ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO POLÍTICA, METODOLÓGICA E PRÁTICA[1]

Primary Health Care and its articulation with the Family Health Strategy: practical, methodological and political construction

Marluce Maria Araújo Assis[2]
Erenilde Marques de Cerqueira[3]
Maria Angela Alves do Nascimento[4]
Adriano Maia dos Santos[5]
Washington Luiz Abreu de Jesus[6]

RESUMO

Estudo cujo objeto de análise é a Atenção Primária em Saúde (APS) articulada à Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma revisão teórica, tomando como eixo de discussão a construção política, metodológica e prática da APS. Os resultados revelam que a conformação da APS responde a um longo processo social que expressa as reordenações, na sociedade capitalista, da relação entre o Estado e as classes sociais, por meio de políticas sociais e, em particular de saúde, na luta pelos direitos de cidadania. A produção em análise focaliza alguns estudos orientados metodologicamente pela proposta de Donabedian (1984), complementado por Starfield (2004) para tratar especificamente da avaliação da atenção básica, utilizando de forma predominante à abordagem quantitativa tradicional e as seguintes dimensões de análise: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional. Nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se barreiras ao acesso e oferta de ações básicas. Os autores apontam de uma maneira geral estas dificuldades, quer seja no nível de satisfação do usuário ou na dinâmica da atenção que se organiza por meio de diferentes linhas de cuidado, mas ainda com baixa resolubilidade. Observa-se em alguns artigos analisados a edificação de ferramentas que fortaleçam saberes e práticas diferenciadas em suas dimensões individuais e coletivas na efetivação da ESF como "porta de entrada" do sistema de saúde. Conclui-se que o fortalecimento da APS pelos sujeitos/autores relaciona-se à expansão da ESF com acesso de qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde; a necessidade de garantia, por parte do

---

[1] Este estudo é parte do Projeto " Atenção Básica à Saúde no processo de descentralização da Saúde na Bahia" do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (Nupisc) da Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs). Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professsora Titular da Uefs. Coordenadora/pesquisadora do Nupisc. Pesquisadora do CNPq. Endereço: Rua C, 121. Conj. ACM. Bairro: Mangabeira. Feira de Santana-BA. CEP: 44036-000. E-mail: marluce.assis@pesquisador.cnpq.br. Telefones: (75) 3221-4264; 3224-8162; 8811-2598.

[3] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Uefs. Professora assistente da Uefs. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Pesquisadora do Nupisc.

[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professsora Titular da Uefs. Vice-coordenadora/pesquisadora do Nupisc.

[5] Odontólogo. Mestre em Saúde Coletiva pela Uefs. Docente da Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Pesquisador do Nupisc.

[6] Médico sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva pela Uefs. Assessor Especial em Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Pesquisador voluntário do Nupisc.

Estado, do aumento dos recursos financeiros para APS; e o alcance de uma atenção humanizada, em busca da saúde universal e de qualidade no contexto brasileiro.
Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT
The object of this study is an analysis of Primary Health Care (PHC) articulated with the Family Health Strategy (FHS). It is a theoretical revision that examines the practical, methodological and political construction of PHC. The results show that the structure of PHC is the result of a long social process that expresses the reordering, in capitalist society, of the relationship between the government and social classes, by means of social policies, mainly in the health area, in the fight for citizenship rights. The production under analysis focuses on studies that are methodologically oriented by the Donabedian proposal (1984), complemented by Starfield (2004) specifically covering the evaluation of basic care, using mainly traditional quantitative means and the following analysis dimensions: access, gateway, bond, array of services, coordination, familiar focus, community orientation and professional background. In large urban centers, in spite of the greater availability of health care services, particularly for mid and high complexity level, we see barriers to access to the supply of basic care. Generally speaking, the authors point out these difficulties, whether at the level of user satisfaction, or the dynamics of care that is organized among different lines of care, but with low resoluteness. In some articles, there is construction of tools that fortify differentiated knowledge and practices in their individual and collective dimensions, of effectivation for the FHS as "gateway" to the health care system. Therefore strengthening of PHC by the subjects/authors is related to the expansion of FHS, to extend the access with quality and resolubility in the "gateway" of the health services. The need for the government to increase the financial resources for Primary Care in the Brazilian context to obtain humane care, universality and quality is also discussed.
Key words: Primary Health Care; Family Health; Health Public Politics; Health Services Evaluation.

1. INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionarem um nível de saúde para todos, independente das diferentes origens sociais e econômicas, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde. Esta declaração foi um marco, em termos de "imagem-objetivo" para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo.

Os cuidados primários foram então definidos na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de

famílias e da comunidade. Essa abordagem propôs uma compreensão sobre cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro momento do processo de atenção à saúde, cuja apreensão ultrapassaria os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, e níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais.

Esses cuidados expressam a necessidade de ação urgente de todos os governos e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde, no sentido de promoverem um ambiente de justiça social. Ou seja, teria que estabelecer como meta, a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, apresentando a APS como primeiro nível de contato com os serviços, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção.

Nesse contexto, Campos (1994) aponta para a necessidade, antes de qualquer outra discussão, de reafirmar a proposta de um sistema público de saúde no Brasil. Não se pode discutir APS sem estabelecer relações com o sistema como um todo; mesmo com todos os limites e problemas deste sistema, enquanto postulado legal, assegurado na Constituição de 1988, é socialmente superior ao modelo liberal ou médico tradicional. Para tanto, o autor cita três eixos como decisivos para a sua defesa: 1) possibilita o direito universal à saúde, independente de questões econômicas, sociais, culturais, religiosas, raciais ou étnicas; 2) pode organizar as práticas, em saúde, a partir das necessidades sociais, que são evidenciadas pelas demandas individuais e coletivas; 3) capacidade de realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em busca de práticas resolutivas que garantam integralidade da atenção na cadeia organizativa do sistema.

Portanto, a resolubilidade envolve aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e a relação equipe de saúde/usuário. E, nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa estar inserida num sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, que de fato seja referenciado e contra-referenciado, para se constituir em “porta de entrada” do sistema de saúde.

Na prática da Saúde da Família, entretanto, constata-se múltiplas tensões na organização do trabalho. Apesar de as práticas com o coletivo, com as famílias - nas casas, locais de trabalho e convivência - serem uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seguidos pelos trabalhadores da enfermagem. A carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte do tempo e da agenda dos médicos. Além disso, as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea, e a atenção a

elas quase sempre se conforma no esquema queixa-conduta, fortalecendo o modelo médico centrado.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo discutir sobre a APS e sua articulação com a ESF. Para tanto, o trabalho foi sistematizado em três eixos orientadores: as abordagens do Estado de Bem-Estar Social; os mecanismos de avaliação da APS para uma maior resolubilidade dos serviços de saúde; e as bases para o financiamento deste nível de atenção. A título de reflexões finais apontam-se estratégias para repensar as práticas no cotidiano dos serviços, atravessadas por um projeto humanizado.

AS ABORDAGENS DO ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O INÍCIO DE UM DEBATE POLÍTICO E SOCIAL

Para iniciar a discussão, apresenta-se o trabalho de Ribeiro (2004) que analisa o cenário que favoreceu o resgate histórico de inclusão da família como foco de atenção das políticas públicas, situando-a como instituição social permanente para explicar sua capacidade de mudança/adaptação, resistência e valorização das demandas da sociedade.

Os modelos de vida familiar adotados por diversos povos, até o final da Idade Média, demarcam a inexistência de linhas importantes do espaço privado, ocorrendo mais uma mescla cotidiana da vida pública e privada, favorecedoras da sociabilidade e da criação de redes de solidariedade. A partir dos meados do século XVIII, conforme analisa Magalhães (2001), inverte-se o modelo, tornando-se a vida familiar predominantemente privada, o que favoreceu tanto o exercício da proteção social como a regulação da vida familiar.

Para Caponi (2000) o enfrentamento liberal da pauperização das massas no século XVIII, efetuado principalmente pela filantropia, modifica-se no final do século XIX, já que o desafio, agora posto, era o risco de desagregação do tecido social. Acrescenta Magalhães (2001) que, com o surgimento de uma política solidarista e, conseqüentemente, a busca de novas regras de justiça social, ocorre profundo impacto no desenho das políticas sociais. O Estado que vinha desempenhando até então papel residual e acessório, passa a ser o responsável pela materialização da solidariedade, repartindo bens e serviços sociais. Adota-se a noção de risco, oportunizando a dimensionalização probabilística do social, o que permite a unificação de problemas tais como o envelhecimento, desemprego e doenças.

Essa assistência do Estado ressalta Ribeiro (2004), inicialmente vinculada fortemente ao trabalho, toma novos rumos, concebida como conseqüente à cidadania, visando o combate à pobreza e à vulnerabilidade social. As estratégias para interromper o empobrecimento das massas e a vulnerabilidade social nos séculos XIX e XX ocorrem de forma diferenciada,

dependendo das configurações políticas, culturais e econômicas vigentes nas diversas sociedades.

A universalização de benefícios, modificando a assistência seletiva tradicional, possibilitou a construção de diferentes *Welfare States* (Estados de Bem-Estar Social), em sociedades capitalistas, desmontados a partir dos anos 1970, quando segundo Laurell (1995), se iniciam as transformações na esfera de produção e a internacionalização da economia, a chamada globalização.

A autora ainda refere que, com a instauração de uma economia globalizada e gerenciada por organizações mundiais (Fundo Monetário Internacional - FMI e Banco Interamericano de Desenvolvimento - BIRD), a necessidade de adequar mecanismos e instituições de regulação tornam-se prioridades nas agendas políticas. Além de uma série de mudanças como desregulação ampla da economia, autonomia do setor financeiro, desmantelamento do setor público. A política social passa a ser encarada como uma série de medidas destinadas a compensar os efeitos negativos dos ajustes macroeconômicos realizados. O conceito de desenvolvimento social se dilui e cede terreno para o de compensação social, dando caráter meramente assistencial a determinados segmentos caracterizados pela extrema pobreza. As políticas sociais, atendendo a situações limites, assumem o papel de amortecedor das tensões sociais.

Nesse contexto, os segmentos mobilizados da sociedade brasileira inserem na agenda dos anos de 1980 a discussão das políticas de saúde, como componente das políticas sociais que são incorporadas pelo Estado; culminando com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e seus desdobramentos práticos na década de 1990 com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (8080 e 8142) (ASSIS, 1998). Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, os serviços de saúde aproximem-se mais dos usuários, tornem-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais equânime e resolutivo.

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasce em 1994, como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir da reconstrução da prática na APS, colocando a família nas agendas das políticas sociais. Reflete, portanto, tanto interesses do modelo neoliberal, ao focalizar ações na população excluída da sociedade, como de forças sociais solidárias que vislumbram possibilidades de transformação da prática na “porta de entrada” da rede de serviços de saúde.

A trajetória do PSF, a partir de então, evidencia um processo de reordenamento político, de suas concepções e práticas, tendo em vista a sua origem articulada aos eixos orientadores do modelo de vigilância à saúde, fundamentado no saber epidemiológico e no

princípio de territorialidade para direcionar o planejamento na APS. Assim, para Mendes (1996) e Teixeira (2003), o referido modelo trata de definir problemas e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência: de trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, entre outros.

No entanto, ainda que esse modelo tenha contribuído para o reordenamento dos saberes e fazeres no cotidiano da APS, ele tem sido insuficiente para mudá-lo, considerando que são necessárias alternativas que aprofundem o papel do sujeito político e da reforma, além do resgate da clínica, compondo uma atenção que articule a epidemiologia, o planejamento em saúde, a clínica e a gestão dos serviços, envolvendo saberes e práticas interdisciplinares, democráticas e horizontais.

Salienta ainda Ribeiro (2004) que a inserção da família como parte de uma política de Estado construída através da ESF gerou multiplicidade de abordagens tais como: família/indivíduo; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família. Essas abordagens, por não dialogarem entre si, acabam por compor um quadro insuficientemente identificado, o que dificulta a atenção, sugerindo um exame das condições apontadas como forma de dar, efetivamente, espaço para a inserção da família no campo de intervenção da saúde.

Giovanella (2006) complementa essas análises ao trazer para o debate o cenário internacional, tomando as configurações institucionais do primeiro nível de atenção à saúde e retratando as reformas organizacionais nos países da União Européia, na década de 1990. A atenção ambulatorial de primeiro nível é prestada nesses países com grande variedade de configurações institucionais, observando-se diferenciados mecanismos de financiamento, inúmeros profissionais envolvidos, serviços clínicos oferecidos e posição do profissional médico de atenção primária no sistema de saúde. Com as reformas da última década, ocorreu diversificação de modelos organizacionais da atenção ambulatorial com ampliação das funções clínicas, gerenciais e financeiras dos profissionais de atenção primária, indicando um processo em transição com redefinição das funções do clínico geral como condutor dos cuidados ao usuário.

Ao resgatar a discussão de Estado de Bem-Estar Social no cenário mundial, é fundamental vincular ao abandono da concepção liberal clássica, originalmente consagrada

por Adam Smith, em 1776, no seu livro “A riqueza das nações”, analisada por Pochmann (2004). As críticas ao liberalismo deram vazão ao processo de desmercantilização da sociedade capitalista, conduzido por forte pressão social organizada e operado por um novo tipo de Estado.

Em outras palavras, consagrou-se a importante politização das ações de natureza pública executadas pelo Estado, com a finalidade de restringir o papel das forças do livre mercado. Assim, quase um monopólio representado pelo Estado, em maior ou menor grau, foi difundido no centro do capitalismo mundial, com as funções de conceder proteção social a todos os cidadãos e garantir a edificação de uma sociedade menos desigual, enfrentando a estratificação imposta pelo mercado.

Para tanto, foram três as principais motivações que iluminaram o Estado de Bem-Estar Social, bem como o seu avanço ao longo do século XX. Primeiro, a motivação de característica pós-liberal - consolidada a partir da Depressão de 1929 -, que permaneceu circunscrita ao ambiente da proteção social e voltada tão somente para os mais fracos, justamente por serem incapazes de viver numa sociedade competitiva. Segundo, a motivação de natureza mais corporativa, que visou conceder a distinção da proteção social a determinadas categorias ocupacionais consagradas em decorrência de sua importância relativa no interior do mercado de trabalho (AURELIANO; DRAIBE, 1989). Não se trata, todavia, da pressão por uma transformação substancial da sociedade, em busca da eqüidade social, mas da manutenção do *status* daqueles que em algum momento histórico alcançaram ou continuaram a mantê-lo no interior do mercado de trabalho.

Dito de outra maneira, a constituição das bases da proteção social dependeu da conformação e da distribuição do poder no interior das sociedades. Nesse caso, não houve a constituição de um novo sistema de redistribuição do poder, apesar das garantias de proteção social diferenciadas por segmentos sociais.

Na contramão da política econômica aliada a uma perspectiva neoliberal, passa a ser construído no Brasil a partir da década de 1980, conforme se sinalizou anteriormente, um projeto contra-hegemônico no âmbito da saúde, o SUS, pleno de contradições e ambigüidades. Até mesmo porque, conforme analisa Assis (1998), a correlação de forças dos diferentes sujeitos sociais envolvidos (enquanto grupo social e/ou corporação organizada), com suas ações cotidianas, investidas de componentes históricos, culturais e ideológicos, vêm imprimindo na prática concreta um atendimento individual e curativo em íntima relação com a lucratividade e as regras do mercado, fortalecendo um modelo de saúde em defesa da doença.

Para a autora, o caminho trilhado alia-se à “reorganização” e “reestruturação” do Estado brasileiro, mediado por contradições e antagonismos sociais, enquanto cenário de pluralidade de forças sociais e políticas, interconectado por interesses particulares, em que os discursos e as práticas são gerados e conformados nos “estreitos limites econômicos”. Constitui-se, portanto, num corpo doutrinário que vem desembocando num modelo de relações entre classes, em valores ideológicos e numa determinada produção de saúde, articulada a um “jeito democrático” de agir, a um novo modelo de Estado e a novas relações sociais.

Diante do exposto, é possível entender que a conformação da APS, enquanto estratégia de reorganização do sistema de saúde, responde a um longo processo social que expressa as reordenações, na sociedade capitalista, da relação entre o Estado e as diferentes origens sociais e econômicas, por meio de políticas sociais e, em particular, de saúde, na luta pelos direitos de cidadania.

O grande desafio que se apresenta para assegurar saúde como direito vincula-se ao entendimento da sociedade como construção histórica e campo de conflitos, que incorpora novos significados, como a própria idéia de democracia enquanto produto da expressão do sentido das ações sociais na esfera pública. Este entendimento reforça a importância dos sujeitos sociais inseridos nas diversas instituições de saúde, capazes de se articularem e cobrarem o atendimento de seus desejos e necessidades. Significa que “... nenhuma sociedade se coloca problemas sem que existam condições necessárias e suficientes para a sua solução ou sem que essas condições estejam ao menos em via de aparecer ou desenvolver-se...” (GRAMSCI, 1992, p. 25).

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMO EIXO METODOLÓGICO ORIENTADOR DAS PESQUISAS E INTERVENÇÕES NA APS, FOCALIZANDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os estudos que utilizam a metodologia de avaliação dos serviços de saúde como orientadora dos processos de pesquisa e de intervenção são sustentados teoricamente por abordagens de pesquisas avaliativas, conforme sinaliza Contandriopoulos (2006), que aborda os desafios em torno da necessidade de conceber e implantar uma cultura de avaliação. São discutidas as relações e diferenças entre pesquisa avaliativa, avaliação normativa e tomada de decisão. A análise mostra que a capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento para melhorar o sistema de saúde é paradoxal, pois supõe que a informação produzida contribua para uma racionalização dos processos de decisão. O autor postula que o

grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias varia de acordo com a credibilidade, fundamentação teórica e pertinência das avaliações. Também afirma que sujeitos que ocupam diferentes posições não conseguem chegar a um consenso quanto à pertinência dos resultados produzidos pela avaliação, no processo de definição e redefinição da gestão institucional e social.

Para fazer com que a avaliação esteja no cerne das estratégias de transformação do sistema de saúde, o autor discute que é preciso criar condições para um julgamento avaliativo verdadeiramente crítico, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção. Institucionalizar a avaliação implica, antes de tudo, questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

A provocação de Contandriopoulos (2006) é pertinente e tem levado os formuladores de opinião e os sujeitos sociais que estão na arena decisória, a colocar na agenda do Estado a questão da avaliação, que vem tomando corpo, principalmente nos espaços de práticas da APS.

Felisberto (2006) abre o debate discutindo a formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. O seu artigo propõe uma reflexão teórica e operacional sobre o significado de institucionalizar a avaliação a partir da perspectiva do gestor federal em induzir um "aculturamento" da avaliação, na rotina da atenção primária, considerada ação norteadora de uma política de saúde.

A discussão se orienta por uma revisão sumária da literatura, contextualizando dois debates que focalizaram a institucionalização da avaliação. Defende o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Aborda, ainda, a necessidade de uma ampla ordem de ferramentas para a gestão em saúde: decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos.

A gestão e a prática de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até a organização e coordenação de sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde.

O hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas tornou-se mais freqüente, após a Segunda Guerra Mundial, em países centrais do capitalismo, devido ao maciço investimento em políticas públicas de Bem Estar Social. Nos últimos sessenta anos, a avaliação passou a fazer parte de investimentos teóricos e práticos, visando à maior eficiência e efetividade das ações (MINAYO *et al.*, 2005).

No Brasil, a utilização de processos de avaliação de intervenções sociais é recente e muito tímida; no entanto, na década de 90, observou-se um incremento nas práticas de avaliação de intervenções sociais, perceptível pela grande quantidade de produções científicas produzidas neste período como as de Hartz, 1997 e de Tanaka; Melo, 2001, entre outros.

Alguns aspectos, direta ou indiretamente, têm contribuído para este incremento, entre eles: o Estado neoliberal brasileiro com redução de sua participação direta nas áreas sociais e terceirização de setores; implementação de políticas públicas focalizadoras, exigindo uma análise da eficácia dos investimentos, exigências de organismos internacionais que financiam projetos sociais; e a ampliação do controle social visualizada principalmente a partir do início da década de 90, do Século XX.

Existem várias definições para avaliação de intervenções sociais; todas têm como objetivo final contribuir para melhorias nas organizações e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos no processo. Minayo *et al*. (2005) não considera a avaliação como um evento isolado, mas, sim, um processo que integra avaliadores e avaliados na busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições.

No entanto, um dos principais autores que sistematiza uma proposta de avaliação é Donabedian (1980; 1984), influenciando um pensamento mundial sobre avaliação no campo da saúde, que a relaciona ao desempenho do profissional médico, inserido em uma instituição de saúde, tendo como componentes que influenciam a sua prática, a estrutura, o processo e os resultados. O autor trabalha com instrumentos quantitativos para analisar estes componentes. A estrutura refere-se às características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Incluem-se aí os recursos humanos, físicos e financeiros de que necessita para proporcionar a atenção. Já o processo pode ser compreendido como uma série de atividades desenvolvidas entre trabalhadores de saúde e usuários durante as etapas do cuidado. Quanto aos resultados, um programa pode ter vários objetivos, tais como: a cura de uma doença ou interrupção de sua progressão, restauração da capacidade funcional ou alívio da dor.

As características ou atributos das práticas de saúde e da sua organização social podem ser agrupados da seguinte maneira: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e eqüidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). Todos são aspectos

importantes que devem ser considerados nas avaliações de programas e projetos sociais como as práticas de saúde (DONABEDIAN, 1980).

Donabedian (1990) ainda refere-se à eficácia como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional. A eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos.

Contandriopoulos *et al*. (1997), em outra produção, delimitam muito bem que uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, e uma pesquisa avaliativa, que examina as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção através de procedimento científico. A pesquisa avaliativa analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto na qual ela está inserida, considerando as perspectivas dos diferentes sujeitos envolvidos no processo.

Minayo *et al.* (2005) trazem para o debate a triangulação de métodos, pois consideram a avaliação de forma processual e integrativa entre diferentes sujeitos que traduzem a necessidade de uma abordagem compreensiva e dialética (articulando a subjetividade e objetividade) no processo avaliativo. Nesta linha, refere a emergente construção de outras formas de abordagem na avaliação, que vem quebrando o modelo quantitativo predominante e incluindo aí, avaliações que contemplem também uma abordagem qualitativa do processo.

Diante do exposto, a produção em análise focaliza alguns estudos orientados pela proposta de Donabedian (1984), complementado por Starfield (2004) para tratar especificamente da avaliação da APS, utilizando de forma predominante à abordagem quantitativa, expostos a seguir.

Ibanez *et al.* (2006) apresentam os resultados da avaliação de desempenho da atenção nos serviços básicos de saúde, numa amostra selecionada de municípios do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes, por meio de questionários específicos abordando oito dimensões da APS, sugeridas por Starfield (2004), evidenciado no Quadro 1.

QUADRO 1: DIMENSÕES DE ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dimensão de análise	**Definição**
Acesso	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.
Porta de entrada	Implica acesso e uso do serviço de APS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

Vínculo (ou *longitudinality)*	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de APS ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento.
Elenco de serviços (*comprehensiveness*)	Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.
Coordenação (ou integração dos serviços)	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.
Enfoque familiar	Pressupõe o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados.
Orientação para a comunidade	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser identificado e reconhecido no atendimento às demandas da comunidade.
Formação Profissional	Significa compreender a APS como área que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde. A formação profissional é considerada fundamental, seja porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, seja porque a mudança do modelo atenção à saúde, a partir da reorientação da APS, preconizada pela política nacional de saúde; exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos agentes envolvidos.

Fonte: Adaptado de Starfield (2004).

A produção de Ibanez *et al.* (2006) mostra a avaliação feita com usuários e acompanhantes sobre a satisfação no atendimento em unidades básicas tradicionais, apontando o índice geral de 50%, o que qualifica como pouco satisfatória. Quanto à análise das 8 dimensões (acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional) há maior nível de satisfação nos indicadores sociais mais favoráveis em todas as dimensões estudadas, com exceção de elenco de serviços e orientação comunitária. Em relação à avaliação dos trabalhadores da saúde de unidades tradicionais e PSF, mostraram que os que trabalham no PSF avaliam o desempenho como sendo melhor. Nos municípios com indicadores sociais menos favoráveis é possível evidenciar que as dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária foram mais bem avaliados pelos trabalhadores do PSF.

O estudo de Bodstein *et al.* (2006) discute o processo de acompanhamento dos Estudos de Linha de Base (ELB) desenvolvido no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) por um grupo de especialistas convidado pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAADAB/MS), garantindo a interlocução e a parceria entre importantes instituições e grupos de pesquisa em saúde do país, com apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). A constituição do grupo de acompanhamento, além de permitir maior legitimidade e transparência às atividades, qualificando tecnicamente o diálogo e potencializando o uso das informações, foi importante diante da relevância dos ELB para subsidiar a conversão do modelo de atenção por meio da expansão da ESF nos grandes centros urbanos. Questionava-se tanto a qualidade dos produtos e resultados dos ELB, que abrangiam dados sobre 168 municípios das diversas Macrorregiões do país, como a constituição de parcerias entre pesquisadores, gestores e profissionais locais; a fim de incentivar a institucionalização da avaliação, por intermédio de estratégias de capacitação dos responsáveis pela APS nos municípios participantes dos estudos.

Seguindo a mesma abordagem no contexto dos Estudos de Linha de Base (ELB) do PROESF, Szwarcwald *et al.* (2006) realizam um inquérito domiciliar de base populacional, em quatro dos 22 municípios com mais de cem mil habitantes do Estado do Rio de Janeiro que implementaram o PROESF, visando à institucionalização da avaliação e monitoramento da APS. O instrumento utilizado é uma adaptação do questionário aplicado anteriormente, em âmbito nacional, para avaliação de desempenho de saúde, sob a ótica dos usuários, norteado pela proposição de Starfield (2004). As alterações voltaram-se para a avaliação da APS, com foco no PSF. Construíram-se indicadores de cobertura, qualidade de atendimento pré-natal, assistência ao parto, saúde infantil, prevenção de câncer de colo uterino e mama, atenção a idosos e saúde bucal. Destacaram-se os resultados observados na prevenção de câncer de colo de útero, pelas elevadas coberturas de exame ginecológico no período de três anos, ficando evidente a fragilidade do sistema de saúde em relação ao tempo de entrega do resultado do exame. Reforça-se a importância de avaliar a qualidade da atenção básica recebida sob a ótica do usuário, para o estabelecimento de metas e definição de prioridades.

O grande desafio colocado para o fortalecimento da APS é a expansão da ESF para os grandes centros urbanos, com mais de 100 mil habitantes. Nas áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se, também, no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se barreiras ao acesso e oferta de ações básicas. Os estudos

apontam, de uma maneira geral, estas dificuldades, quer seja no nível de satisfação do usuário ou na dinâmica da atenção que se organiza por meio de diferentes linhas de cuidado, mas ainda com baixa resolubilidade.

APS E OS DILEMAS PRÁTICOS DAS BASES DE FINANCIAMENTO

O trabalho de Marques e Mendes (2003) examina as estratégias adotadas pelos gestores federal e estadual do SUS, que priorizam a destinação dos recursos financeiros para a APS e ao PSF. O artigo salienta, também, a alocação de recursos dos estados a esse nível de atenção de saúde e a esse programa, identificando, particularmente, as formas de incentivos dos governos do Ceará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Por último, são discutidos alguns problemas no financiamento e, em especial, o PSF em nível dos municípios, tanto pela instabilidade de seus recursos próprios, como pelas conseqüências provenientes da sistemática de incentivos financeiros federais e estaduais à autonomia do sistema de saúde local.

Além disso, chama atenção o fato de aumentar, a cada ano, o número de itens "carimbados" para os quais se destinam os recursos federais. Para se ter uma idéia, segundo os autores, o DATASUS registra, para 1997, apenas cinco tipos de despesa; para 1998, catorze; para 1999, 33; para 2000, 43; e, para 2001, o número de itens registrados atinge a cifra de 77. Esse crescimento dos itens de despesa não assume apenas seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, é condição a implementação da política. O nível de detalhamento e "engessamento" que está ocorrendo com os recursos federais repassados para os municípios é bem emblemático. No ano de 2001, foram criados 25 itens como desdobramento das transferências para ações estratégicas. Essas ações compreendem, entre outras, campanha de oftalmologia, cirurgias de alta freqüência, cirurgias eletivas, câncer de colo uterino, deficiência auditiva escolar e deformidade crânio-facial. Para esse conjunto de ações estratégicas foram destinados, em 2001, 0,91% dos recursos federais gastos com ações e serviços de saúde. Embora esse percentual possa ser considerado pequeno, é indicativo do aprofundamento da política de financiamento da saúde assumida pelo governo federal nos últimos anos.

Em relação à APS os recursos federais transferidos aumentaram significativamente em apenas quatro anos: de R$ 2.027.185 (15,68%) em 1998, ampliou-se para R$ 3.778.555 (25,06%), em 2001. Contudo, a ampliação da participação da APS no total de recursos repassados pelo governo federal foi de apenas 0,46 ponto percentual, em 2001, refletindo a priorização da NOAS/2001 com o nível da média e alta complexidade que ampliou o repasse

de recurso de 29,01 % em 1998, para 66,59% em 2001. Ou seja, houve um aumento de 37,58% no período de 4 (quatro) anos nos repasses de recursos para estes dois níveis, evidenciando-se que a APS ainda não se constituiu em prioridade, considerando os recursos disponíveis e transferidos pelo nível federal (MARQUES; MENDES, 2003).

As regras de distribuição dos incentivos, sejam do governo federal e/ou dos governos estaduais, induziram à implantação de centenas de novas equipes de PSF nos municípios, muitas vezes sem a menor possibilidade de serem mantidas sem esses repasses. Para se ter uma idéia desse crescimento, segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (2006), o número de equipes de saúde da família aumentou de 328, em 1994, para cerca de 24 mil equipes em 2005, promovendo o cuidado a mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros. Contudo, apesar do crescimento dos incentivos financeiros à APS, em especial, ao PSF - através do PAB Variável e/ou de todos os recursos estaduais repassados -, o município ainda é responsável por 70% dos recursos despendidos nesse programa.

Pereira *et al.* (2006) tratam da questão financeira do PSF. Aspectos relativos à construção de medidas e indicadores de sustentabilidade são abordados a partir da experiência recente de diferenciação da política de incentivos financeiros do SUS aos municípios de mais de 100 mil habitantes no Brasil, através do PROESF. Os autores referem que a inclusão destes indicadores apenas permite definir a coerência em longo prazo das ações planejadas do ponto de vista de financiamento. O tema, entretanto, não esgota a necessidade de revisão crítica dos critérios hoje utilizados pela política de incentivos do PSF e de sua diferenciação entre municípios, que não se deriva exclusivamente do aporte municipal. As diferenças de situações municipais quanto à sustentabilidade, apontadas no estudo, chamam a atenção para os limites da aplicação de políticas homogêneas para situações desiguais, com conseqüências previsíveis sobre a manutenção e agravamento da iniqüidade.

A necessidade de garantia de que os serviços e ações sejam realizados com qualidade e eficiência torna necessário o conhecimento, por parte do Estado, da repercussão financeira decorrente das transformações ensejadas pela extensão da cobertura e realização de todas as ações associadas ao PSF.

A partir do final da década de 1990, o município, entre todas as esferas de governo, é aquele mais atingido pela crise das finanças públicas. Os acordos estabelecidos com o FMI para o controle do déficit público e o conseqüente monitoramento do governo federal sobre as esferas estaduais e municipais determinaram significativa contenção de gastos. No caso dos municípios, isso resultou na diminuição da participação dos municípios no gasto público total com saúde (de 27,8% para 24,3%, entre 1996 e 2000) (MARQUES; MENDES, 2003).

Nesta perspectiva, em um país onde os municípios são caracterizados por apresentarem alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, os incentivos federais (principalmente) e os estaduais cumprem (e deverão continuar a cumprir) papel fundamental na busca da eqüidade do gasto com APS. Sabe-se que muitos municípios utilizam todo o recurso do PAB fixo e do PAB variável para o custeio das ações do PSF.

REFLEXÕES FINAIS

A produção teórica sobre APS evidencia abordagens de pesquisas que relacionam a avaliação como pauta de discussão para a formulação de uma Política Nacional de Avaliação. No entanto, trata-se de um processo novo e em construção, revelando os eixos que orientam as análises das práticas e intervenções sociais. Além disso, ainda são predominantes as avaliações da APS que tomam como base a proposta de Donabedian (1980, 1984, 1990), complementado por Starfield (2004), utilizando de forma predominante a abordagem metodológica de natureza quantitativa através das seguintes dimensões de análise: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional.

No tocante às bases de financiamento para a APS, observam-se dilemas relacionados ao "engessamento" dos repasses de recursos federais para os municípios, focalizados em um conjunto de ações ditas estratégicas e assumidas pela União nos últimos anos. Chama a atenção o fato de aumentar, a cada ano, o número de itens "carimbados" para os quais se destinam os recursos, atingindo a cifra de 77 itens em 2001. Contudo, a ampliação da participação da APS no total de recursos repassados pelo governo federal foi de apenas 0,46 ponto percentual, em 2001, refletindo a priorização com o nível da média e alta complexidade que ampliou o repasse de recurso de 29,01 % em 1998, para 66,59% em 2001.

Diante do exposto, para além das questões políticas, metodológicas e financeiras, o tema da APS e sua articulação com a ESF implica discutir a humanização da atenção à saúde, que tem sido debatida em diferentes iniciativas no Brasil, tanto na forma de uma política nacional (HumanizaSus), como de propostas técnicas mais específicas (Humanização do Parto; Maternidade Segura; Método Canguru) (BRASIL, 2005). Sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção à saúde e a qualidade técnica das ações desenvolvidas, as propostas de humanização têm dado especial ênfase à integralidade da atenção e, em particular, às interações entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a humanização da atenção pressupõe o entendimento de um trabalho interdisciplinar e interconectado pelos diferentes saberes, culturas e práticas. De certa forma, as relações são inerentes às práticas em saúde, por serem, antes de tudo, um "trabalho vivo em ato" (realizado no momento da intervenção ou da ação entre os trabalhadores e usuários, ou seja, em ato e em relação um com o outro) (MERHY, 2002, p. 45). Portanto, ao falar em humanização, fala-se de sujeitos em situação de encontro; quando se discute o acolhimento, direciona-se o olhar para a relação trabalhador-usuário e, então, na investigação sobre APS, indubitavelmente, envolve-se pessoas em trocas relacionais.

Santos e Assis (2005, 2006) e Santos (2006) aprofundam a discussão da rede de relações na APS, em especial no PSF, afirmando que as práticas são deflagradas na presença de diversos sujeitos, representados pelos trabalhadores de saúde, usuários do sistema, gestores da saúde e formuladores de políticas. E fazem uma provocação, todos poderiam ser considerados possíveis usuários e, também, todos poderiam ser considerados eminentes trabalhadores de saúde, sendo, a acepção de usuário, utilizada para todo e qualquer sujeito que possa utilizar/usufruir dos serviços ofertados pelo sistema de saúde. Os trabalhadores de saúde teriam que ser transformados em sujeitos de fato, dos seus processos de trabalho, valorizando os saberes e práticas específicas (ou não) em saúde; mas que, de alguma forma, exerça uma interface (pensando, ouvindo, transportando, servindo, ensinando, cuidando, dentre outras ações), definindo campos do conhecimento que influenciarão no processo terapêutico.

O PSF é uma estratégia que utiliza a tática da organização multiprofissional para a produção da saúde, estando, por isso, descrita como uma das diretrizes operacionais do programa a integralidade da atenção, a partir de uma abordagem que estimula à ação intersetorial, bem como a participação da sociedade na gestão. Nessa arena de produção de serviços, confrontam-se diferentes sujeitos e, portanto, diferentes interesses e necessidades, sendo, por isso, um dos grandes desafios na dinâmica do programa, articular as distintas pessoas no compromisso de defender a vida, individual e coletiva.

Afirmam ainda Santos e Assis (2006) que, sendo o PSF um cenário de relações, em que os trabalhadores de saúde estabelecem interfaces entre si e com os usuários em distintos e inusitados espaços (USF, domicílios, escolas, ruas, igrejas, dentre outros), muitas vezes, além do território de adscrição, configura-se num complexo mosaico, no qual o acolhimento e vínculo podem (ou não) estar intermediando os encontros entre as pessoas, e a humanização atravessa essa rede de encontros, plena de afetos e de subjetividades.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e privado. 1998. 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. A especificidade do Welfare State brasileiro. In: MPAS/CEPAL (Org.). **A política social em tempo de crise**: articulação e descentralização. Brasília: MPAS, 1989.

BODSTEIN, R. *et al*. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 11 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 16 de novembro de 2005.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Org.). **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.13-23.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciên. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 11 dez. 2006.

CONTRANDRIOPOULOS, A-P. *et al*. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde***:* dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.37-48.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assesment an monitoring**. Michigan: Health Admnistration Press, 1980. v. 1.

DONABEDIAN, A. **La capacidade de la atención médica***:* definición e métodos de evaluacón. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med**., Michigan, n.114, p.1115-1118, 1990.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 de dez. de 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 out. 2006.

GRAMSCI, A. **Poder, política e partido.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

IBANEZ, N. *et al*. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciên. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 dez. 2006.

LAURELL, A. C. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1995.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.569-79, 2001.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 de out. de 2006.

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

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. *et al*. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE -OMS. **Atención Primaria de Salud.** Informe conjunto Del Director General de la Organización Mundial de la Salud e Del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infância. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma Ata (URSS), 6 de septiembre de 1978. Geneve: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Ministério da Saúde (MS). **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Mnistério da Saúde, 2006. (Série Técnica)

PEREIRA, A. T. S. *et al*. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 set. 2006.

POCHMANN, M. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. **São Paulo Perspectiva,** São Paulo, v. 18, n. 2, p.3-16, 2004.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enferm**., Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 09 out. 2006.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Rev. Baiana Saúde Pública,** Salvador, v.29, n.2, p. 313-325, 2005.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 11. n.1, p.53-61, 2006.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.9, n.2, p.190-200, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 dez 2006.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente.** São Paulo: EDUSP, 2001.

TEIXEIRA, C. F. A mudança de modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, 2003.

Submissão: julho de 2007
Aprovação: outubro de 2007