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL (1980- 2006): A FEW PROMINENT POINTS

ATENCIÓN BÁSICA EN BRASIL (1980-2006): ALGUNOS DESTAQUES

EUNICE SIMÃO¹

GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE²

ALACOQUE LORENZINI ERDMANN³

A evolução da Atenção Básica no Brasil marca uma trajetória de possíveis avanços na saúde, cuja análise pode apontar alguns destaques. Assim, objetivou-se descrever sua evolução no período de 1980 a 2006, destacando-se alguns aspectos relevantes dessa trajetória. Trata-se de um estudo documental, descritivo-reflexivo e de abordagem qualitativa. A leitura dos documentos, como Portarias Ministeriais relacionadas a Atenção Básica, Normas Técnicas, relatórios do DATASUS, relatórios do Programa da Saúde da Família, relatórios de avaliação de cumprimentos de metas dos indicadores pactuados para a Atenção Básica (SISPACTO), Termos de Habilitação Municipal, relatórios de gestão estadual, Plano Estadual de Saúde e Convênio do PROESF, possibilitou uma visão mais contextualizada dos diferentes enfoques neles abordados e dos avanços obtidos. Depreendeu-se que os processos de avaliação em saúde ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas dos serviços de saúde, prescritivos, burocráticos e punitivos e ainda não subsidiários do planejamento e gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em saúde .

The evolution of Primary Health Care in Brazil marks a trajectory of possible advances in the health system, about which we can indicate a few prominent points. Hence, our objective is to describe its evolution between 1980 and 2006, highlighting a few relevant aspects of such trajectory. This is a documental, descriptive-reflexive and qualitative study. By having read documents such as ministerial decrees related to Primary Health Care, Technical Norms, reports from DATASUS, reports from the program Saúde da Família, evaluation reports related to the reaching of established goals regarding indicators of Primary Health Care (SISPACTO), Terms of Municipal Qualification, state management reports and the State Health Plan and the PROESF Agreement, enabled us to have a more contextualized view of the different approaches observed in such documents as well as of the advances obtained. It was noticed that health evaluation processes are still incipient, little embedded to the practices of health services, and present a prescriptive, bureaucratic and punitive character that do not support planning and management.

KEYWORDS: Primary health care; Health Evaluation; Health Management.

La evolución de la Atención Básica de Salud en Brasil marca una trayectoria de posibles avances en la salud, cuyo análisis puede señalar algunos rasgos importantes. Se escogió el periodo de 1980 a 2006 para describir su evolución, destacándose algunos aspectos relevantes de esa trayectoria. Se trata de un estudio documental, descriptivo-reflexivo y de sondaje cualitativo. La lectura de documentos como: Decretos Ministeriales inherentes a la Atención Básica, Normas Técnicas, informes del DATASUS, informes del Programa de la Salud de la Familia, informes de evaluación de realización de metas de los indicadores pactados para la Atención Básica (SISPACTO), Términos de Habilitación Municipal, informes de gestión provincial, Plan Provincial de Salud y Convenio del PROESF, posibilitaron una visión más contextualizada de los diferentes enfoques abordados en estos documentos y los avances obtenidos. Se pudo concluir que los procesos de evaluación en salud aún son incipientes, poco incorporados a las prácticas de los servicios de salud, obsoletos, burocráticos y punitivos e incluso no subsidiarios de la planificación y gestión

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Evaluación en salud; Gestión en salud.

¹ Enfermeira. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde, Mestre em Saúde Pública pela UFSC (2003). Endereço: Rua Almirante Lamego, 910 – bloco B – apto. 702. CEP- 88015-600, Florianópolis-SC. Fone (48) 32251637. E-mail: eunice@saude.sc.gov.br

² Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Doutor em Enfermagem pela UFSC (2001). Endereço: Departamento de Enfermagem – UFSC – Campus Universitário, s/n. 88040-970 Florianópolis – SC. E-mail: gelsonalbuquerque@yahoo.com.br

³ Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Doutor em Enfermagem pela UFSC (1995). Endereço: Departamento de Enfermagem – UFSC – Campus Universitário, s/n. 88040-970 Florianópolis – SC. E-mail: alacoque@newsite.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, as desigualdades sociais e a concentração de renda produzem condições adversas e determinam a atual situação de saúde da população, em que o surgimento de doenças características das condições do desenvolvimento industrial e estilo de vida das sociedades modernas soma-se à persistência de doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento¹. Porém há um consenso de que o Sistema Único de Saúde representa um grande avanço no tocante às políticas de saúde, tendo em vista que é pautado por práticas democráticas, que permitem o controle social, a transparência da aplicação de recursos e a gestão participativa. No entanto, os princípios da equidade, universalização, regionalização e integralidade da assistência e a resolubilidade das ações clamam por processos de gestão que reorientem a prática atual de fazer saúde^{1, 2}.

Em documentos oficiais recentes observa-se uma preocupação com a responsabilização governamental para assegurar que os direitos sociais sejam realizados e cumpridos. Essa responsabilização requer procedimentos legais e regulatórios específicos que permitam aos cidadãos exigirem seus direitos, caso não sejam atendidas as condições apropriadas, e aplica-se a todas as funções do sistema de saúde. Entretanto, ela exige o monitoramento, a transparência e a melhora contínua do desempenho do sistema de saúde, para que possa estar sujeito ao controle social. Assim sendo, compreendemos que muito temos a fazer e que a sustentabilidade do Sistema de Saúde requer planejamento estratégico situacional e compromissos de longo prazo^{3, 4}.

Observamos que o direcionamento para o alcance desses pressupostos é pautado na implementação de maior cobertura populacional pela Estratégia da Saúde da Família e também na qualificação das Equipes, e esse tem sido um dos assuntos relevantes das inúmeras discussões a respeito do rumo da Atenção Básica no país. Segundo a Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, o processo de trabalho para esse nível de atenção está orientado para ser o primeiro vínculo do cidadão no cuidado à saúde, direcionado por práticas humanizadas oferecidas de forma contínua, na busca permanente pela melhoria do acesso e da qualidade do atendimento. Consiste na organização do trabalho com uma nova concepção de saúde, não mais

centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação mais abrangente das ações programáticas e pelo desenvolvimento das ações intersetoriais, na tentativa de envolver outros determinantes de saúde^{5, 6}.

A trajetória da atenção básica da saúde no Brasil marca esse avanço, porém ainda parece que necessitamos de um olhar mais crítico sobre essa trajetória para detectar quais aspectos foram destacados como relevantes. Diante disso, realizamos este estudo, que tem como objetivo descrever a evolução da Atenção Básica no Brasil no período de 1980 a 2006, destacando alguns aspectos predominantes dessa trajetória, em especial os que se referem à sua eficiência, eficácia e efetividade.

METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se de um estudo documental, descritivo-reflexivo e de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foram utilizadas como fontes primárias as Portarias Ministeriais inerentes à Atenção Básica referentes ao período estudado e as Normas Técnicas foram lidas e compiladas pelos autores. Como fonte secundária utilizaram-se os relatórios emitidos pelo DATASUS, no que se refere às transferências financeiras inter-governamentais, os relatórios de cobertura do Programa da Saúde da Família emitidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, os relatórios de avaliação de cumprimentos de metas dos indicadores pactuados para a Atenção Básica (SISPACTO), os Termos de Habilitação Municipal, o relatório de gestão estadual, o Plano Estadual de Saúde e o Convênio do PROESE.

As informações contidas nos documentos foram examinadas utilizando o método da análise de conteúdo⁷. Todo o esforço teórico, seja ele baseado na lógica quantitativa ou na qualitativa, visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica perante a comunicação de documentos, textos, entrevistas ou resultados de observação⁸.

Na primeira etapa do estudo fez-se a escolha dos documentos a serem analisados de acordo com o objeto da pesquisa. De posse dos documentos selecionados, foi realizada a chamada *leitura flutuante*, que significa deixar-se

impregnar pelo conteúdo das leituras. Na segunda etapa – a *constituição do corpus* –, buscou-se verificar algumas normas de validade qualitativa: a exaustividade, a representatividade e a homogeneidade. Na terceira etapa, a dos *resultados obtidos e interpretação*, foram feitas algumas inferências, a interpretação dos documentos e sua relação com alguns autores.

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: ALGUNS DESTAQUES RELEVANTES

O processo da Reforma Sanitária proporcionou a formulação de políticas, a experimentação prática, a diversificação de abordagem conceitual e algumas propostas alternativas para a organização de sistemas e serviços de saúde, alcançando desdobramento político, social, jurídico, parlamentar e político-institucional⁹.

Na década de 80, houve o enfrentamento da crise do sistema de atenção médica previdenciária, uma forte herança deixada no cumprimento da dívida social. Com o advento da Nova República (1985), alguns membros da liderança do movimento sanitário assumiram efetivamente posições em pontos-chave das instituições responsáveis pela política de saúde no País¹⁰. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a criação de um Sistema Único Saúde, o SUS.

No ano de 1988 concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a Nova Constituição do Brasil, a chamada “Constituição Cidadã”, um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da Saúde Pública¹¹. Em seu artigo 196, a saúde é descrita com um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos, o acesso universal às ações e serviços que direcionam a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado no modelo dos Sistemas Nacionais de Saúde de cunho universalista, voltado e contextualizado em modelos de proteção social, ocorreu no Brasil em um período histórico no qual o setor privado já estava largamente consolidado. Como se sabe, a expansão do setor privado no país, no âmbito da Previdência Social, ocorreu na década de 1970

e foi amplamente promovida pelo próprio Estado, que financiou sua expansão através do antigo Fundo de Assistência à Saúde (FAS)^{9, 12}.

A Constituição de 1988 previu também a existência de um Sistema de Saúde suplementar ao SUS (planos e seguros de saúde privados) que permanece até hoje. Correspondendo à estrutura herdada, os prestadores hospitalares do novo Sistema Nacional de Saúde são predominantemente privados, mas o Estado é proprietário da maior parte das instalações ambulatoriais¹⁰.

Na tentativa de implementar as ações de saúde, o Sistema Único de Saúde foi gerido por Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOBs¹³, instrumentos jurídico-institucionais editados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 1991 e 1996. Após amplo processo de discussão com os demais níveis, gestores e outros segmentos da sociedade. Essas normas foram pactuadas na Comissão Tripartite e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde. Seu objetivo era aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus Gestores e normalizar o SUS^{10, 13}.

No entanto, a NOB 91 foi considerada como um instrumento de manutenção da centralização do Sistema de Saúde, tendo em vista que não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, pois o funcionamento da atenção médico-hospitalar se efetua mediante pagamento direto do Ministério Saúde aos prestadores, entre outras questões^{2, 9}.

Em 1993 foi instituída a Norma Operacional Básica / 93 (NOB/93), que caminhou em direção ao resgate do processo de descentralização do Sistema ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão. Um entendimento básico então pactuado pela NOB (93) foi o de que a descentralização das ações deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e as instâncias locais de governo paulatinamente se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirir maior grau de autonomia de gestão¹⁰.

Entretanto, o avanço da democratização do processo decisório só ocorreu na apresentação da NOB/96. Foi essa norma que impulsionou o processo de descentralização do SUS e oportunizou aos Municípios maior grau de auto-

nomia. Nesse período houve duas opções de gestão municipal: assumir a plena responsabilidade pelos serviços de Atenção Básica ou ser responsável pelo sistema municipal de saúde, o que incluía contratar e pagar os serviços privados de hospitais especializados e de clínicas. Outros autores acrescentam ainda a autonomia condicionada, isto é, caso o município não aderisse às formas de gestão oferecidas, haveria um preço a ser pago – não receberia as transferências de recursos federais – e também a autonomia limitada, em que o município poderia decidir seus próprios programas de saúde^{13, 14}.

Esse instrumento de gestão introduziu o processo de programação pactuada e integrada das atividades de Assistência Ambulatorial, Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Controle de Doenças e Promoção da Saúde para as três esferas de governo e instituiu também o Piso de Atenção Básica (PAB)¹². A NOB 01/96 traz a definição de um novo modelo de financiamento para a Atenção Básica à Saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção.

A implantação do PAB modificou profundamente a face da gestão das ações e serviços no âmbito do setor saúde no país e foi estrategicamente um fator incentivador para o aumento do número de Equipes da Saúde da Família no Brasil. Observou-se, então, a necessidade/interesse dos gestores municipais na ampliação da Atenção Básica³. Com o aumento de financiamento para esse fim, conseqüentemente iniciou-se também a preocupação com a avaliação dos resultados das ações de saúde, em especial na Atenção Básica^{1, 15}.

Conforme descrito, a partir do período pós-NOB/96 até março de 2006, o repasse de recursos aos municípios foi dividido em quatro grandes fluxos, que, por sua vez, foram subdivididos em várias modalidades de repasses financeiros¹⁰. Alguns correspondem a transferências globais de recursos calculados com base em valor *per capita*, outros constituem incentivos à implementação de programas específicos e outros, por fim, referem-se ao pagamento por serviços médico-assistenciais prestados por unidades pertencentes às esferas infranacionais de governo.

Os grandes fluxos de transferências intergovernamentais conformados ao longo da implementação da NOB 96 foram o PAB fixo e o PAB variável. O PAB fixo foi e continua

sendo um recurso transferido na modalidade fundo a fundo, compreendendo uma parte fixa, (calculada com base em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população) e uma parte variável, como estímulo financeiro à implementação dos seguintes programas: Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS); Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial em saúde; Programa de Combate às Carências Nutricionais; Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. A parte fixa do PAB começou a ser distribuída a partir de 1988, com um valor entre R\$ 10,00 e 18,00 por habitante/ano¹⁰.

Para o recebimento do PAB, o Município passava por um processo de habilitação e, a partir desse momento, tornava-se gestor municipal da atenção básica de saúde. Tal encargo só lhe poderia ser retirado caso passasse por um processo de desabilitação. Atualmente, com a instituição do Pacto de Gestão, fica extinto o processo de habilitação dos municípios.

No contínuo enfrentamento dos obstáculos e dos dilemas surgidos para alcance dos princípios do SUS, era de consenso entre as esferas de gestão que as NOBs não estavam conseguindo alcançar todos os princípios do SUS. Então, foi pensada uma outra estratégia em que a integralidade e a equidade pudessem levar à universalidade. Assim sendo, no período de 2001 a 2002 foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a NOAS. Essa norma veio substituir as NOBs e previa a organização qualificada da Atenção Básica e de melhor resolubilidade. A NOAS, em seu bojo, dá ênfase ao princípio da regionalização mediante o Plano de Regionalização (PDR), construído sob os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e o Plano Diretor de Investimento (PDI) e fortalece o Controle Social. Nessa norma se definem algumas áreas estratégicas essenciais, relacionadas aos problemas de saúde de abrangência nacional: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose e hanseníase. Complementarmente, os gestores estaduais e municipais poderiam acrescentar outras áreas, de acordo com especificidades locais. Para aderir à NOAS, cada município passava por um processo de habilitação, seguindo um trâmite hierárquico. Um dos critérios para essa habilitação era o de desenvolver

ações nas áreas prioritárias, porém não enfatizava as questões de monitoramento e avaliação do impacto das ações desenvolvidas nesse nível de atenção. A NOAS contribuiu para o processo de regionalização, absorvendo em parte o discurso do território, pois definiu critérios para a implantação dos módulos assistências^{3, 14, 16}.

Por outro lado, ao focar a necessidade de qualificação da Atenção Básica no Brasil, os processos avaliativos deram conta de mostrar sua eficiência, eficácia e efetividade, mas ainda se deparam com muitos vazios, a começar pelas concepções sobre a própria terminologia usada: atenção básica. Por muito tempo, no Brasil, ocorreram encontros envolvendo representantes das três esferas governamentais para definir os conceitos de Atenção Básica. Nos documentos pesquisados, constatamos que alguns empregam o termo Atenção Primária de Saúde e outros Atenção Básica à Saúde.

O Ministério da Saúde recentemente renomeou o termo: Atenção Primária de Saúde, foi substituído por Atenção Básica à Saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no âmbito individual e no coletivo, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas^{5, 16}. Atenção Básica ou Atenção Primária de Saúde: “básica ou primária, o que importa é que ela seja o primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde”^{14:16}.

No SUS, a Atenção Básica constitui-se como um nível hierárquico da atenção e deve estar organizada em todos os municípios do país, ser baseada na realidade local, considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integridade e inserção sociocultural. Deve orientar-se pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, bem como pelos princípios próprios: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adesão de clientela, responsabilização, humanização. Também deve ter a capacidade de organizar os serviços e a rede de atenção e prestação de serviços, como também de avaliar o desempenho clínico e os resultados da atenção^{3, 14, 17}.

Para a efetivação da integralidade são necessários a integração de ações programáticas e de demanda espontânea; a articulação das ações de promoção à saúde, de pre-

venção de agravos, de tratamento e reabilitação; o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; a coordenação do cuidado em rede de serviços e o acompanhamento e implementação das formas de avaliação em todos os níveis de gestão da saúde^{15, 18}. Para responder aos pressupostos anteriormente citados, o Sistema de Saúde do Brasil tomou como base a estratégia da saúde da família. Com isso, o financiamento da atenção básica cresceu em torno de 158% no período entre 1998 e 2001. No entanto, isso representava um terço dos recursos destinados à média complexidade e à alta complexidade^{16, 19}. Em 1999, o Brasil contava com 4.945 equipes de saúde da família, mas a maioria das equipes foram implantadas em municípios de pequeno e médio porte. No ano de 2002, o número de equipes do PSF implantadas chegava a 12.771, representando uma cobertura populacional de 22%, colocado como momento de transição inicial. A meta é chegar a uma cobertura de 50% a 70% da população coberta pelo PSF, para pensar no momento de transição terminal, fundamentado numa lógica de que quanto maior a cobertura populacional maior a possibilidade de inversão do modelo assistencial. Em janeiro de 2006, o número de equipes de PSF chegava a 24.872, distribuídas em 5.005 municípios¹⁶.

Mendes alerta que, se o MS não equacionar o problema de expansão do PSF nos grandes municípios ou regiões metropolitanas, dificilmente o PSF entrará no momento de “transição terminal no país”, pois 50% da população brasileira reside em regiões metropolitanas¹⁶. Principalmente nessas regiões, as iniquidades crescentes se apresentam não apenas como uma deficiência do sistema de saúde, elas apontam para a incapacidade da sociedade em lidar com as causas subjacentes da saúde precária e com a distribuição injusta da renda no país⁸.

Evidências em alguns países da Europa sugerem que os sistemas de saúde baseados em Atenção Primária de Saúde também podem melhorar sua eficiência e eficácia. Estudos de hospitalizações para condições sensíveis de cuidados ambulatoriais demonstram que elas poderiam ser resolvidas no primeiro nível de atenção, isto é, na atenção básica e ou na atenção primária de saúde, beneficiando outros níveis desse sistema¹⁸.

Com a finalidade de orientar o processo de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica no âmbito do SUS,

o Ministério da Saúde vem desenvolvendo como uma das políticas de avaliação da atenção básica a proposta de pactos. Assim, foi instituído, a partir da Portaria GM nº 476 de 1999, o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, que, desde então, está sendo concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços referentes a este nível atenção¹⁶.

O processo de pactuação dos Indicadores da Atenção Básica para as três esferas de governo é normatizado anualmente por meio de Portarias Ministeriais. O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica é constituído por um elenco de indicadores construídos no intuito de analisar a implantação das ações dentro das áreas consideradas prioritárias pela NOAS: saúde da criança, controle do diabetes, controle da hipertensão, controle da tuberculose, hanseníase, saúde bucal, saúde da família e imunização. Os indicadores inerentes a essas áreas são pactuados anualmente pelas três esferas de governo.

O processo de pactuação dos Indicadores da Atenção Básica divide-se em duas etapas. A primeira é a avaliação de resultados do ano anterior comparados com as metas pactuadas para o mesmo ano. Na segunda etapa, com base no alcance das metas do ano anterior, após a análise da série histórica e a contextualização de cada indicador, efetua-se a pactuação das metas para o ano seguinte.

A operacionalização desse instrumento de gestão é realizada por um aplicativo do DATASUS/MS, denominado SISPACTO, no qual, mediante senha de acesso, gestores das duas esferas de governo (Município e Estado), realizam, *online*, o preenchimento das planilhas de avaliação e pactuação e também têm acesso a relatórios com informações pertinentes ao seu desempenho no pacto. O Estado também faz a pactuação dos mesmos eixos programáticos, com diferença de alguns indicadores.

Uma outra estratégia para a consolidação e a expansão planejadas da atenção básica se apoiou no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), convênio articulado e negociado no final de 2002, com financiamento internacional, no valor de US\$ 275 bilhões de dólares, com contrapartida do governo federal brasileiro. Esse projeto representa a principal estratégia atual do MS para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica no país, com vigência estimada de 7 anos. O referido

convênio contemplou os municípios com população de mais de 100 mil habitantes e que apresentam a cobertura do PSF de 70%.

Um foco de investimento do PROESF é a adoção de metodologias de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica e da estratégia do PSF que considerem aspectos culturais, históricos e do contexto político-institucional do processo de atenção do desempenho do sistema de saúde.

O PROESF fortalece a institucionalização da Avaliação da Atenção Básica e representa um passo fundamental para o avanço da política de saúde no sentido de expansão do acesso, mudança do modelo de atenção e garantia de ações de saúde mais adequadas e de qualidade para a população brasileira¹⁹. Firmadas as propostas, o desdobramento dos referidos projetos poderão servir de pilares para as mudanças anunciadas.

No início de 2006 foi aprovado um novo pacto, o Pacto pela Saúde. Ele foi regulamentado pela portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e estabeleceu uma nova forma de relação entre os gestores, promovendo mudanças articuladas em três dimensões, que englobam o Pacto Pela Vida, Em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão⁶. Todos os referidos pactos seguem os princípios do SUS e foram regulamentados em portarias complementares, entre elas, a Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e a Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006, que definiu recursos para a estruturação de unidades básicas de saúde em municípios, entre outras.

Como pontos de destaque do Pacto pela Saúde, apontamos:

- A instituição do chamado Termo de Compromisso de Gestão, que substituiu o processo de habilitação instituído pela NOAS. Na adesão ao pacto, cada esfera de gestão terá que preencher o referido termo, respondendo a questões sobre cada ação inerente a cada pacto: se vai realizá-la ou não; quando vai realizá-la ou se não vai aplicá-la.
- A regionalização da saúde colocada como eixo estruturante, reforçando a necessidade da organização das regiões de saúde, instituindo meca-

- nismos de co-gestão e planejamento regional e flexibilizando a formação das regiões;
- O fortalecimento dos mecanismos de controle social;
 - A redefinição dos instrumentos de planejamento, regulação, programação e avaliação em saúde;
 - A unificação dos pactos de indicadores vigentes em um único pacto, a partir do ano de 2007;
 - A alteração da forma de transferência do recurso federal de custeio de mais de 130 formas, para cinco grandes blocos (atenção básica, de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão), a partir da competência de fevereiro de 2007, instituindo o repasse fundo a fundo como modalidade preferencial de repasse entre os gestores;
 - O estabelecimento de metas e prioridades nacionais que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população e que guardam relação com a saúde do idoso, o combate ao câncer de mama e de colo do útero, a redução da mortalidade infantil e materna, o combate às doenças emergentes e endemias, especialmente a hanseníase, a tuberculose, a malária e a influenza, e a estruturação dos projetos de fortalecimento da atenção básica e de promoção da saúde;
 - A importância do novo Pacto pela Saúde como um chamado à sociedade para a defesa do SUS, por meio de iniciativas que buscam a responsabilização da saúde, a promoção da cidadania e a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema;
 - A regulamentação dos instrumentos de planejamento, pela qualificação das ações do sistema de planejamento do SUS, Portaria MS nº 3332/GM, de 1 de dezembro de 2006.
 - A flexibilização no uso dos recursos transferidos fundo a fundo, no bloco da Atenção Básica, que reforça o comando único para cada esfera gestora do sistema, mas apresenta ainda alguma indefinição em certas áreas, a exemplo da atenção aos povos indígenas.

É importante destacar o conteúdo de outros atos normativos que fizeram parte da implementação do novo processo de pactuação e que serviram de base a novas diretrizes para a qualificação da gestão do SUS.

No financiamento para a Atenção Básica foi mantido o PAB Fixo e o PAB Variável. A parte variável foi dividida em sete blocos, entre eles Saúde Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, e Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

Ainda se observa que os procedimentos da atenção básica, que anteriormente ao Pacto eram financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas Complementares (FAEC), serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no artigo 15 da Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Os procedimentos referidos são:

- I. 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;
- II. 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;
- III. 0707102-7 Adesão ao componente I – Incentivo à Assistência pré-natal; e
- IV. 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal.

Os valores financeiros referentes aos procedimentos citados serão repassados aos entes federados conforme série histórica, o que poderá prejudicar aquele ente federado que estiver com baixa cobertura, por exemplo, da coleta de exames citopatológico.

Na Atenção Básica, estabelece ainda a infra-estrutura mínima para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes da Família (ESF) e recomenda a população a ser adscrita a cada UBS; institui as características do processo de trabalho, despertando para a necessidade de protocolos clínicos, humanização, vínculo, desenvolvimento técnico; define diretrizes para a educação permanente e dá ênfase ao treinamento introdutório das equipes da Estratégia da Saúde da Família; define como

responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o treinamento introdutório e a educação permanente em municípios abaixo de 100 mil habitantes, e das SMS, para municípios acima de 100 mil habitantes; extingue as faixas de cobertura, ampliando os recursos para os médios e grandes municípios e firma a regulação dos contratos de trabalho^{6, 20, 21}.

Os indicadores de acompanhamento para a Atenção Básica em 2005 e 2006 foram a média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas; a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal; a razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária e a cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano.

Na Vigilância em Saúde foram contemplados indicadores para o controle da tuberculose, hanseníase, controle de doenças diarreicas e infecções respiratórias. Com o aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, o aumento do número de idosos, seria interessante incluir algum indicador de acompanhamento para esse ciclo de vida²².

Os indicadores já existem, porém concordamos que os processos de avaliação em saúde são incipientes, pouco incorporados às práticas dos serviços, apresentando caráter prescritivo, burocrático e punitivo, e não se constituem ainda em instrumento de planejamento e suporte ao processo decisório¹⁶, pois avaliar implica um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões²³.

Todavia, entre as práticas de avaliação da Atenção Básica que se destacam está o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. Mesmo assim, os resultados têm mostrado um baixo grau de cumprimento quantitativo dos indicadores, especialmente daqueles referentes à oferta de serviços e à atenção a grupos específicos. Aponta-se como possíveis fatores limitantes a escolha imprópria de indicadores e a deficiência de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos. Em outras palavras, os pactos são burocráticos e seus efeitos dinamizadores limitados na organização da saúde⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica no Brasil, de 1980 a 2006, evidencia um sistema de saúde em permanente construção, apontando para a descentralização das ações, porém com certa autonomia condicionada.

A leitura dos documentos – Portarias Ministeriais inerentes à Atenção Básica referente ao período de 1980 a 2006, Normas Técnicas, relatórios emitidos pelo DATASUS referentes às transferências financeiras inter-governamentais, relatórios de cobertura do Programa da Saúde da Família emitidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, relatórios de avaliação de cumprimento de metas dos indicadores pactuados para a Atenção Básica (SISPACTO), Termos de Habilitação Municipal, relatório de gestão estadual, Plano Estadual de Saúde e Convênio do PROESF – possibilitou uma visão mais contextualizada dos diferentes enfoques abordados e dos avanços obtidos. Algumas abordagens refletem a preocupação em alcançar a justiça social no setor saúde – que inclui a garantia de que todas as pessoas sejam tratadas com respeito e dignidade – e demonstram também a importância do vínculo entre a equipe de saúde e o cidadão.

Compreendemos que a saúde não é um fim em si mesma; assim sendo, a intersetorialidade na saúde significa que o sistema deve trabalhar com setores e atores diferentes para impactar os determinantes sociais da doença.

Todavia, a qualificação da Atenção Básica no Brasil e os processos avaliativos que mostram sua eficiência, eficácia e efetividade nos anos de 1980 a 2006 ainda apontam lacunas convincentes; além disso, são incipientes e pouco incorporados à prática dos serviços de saúde. O que se destaca é o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, que, embora ainda em fase de consolidação, está muito centrado no controle da doença. Depreende-se que os processos de avaliação em saúde ainda não foram concretizados, são pouco incorporados às práticas dos serviços de saúde, apresentam caráter prescritivo, burocrático e punitivo e ainda não subsidiários do planejamento e gestão.

A criação de mecanismos institucionais que garantam a realização de avaliações sistemáticas represen-

ta um desafio a ser vencido. Isso porque a necessidade de um conhecimento mais efetivo de avaliações no âmbito dos programas e serviços vem sendo constatada pelos formuladores, usuários internos (profissionais) e externos (usuários do sistema). Esse fato é uma sinalização para a necessidade urgente de investimentos que possibilitem uma capacidade organizacional e funcional para que se efetivem avaliações permanentes dos sistemas e serviços de saúde. Almeja-se tanto o fortalecimento dos instrumentos existentes quanto o desenvolvimento de novas metodologias de processos de avaliação que incorporem também as causas subjacentes do adoecimento das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005. 822 p.
2. Noronha JC, Pereira TR, Viacava F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 153-92.
3. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Matus C. Política, planejamento e governo. 3 ed. Brasília: PEA; 1993.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2001.
6. Brasil. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. In: Seminário do CONASS – Para Entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas técnicas do CONASS, 2006. Brasília, 2006. p. 7-33.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
8. Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS (Org.). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. Cap. 11, p. 303-22
9. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 1995.
10. Ugá M, Marques R. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima N, Gerschmann S, Edler F, Suárez J (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-234.
11. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
12. Mercadante OC, Schechtman A, Cortes B, Munhoz Jr E, Mendes E, Wong-Un J, et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Finkelman J (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Opas/OMS; 2002. p. 236-313. Acesso em: 05 set. 2006. Disponível em: www.fiocruz.br/editora/media/04-csPB03.pdf.
13. Arretche M. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima N, Gerschman S, Edler F, Suárez J (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 285-307.
14. Carvalho G. Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade (Entrevista). Integralidade no EnsinaSUS. Revista Radis; 2006. p. 16. Acesso em: 24 Jan. 2007. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/radis/49/02.
15. Cubas R. Planejamento estratégico e avaliação em unidade básica de saúde. In: Trentine M (Org.). Avaliação: subsídios teórico-práticos para a gestão em saúde. São Paulo: Ícone editora; 2006. p. 67-91.
16. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
17. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
18. OPAS. Renovação da atenção primária em saúde nas américas. Ago 2005. Acesso em: 05 set. 2006. Disponível em: www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf.
19. Heimann L, Mendonça M. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima N, Gerschman S, Edler F, Suárez Jo (Org.). Saúde e democracia: história

- e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 481-500.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Jan 2007; Acesso em: 02 Jan. 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=124.
21. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida e Ampasa). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Revista Radis. 2006 Set. (49).
22. Bruno S, Marques B, Silva J. Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambiente como geradores. Rev RENE. 2006 jan/abr;7(1):35-42.
23. Contandriopoulos A, Chmapagne F, Denis J, Pineault R. A avaliação na área da saúde; conceitos e métodos. In: Hartz Z, editor. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-49.

RECEBIDO: 07/11/06

ACEITO: 12/02/07