

TEMAS FUNDAMENTAIS DA
REFORMA SANITÁRIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SELETIVA OU COORDENADORA DOS CUIDADOS?

**Cidadania
para a saúde**

Lígia Giovanella
Maria Helena Magalhães de Mendonça

cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente: Ana Maria Costa
Primeiro Vice-Presidente: Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa: Aparecida Isabel Bressan
Diretor de Política Editorial: Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos: Lizaldo Andrade Maia
Luiz Bernardo Delgado Bieber
Maria Frizzon Rizzotto
Paulo Navarro de Moraes
Pedro Silveira Carneiro

Diretor Ad-hoc: Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luitz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Sílvio Fernandes da Silva

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETARIA EDITORIAL / EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral: Gabriela Rangel de Moura

Pesquisador: José Maurício Octaviano
de Oliveira Junior

Assistente de Projeto: Ana Amélia Penido Oliveira

JORNALISTA / JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

EXPEDIENTE

Organização: Ana Maria Costa
José Carvalho de Noronha
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Edição: Marília Correia
Diagramação e Capa: Paulo Vermelho

C837d

Giovanella, Lígia;
Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados? / Lígia
Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

71p.; 14 X 21cm.

ISBN

1.Saúde Pública. 2. Política de Saúde - SUS. I. Título.

CDD - 362.10981



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
SELETIVA OU COORDENADORA DOS CUIDADOS?

Lígia Giovanella
Maria Helena Magalhães de Mendonça

projeto
FORMAÇÃO EM CIDADANIA PARA SAÚDE:
TEMAS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SELETIVA OU COORDENADORA DOS CUIDADOS?

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro
2012

Sumário

- Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? | 7
- Atenção Primária à Saúde: conceitos e abordagens | 8
- A Conferência de Alma-Ata e as bases para uma APS abrangente | 10
- Atenção primária seletiva | 16
- APS e o direito universal à saúde | 19
- Renovação do debate sobre Atenção Primária à Saúde nas Américas | 21
- Atributos característicos da APS | 23
- Atenção Primária à Saúde: experiência europeia | 29
- Porta de entrada obrigatória | 33
- Políticas de Atenção Primária à Saúde no Brasil | 36
- Antecedentes históricos | 36
- Sistema Único de Saúde e redefinição do modelo de atenção à saúde | 44
- Um programa de atenção primária seletiva: Programa de Agentes Comunitários de Saúde | 45
- O programa e posterior Estratégia Saúde da Família – 48
- Política Nacional de Atenção Básica | 56
- Estrutura da oferta e produção de serviços de Atenção Primária | 61
- Serviços de primeiro contato | 64
- A atenção básica como parte da rede de serviços e o sistema de referência | 66

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico | 70

Recursos humanos | 71

Desafios para a Atenção Primária à Saúde | 74

Leituras recomendadas | 83

Sites de interesse | 83

Referências | 85

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SELETIVA OU COORDENADORA DOS CUIDADOS?¹

Lígia Giovanella*

Maria Helena Magalhães de Mendonça**

A atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. Nos dias atuais,

¹ Uma versão deste texto foi preliminarmente publicado em: GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

* Pós-Doutora pela Institut für Medizinische Soziologie Johann Wolfgang Goethe Universität – Frankfurt, Alemanha. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. giovanel@ensp.fiocruz.br

** Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mhelenam@ensp.fiocruz.br

a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

Este texto apresenta um panorama internacional e brasileiro da atenção primária à saúde. Na primeira parte, discutem-se conceitos e abordagens de atenção primária à saúde e suas transformações ao longo do tempo, destacando-se os atributos de uma atenção primária abrangente, integral. Em seguida, apresentam-se, em perspectiva internacional, antecedentes históricos dos serviços de atenção primária e a experiência em países europeus com centralidade nos serviços prestados por médicos generalistas ou de família e comunidade.

Na sequência, é analisada a trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com realce para a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica. Traça-se então um panorama da oferta e da prestação de serviços de atenção básica no Brasil e, no final, discutem-se os desafios para a consolidação do SUS como um sistema de saúde orientado pela atenção primária à saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E ABORDAGENS

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso e direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denomina-

da de Atenção Primária à Saúde (APS). Não há, contudo, uniformidade no emprego da expressão atenção primária à saúde (primary health care), identificando-se quatro linhas principais de interpretação:

1. programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês *selective primary care*;
2. um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; denominada em inglês *primary care*;
3. abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; denominada em inglês *comprehensive primary health care*;
4. filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

Nos países europeus, a atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade.

Essa concepção, denominada de seletiva, subentende programas com objetivos restritos, visando cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa

densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000.

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. Em sua corrente mais filosófica, enfatizam-se as implicações políticas e sociais da Declaração de Alma Ata com destaque para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende-se que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde.

A CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA E AS BASES PARA UMA APS ABRANGENTE

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde.

de (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética. Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

Na primeira vertente de questionamento, aprofundava-se a crítica à OMS no que se refere à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas durante a década de 1960.

Em contexto mundial favorável, no qual predominavam os governos social-democratas em países europeus, a OMS passou por uma renovação e, em 1973, Halfdan Mahler, um médico com senso de justiça social e experiência em saúde pública em países em desenvolvimento, assumiu a direção da OMS, que começou a desenvolver abordagens 'alternativas' para a intervenção em saúde. Considerava-se que as intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a de APS. Foi assim que Mahler propôs em 1976 a meta: Saúde para Todos no Ano 2000 (CUETO, 2004).

Na segunda vertente de questionamento, desde o final da década de 1960, o modelo biomédico de atenção

à saúde recebia críticas de diversas origens, destacando-se os determinantes sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade e a exigência de nova abordagem em atenção à saúde.

Paralelamente, com o fim das ditaduras de Franco, na Espanha, e de Salazar, em Portugal, na segunda metade da década de 1970, os movimentos de libertação das colônias africanas se intensificaram, assim como iniciaram movimentos para a democratização dos países da América Latina. Em tais processos de independência nacional defendia-se a modernização com ênfase nos valores locais, privilegiando-se a construção de um modelo de atenção à saúde distinto do modelo estadunidense hegemônico. Desse modo, criticava-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo-se a articulação de práticas populares, a democratização do conhecimento médico e a maior autonomia das pessoas frente a sua saúde em contraposição à dominância da profissão médica.

A experiência dos ‘médicos descalços chineses’, leigos que combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional e atuavam em regiões rurais, foi um modelo difundido mundialmente. Essa abordagem era compartilhada pela Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas, que por meio da revista *Contact*, de circulação mundial e publicada em diversos idiomas, divulgava experiências de atenção primária dos missionários cristãos atuantes em projetos de saúde nos países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Nos anos 1970, o relatório do Ministério da Saúde canadense que discutia *Uma Nova Perspectiva para Saúde dos Canadenses* mostrava a importância do objetivo de prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. Este Relatório Lalonde, como ficou conhecido, destacava estudos do epidemiólogo inglês Thomas McKeown que demonstram a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição (disponibilidade de alimentos), ao analisar retrospectivamente a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales ao longo dos séculos XVIII e XIX (CANADA, 1981; MCKEOWN, 1976).

Outra referência no debate daquela época foi o livro de Ivan Illich, sociólogo austríaco radicado no México, lançado em 1975. Com o sugestivo título *Nêmesis da Medicina: Expropriação da Saúde*, alusão ao nome da deusa da vingança, o autor tecia profundas críticas ao modelo biomédico, desmascarava a iatrogenia produzida pela intervenção médica e analisava a baixa relação entre a assistência à saúde moderna e as melhorias na situação de saúde da população (ILLICH, 1975).

O contexto do final da década de 1970 propiciou a organização de uma conferência mundial de atenção primária. A realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi proposta à OMS pela China, para difundir novos modelos alternativos de atenção à saúde. A China, contudo, não participou da conferência em

razão de disputas políticas com a URSS, acerca dos modelos de atenção à saúde no interior do bloco socialista. A URSS implantara sistemas públicos universais, centralizados e organizados por níveis hierárquicos, nos quais predominavam o modelo biomédico e a centralidade na assistência hospitalar. A União Soviética se opôs inicialmente à temática da conferência, mas acabou por se oferecer para sediar o evento, contribuindo com apoio financeiro substancial, em virtude do avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo (CUETO, 2004).

A conferência realizada em Alma-Ata em 1978 foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento *Declaração de Alma-Ata* foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000.

A Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Destaca que a realização dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, assim como para a meta Saúde para Todos no Ano 2000:

o alcance de um nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva.

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Destaca ainda a preocupação com os custos crescentes da assistência médica em decorrência do uso de novas tecnologias, que permanecem, em grande parte, sem a avaliação adequada de benefícios para a saúde das populações, razão pela qual se introduziu o termo tecnologias apropriadas: tecnologias relevantes para as necessidades de saúde da população, que fossem corretamente avaliadas e tivessem elevada relação custo-benefício.

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo 'praticantes tradicionais' (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo

possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

A Declaração de Alma-Ata enfatiza a necessidade de ações de outros setores. Todavia, as ações de cuidados de saúde mencionadas abarcam um conjunto mais restrito (ações educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico).

ATENÇÃO PRIMÁRIA SELETIVA

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva.

Assim, em contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores, deu-se sequência, nos anos posteriores, a um embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva de APS, prevalecendo a última.

Um ano após Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para Pesquisa e Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nessa conferência foi discutida uma nova

perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Atenção primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento.

Nos anos seguintes, quatro intervenções – conhecidas como GOBI por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas entre os países pobres, com especial suporte da UNICEF: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral (*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*). Agências internacionais, como a Unicef, passaram a financiar essas intervenções, que eram consideradas como tendo objetivos claros, ser fáceis para avaliar e para medir o alcance de metas (CUETO, 2004).

A esse pacote restrito foram incorporadas, em alguns programas, as chamadas FFF: suplementação alimentar (*food supplementation*), alfabetização feminina (*female literacy*) e planejamento familiar (*family planning*). A alfabetização feminina e a elevação do nível de escolaridade das mulheres são tidas como a base de diversas ações em saúde e estão fortemente associadas à redução da mortalidade infantil.

Ainda que se reconhecesse a efetividade dessas intervenções, a concepção de APS difundida então pela UNICEF foi criticada pelo tecnocratismo – orientando-se por critérios estritamente técnicos de custo-efetividade sem considerar questões políticas determinantes – e, principalmente, por desconsiderar a exigência de melhorias socioeconômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações. Por exemplo: o uso da terapia de reidratação oral – tecnologia efetiva para tratamento de diarreias – não poderia substituir medidas de saneamento, como o acesso à rede geral de abastecimento de água e de esgoto, efetivas na promoção da saúde e na prevenção de doenças de veiculação hídrica.

O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas deste enfoque é que as ações seletivas, ainda que custo-efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente e para tal devem estar integradas a um sistema de saúde universal, o que não é a realidade na maior parte dos países onde foi implementada.

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial. Na América Latina, teve am-

pla difusão com ações organizadas em programas verticais focalizados, em especial, aqueles direcionados à proteção materno-infantil, aumentando a fragmentação e segmentação características dos sistemas de saúde latino-americanos (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; CONILL; FAUSTO, 2007).

Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo 'atenção básica' para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.

APS E O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão da saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde.

O Movimento para a Saúde dos Povos (*People's Health Movement*, <<http://www.phmovement.org/es>>) congrega parte destas iniciativas. Reúne ativistas de saúde de

20

todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organizações da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde. A primeira Assembleia de Saúde dos Povos, realizada em Bangladesh, no ano 2000, com participantes de organizações da sociedade civil de 92 países lançou a Carta dos Povos pela Saúde, conclamando um movimento internacional de cidadãos comprometidos com a realização do sonho de Alma-Ata. A Carta insta os movimentos populares a exercerem pressão sobre os governos, exigindo que: incorporem saúde e direitos humanos na constituição e legislação de cada país; incidam sobre os determinantes sociais da saúde; implantem políticas sociais abrangentes com participação social; garantam direitos sociais e humanos.

A Carta chama para ações locais e globais para garantia do direito à saúde de forma abrangente que inclui a proteção do meio ambiente com redução do excesso de consumo e estilos de vida não sustentáveis; a promoção da paz mundial; a exigência de transformação do sistema de comércio global a fim de que deixe de violar os direitos sociais, ambientais, econômicos e de saúde dos povos. Defende a atenção primária à saúde integral, seguindo os preceitos de Alma-Ata, com acesso universal e equitativo independente da capacidade de pagamento de cada pessoa a um sistema de saúde democrático provido de recursos suficientes; ademais de desmistificar as tecnologias médicas e de saúde (inclusive medicamentos) e exigir que sejam submetidas às necessidades de saúde dos povos e não aos interesses econômicos do complexo produtivo da saúde (PHM, 2000).

RENOVAÇÃO DO DEBATE SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AMÉRICAS

Recentemente, observa-se um movimento de renovação da atenção primária, impulsionado pelas agências internacionais de saúde – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como forma de alcançar os Objetivos do Milênio acordados nas Nações Unidas.

Em 2003, seguindo iniciativa da OMS, a OPAS aprovou uma resolução que insta os Estados membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS. Em 2005, divulgou o documento de posicionamento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* (OMS, 2008), no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca*, deu novo impulso à revitalização da APS. Comemorando os 30 anos da Declaração de Alma-Ata, o Informe aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa ‘pobre para pobres’; integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. Reconhece que a

atenção primária integral de qualidade requer mais investimentos, e que deve ser priorizada pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. O Informe propõe uma atenção primária centrada na pessoa que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabeleça uma relação duradoura, garanta atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade – mulheres e homens, jovens ou velhos –, ao longo de todo o ciclo vital, do nascimento até a morte; promova a autonomia e participação das pessoas, e enfrente os determinantes da má saúde.

A APS tem sido também reiterada como estratégia para a universalidade, que alcançou proeminência no debate internacional desde 2005 quando a 58ª Assembleia Geral da OMS aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal (WHO, 2005). Há dubiedade, contudo, quanto ao significado da cobertura universal almejada e do escopo da APS enquanto estratégia. Universalidade pode ser entendida como: i) atenção universal à saúde (*universal health care*), termo mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta, principalmente europeus com sistemas públicos universais; ii) como cobertura universal (*universal health coverage*), isto é, acesso a seguros de saúde (públicos ou privados); iii) ou cobertura apenas por serviços básicos, termo mais utilizado para países de renda média e baixa (STUCKLER *et al.*, 2010). Neste contexto, a APS pode ser estratégia, de caráter seletivo, para alcance de um univer-

salismo básico em países em desenvolvimento, ou coordenadora da atenção integral em países centrais com sistemas públicos universais.

A renovação proposta pela OPAS e OMS subentende uma atualização da concepção abrangente de APS como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde. Sua implementação, contudo, dependerá da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios abrangentes enunciados em práticas concretas.

ATRIBUTOS CARACTERÍSTICOS DA APS

Para desenhar novas políticas e reorientar os sistemas de saúde pela APS, é necessário analisar os principais atributos de uma atenção primária à saúde abrangente.

Em uma abordagem mais centrada na atenção individual, Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de atenção primária. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e so-

cial da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

O primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como ‘serviço de primeiro contato’, porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o usuário precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

Outro requisito para efetivação desse atributo é a exigência de encaminhamento por profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada. Desse modo, o serviço de atenção primária torna-se o ponto de início da atenção, porta de entrada preferencial, e exerce papel de filtro para acesso aos outros níveis, isto é, tem a função que se denomina na língua inglesa de *gatekeeper*, referenciando os pacientes conforme a necessidade.

Sistemas integrados de saúde em que o médico generalista atua como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais.

A função de filtro da equipe de APS não deve ser barreira, mas sim garantia de acesso aos outros níveis de atenção. A definição de porta de entrada obrigatória ao sistema é também usada por planos de seguros de saúde privados nos EUA, porém como barreira de acesso, com o objetivo de reduzir os gastos dos seguros e não como modo de garantir o acesso a serviços especializados de forma estruturada, que é o objetivo de sistemas baseados em uma atenção primária abrangente. Na APS, esse mecanismo não é isolado, e a garantia de acesso aos outros níveis é fundamental para contemplar os demais atributos.

Outro atributo da APS é a 'longitudinalidade': a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. Este atributo é relacionado ao anterior, pois, para que se estabeleça um vínculo no curso da vida, é necessário que exista fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Um bom acolhimento é fundamental para o fortalecimento do vínculo.

Para se estabelecer uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (STARFIELD, 2002), a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência seja por meio da adscrição territorial, seja por

meio da inscrição voluntária e registro dos pacientes em uma unidade de saúde de escolha do usuário.

Com a continuidade da relação ao longo do tempo, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes a conhecer os profissionais, permitindo uma relação humanizada e atenção mais integral, o que proporciona maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002). A presença do médico generalista na equipe de atenção básica contribui para uma relação de longo prazo e a sustenta, pois é um profissional que atende a família em todos os ciclos de vida, desde a gestação até a idade avançada.

A abrangência (*comprehensiveness*) ou ‘integralidade’ implica o reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais.

Para que uma atenção integral seja garantida, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela ‘coordenação’ das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir a continuidade do cuidado evitando

duplicação e interrupção das intervenções. A coordenação, outro atributo essencial da atenção primária, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços. Para o exercício da coordenação pela equipe de APS, são necessários: tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, registro adequado de informações e seu uso pelos profissionais dos diversos serviços.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência) após o encaminhamento a profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêuticos.

Para existir coordenação do cuidado deve ocorrer, portanto, a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como da atenção recebida, de modo a assegurar uma sequência ininterrupta de ações, garantindo-se a continuidade do cuidado.

A coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidenciam crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as

unidades de saúde, pois tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda a coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela equipe de atenção primária à saúde.

A coordenação da atenção ao paciente pelo generalista proporciona melhor acompanhamento de pacientes, em especial daqueles portadores de doenças crônicas ou de morbidade múltipla, para os quais os sistemas de atenção à saúde estão, em geral, ainda pouco preparados, na maioria dos países.

Outra característica da APS que a diferencia de outros modelos de atenção é a ‘centralidade na família’, isto é, o reconhecimento do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros. Para que sua ação possa se realizar, a equipe deve também ter ‘competência cultural’ para se comunicar, reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais. A competência cultural e a orientação para a comunidade são facilitadas pela integração na equipe de atenção primária de membros da comunidade, os trabalhadores comunitários de saúde, que no Brasil são denominados de agentes comunitários de saúde.

Uma importante característica de uma atenção primária à saúde integral, que a diferencia das outras concepções, é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma-Ata; o que implica atuação dirigida para a comunidade – ‘orientação para a comunidade’ – para enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade e incentivar a

participação social. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde. A ação comunitária das equipes de APS com diagnóstico, discussão dos problemas da comunidade, mobilização social e planejamento de intervenções para enfrentamento destes problemas é fundamental para responder às necessidades coletivas e não apenas individuais de saúde. As ações comunitárias das equipes de APS para serem mais efetivas dependem de iniciativas das esferas governamentais. A articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da política municipal.

Como mencionado, no processo mundial de renovação da atenção primária observa-se disputa de distintas concepções de atenção primária pelas agências internacionais com importantes repercussões sobre a equidade e o direito à saúde, principalmente entre a abordagem seletiva e a abordagem integral. As concepções seletiva e abrangente de APS compreendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas com consequências diferenciadas sobre a garantia do direito universal à saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA EUROPEIA

Diferentemente do que se observou em países periféricos, nos países de industrialização avançada, principalmente os

européus, a atenção primária continuou seu desenvolvimento como um dos níveis de atenção do sistema de saúde. Nesses países, os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, porta de entrada no sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população.

Em geral, o termo empregado é *primary care* ou *primary medical care*. Boerma e Dubois (2006) destacam a diferença de termos, indicando que *primary health care* refere-se a uma estratégia societal mais ampla como defendido em Alma-Ata, e que nos países europeus, em geral, o enfoque é de *primary care* – um subconjunto de ações ofertado especificamente dentro do sistema de serviços de saúde. Lembra que uma atenção de primeiro nível bem desenhada contribui para os objetivos mais amplos da APS, porém não é suficiente (BOERMA ; DUBOIS 2006).

Contudo a atenção primária europeia não pode ser caracterizada como seletiva – pois cobre o conjunto de necessidades da população, não se restringe ao primeiro nível pois integra um sistema universal solidário, e cumpre em parte com os atributos de uma APS robusta. Constitui-se no serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva – atributos imprescindíveis da APS integral; além de atender a outros requisitos para a longitudinalidade, integralidade, coordenação e foco na família.

Os países europeus destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espec-

tro de serviços ofertados. Assim, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos ou curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde.

Nos países europeus, em geral, há certo consenso entre formuladores de políticas e especialistas em organização de sistemas de saúde de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Nesses países a partir do final da década de 1990, as reformas dos sistemas têm buscado fortalecer esse nível de atenção em suas funções de coordenação dos cuidados e de porta de entrada do sistema de saúde.

Nos dias atuais, a atenção ambulatorial de primeiro contato nos países da União Europeia (UE) é prestada com grande variação de configurações institucionais, seja em sua estrutura, em termos de organização e financiamento, seja nas práticas realizadas. A seguir são apresentadas algumas informações sobre o primeiro nível de atenção para os 15 países da Europa Ocidental que compunham a UE até 2004.

As modalidades de financiamento da APS são indissociáveis daquelas dos sistemas de saúde. Por conseguinte, é necessário recordar que os sistemas de saúde europeus diferem em suas modalidades de financiamento e podem ser agrupados em dois modelos de proteção social em saúde principais: o bismarckiano, com base em seguros sociais de saúde (*Social Health Insurance* – SHI) de contratação com-

pulsória, financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (sete países); e o *beveridgiano*, de serviços nacionais de saúde (*National Health Service* – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais (oito países). Nos serviços nacionais de saúde, o acesso é universal, não dependendo da posição na ocupação, pois se entende a assistência à saúde como direito de cidadania, e o acesso é garantido sem necessidade de contribuição prévia direta, obtendo-se o financiamento por meio de recursos fiscais. No Reino Unido, por exemplo, mais de 80% dos gastos em saúde são públicos e financiados em cerca de 90% com receitas de impostos (WHO, 2011). Nos serviços nacionais de saúde, a atenção primária é, portanto, financiada com recursos fiscais provenientes de impostos gerais.

Já nos países com seguros sociais de saúde, que atualmente também são universais (cobrem quase 100% da população), a atenção ambulatorial de primeiro nível é financiada – do mesmo modo que o conjunto das prestações – por contribuições de empregadores e trabalhadores proporcionais aos salários, pelo que se destina apenas aos segurados. Na Alemanha, por exemplo, cerca de 70% dos gastos com saúde são públicos, e destes mais de 90% provêm de receitas de contribuições sociais sobre salários.

O ator principal da atenção primária é o *general practitioner* (GP) ou *family doctor* ou *Hausarzt* ou médico de medicina de família e comunidade, um médico generalista que acompanha as famílias, independentemente de sexo ou idade de seus membros (SALTMAN, 2006). O GP é o principal profissional médico de primeiro contato na maioria dos países europeus; to-

davia, a posição dos profissionais de atenção primária e a organização do sistema de saúde diferem entre países, observando-se variação quanto ao tipo de serviço responsável pelo primeiro contato e ao papel que o profissional exerce como porta de entrada e filtro para a atenção especializada.

Nos países em que vigoram serviços nacionais de saúde, é mais frequente que a atenção ambulatorial esteja organizada em níveis de atenção a partir da oferta de um generalista para a maioria dos problemas de saúde. O generalista exerce a função de serviço de primeiro contato e é responsável pelos encaminhamentos necessários a um segundo nível de atenção especializado (*gatekeeper*). A responsabilidade pelo primeiro contato é compartilhada, em alguns países, por outros profissionais de atenção primária, como ginecologistas e pediatras, no atendimento dos correspondentes grupos populacionais.

De modo diferente, na maior parte dos países com esquemas de seguro social (cinco em sete países) não há separação da atenção ambulatorial em níveis – entre a atenção prestada por clínicos gerais e aquela prestada por especialistas –, permitindo-se aos segurados a livre escolha entre a procura direta ao generalista ou ao especialista, o que dificulta a coordenação dos cuidados, não se constituindo um primeiro nível de atenção (GIOVANELLA, 2006; BOERMA; DUBOIS, 2006).

PORTA DE ENTRADA OBRIGATÓRIA

Um aspecto crucial para a caracterização da atenção primária é a análise da posição desse serviço na rede assisten-

cial como serviço de primeiro contato com instituição de porta de entrada obrigatória ou preferencial (mecanismo de *gatekeeper*), considerada instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo generalista.

Mecanismos de coordenação hierárquica do tipo *gatekeeper*, por meio do qual se delega ao GP poder sobre outros níveis de atenção, foram estabelecidos em países com serviços nacionais de saúde já na década de 1960, definindo-se clara separação de papéis entre médicos generalistas e especialistas. Nos países com porta de entrada obrigatória, os GP, além de controlar amplamente as referências para especialistas, funcionam mais frequentemente como serviço de primeiro contato para um maior elenco de situações, atendendo homens e mulheres em todas as fases da vida (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003).

O exercício da função de porta de entrada obrigatória implica a obrigatoriedade de inscrição dos pacientes em um consultório de GP ou em um centro de saúde. Assim, países com porta de entrada obrigatória também dispõem de sistema de inscrição de pacientes. A inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão/segurado, que desfruta de certa liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca – entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico. Trata-se de situação diferente do que ocorre no Brasil, onde o acesso às equipes de saúde da família (EqSF) decorre de adscrição compulsória, ou seja, cadastramento da população de determinada área geográfica por parte dos agentes comunitários de saúde.

A extensão das listagens de cidadãos inscritos por GP apresenta importante variação entre países europeus: de 1.030, na Itália, até no máximo 2.500, na Espanha.

Estudos mostram que os sistemas de saúde orientados por APS resolutiva estão associados a melhores resultados e maior eficiência. Comparações internacionais evidenciam melhores resultados nos países que contam com uma estrutura de atenção primária robusta, exibindo impactos positivos sobre alguns indicadores da situação de saúde, havendo redução de mortalidade por todas as causas e de mortalidade precoce por doenças respiratórias e cardíacas (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui em geral para maior eficiência do sistema. Pesquisas demonstram que um sistema de porta de entrada obrigatória reduz custos, em especial se operado por um setor de atenção primária que disponha de recursos adequados, pois a atenção realizada pelo GP demanda custos menores (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003) e resulta em menor uso de medicamentos.

Quando o especialista está restrito ao hospital, como nos serviços nacionais de saúde, ocorre melhor integração da atenção hospitalar com a especializada e o uso mais racional de equipamentos médicos (uso compartilhado para pacientes internados e para consultas ambulatoriais com especialistas), realizando-se menor número de procedimentos especializados, como tomografias computadorizadas, por exemplo. Na Dinamarca, país com serviço nacional de saúde em que o GP exerce a função de *gatekeeper*,

existem 14,6 tomógrafos por um milhão de habitantes e são realizadas 0,9 tomografias/cem mil habitantes; na Áustria, país com seguro social de saúde sem primeiro nível de atenção definido, existem 29,2 tomógrafos por um milhão de habitantes e são realizados 2,5 exames/cem mil habitantes ao ano, sem prejuízo para os resultados em saúde. A situação de saúde da população dinamarquesa é bem melhor que a da austríaca (WENDT; THOMPSON, 2004; OECD, 2007).

POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou no debate da agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional. Contudo, seus antecedentes são mais remotos: desde a década de 1920 foram implantados serviços que hoje poderiam ser chamados de atenção primária.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A saúde pública no Brasil tornou-se uma função estatal no início do século XX, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias de saúde pública e da organização de serviços rurais de profilaxia. A organização das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e

individual realizava-se pela assistência médica urbana, com base em especialidades, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados nas décadas de 1920 e 1930, seguindo o modelo de seguros sociais (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Na década de 1940, as reformas administrativas do Ministério de Educação e Saúde Pública aprofundaram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas, como malária, hanseníase, tuberculose etc., e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

O modelo SESP das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa para doenças selecionadas, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica, a qual foi debatida em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando se confrontaram duas perspectivas: uma era unificadora, estruturada em torno de um conjunto de ideias designado como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra era oriun-

da do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da Previdência Social.

A última perspectiva consolidou-se mediante a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, durante o regime autoritário, época em que se acelerou o crescimento da prática privada e empresarial da medicina na organização da atenção à saúde dentro da previdência social, ao mesmo tempo em que se preservavam as práticas campanhistas isoladas no Ministério da Saúde e suas parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Durante a década de 1970, a crise econômica se aprofundou, expondo os percalços da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas sociais e de saúde – situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem facultar acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas.

Emergiram, nessa fase, algumas experiências sanitárias que difundiam, a longo prazo, um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente, conformado por um padrão de consumo e de produção de serviços de elevado grau de desenvolvimento tecnológico, controlado pelo setor privado e altamente concentrado nas regiões metropolitanas.

As experiências mencionadas resultaram de um esforço dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas, que desenvolveram programas de integração

docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária. Esses departamentos recebiam apoio financeiro de organismos internacionais em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde, desmascarando a precariedade da oferta pública de cuidados médicos.

A trajetória desses experimentos não foi homogênea nem consensual, mas trouxe novas bases para o debate sobre o modelo de atenção vigente e suas alternativas, indicando a urgência de uma reforma setorial no plano nacional.

As escolas médicas, em especial as cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária, mediante esses novos convênios, projetaram o atendimento médico em comunidades, realizando atividades de atenção primária. Assim desenvolveram propostas de reforma da saúde, como política social, por meio de atividades de extensão acadêmica, ou seja, da prestação de serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais, nas quais as condições de vida eram precárias, atingindo grupos populacionais sem acesso ao consumo direto ou indireto (via seguro social) de cuidados médicos ou de outros serviços sociais (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

A participação da universidade foi fundamental no desenvolvimento dessas experiências e de sua difusão no setor saúde. O projeto postulava uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não

poderia se limitar ao ato isolado de um agente – o médico –, mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creches etc.

No caso da atenção à saúde, as experiências tenderam a estimular a participação de membros da população nas atividades do programa a partir do treinamento em atividades de saúde, os quais assim se constituíram em agentes, para atender a comunidade e oferecer soluções para as suas dificuldades. Essas práticas, ao intervir sobre a população não integrada ao processo produtivo, promoveram nova diferenciação no campo médico-social, que se caracterizou pela extensão dos serviços médicos por meio de técnicas simplificadas e massificadas, as quais ampliavam o consumo e se compatibilizavam com a necessidade de reduzir custos.

As formas como tais práticas se efetivaram no Brasil responderam a distintas demandas ainda marginais na década de 1970 do ponto de vista da cobertura populacional e da reorientação dos gastos públicos – interiorização dos serviços de saúde, hierarquização e regionalização de atenção médica. Ademais, abriram o debate nacional para a atenção primária à saúde, quando esta recebia suporte da decisão política traçada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, referida anteriormente.

Desse modo, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou na pauta da agenda brasileira na dé-

cada de 1970 com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O PIASS, financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrados pela Caixa Econômica Federal, destinava recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde quanto a convênios entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, no âmbito federal, e às secretarias municipais de Saúde, visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte. Tais serviços foram organizados em lógica similar à estratégia da APS nas regiões Nordeste e Sudeste com vistas à expansão da cobertura.

O debate público em torno da formulação de alternativas ao modelo de proteção social então vigente cresceu diante da contestação dos trabalhadores contra as filas para atendimento nos postos de assistência médica previdenciária (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). O modelo de assistência médica curativa, centrado no indivíduo, além de oferecer cobertura restrita aos segurados da previdência social, era oneroso e viu sua condução se deteriorar por gestão fraudulenta do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1980, a partir de uma articulação entre setores do Ministério da Saúde e da assistência médica previdenciária, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), que pretendia estender os benefícios experimentados aos centros urbanos de maior porte e minimizar o efeito da crise previdenciária. Essa medida

aprofundou o debate político dentro do setor em favor da efetiva universalização da assistência médica, embora não se tivesse alcançado sua aprovação.

Em 1982, o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) teve maior êxito ao contemplar demandas de setores sociais emergentes e incorporar novos atores com representação no conselho. Para alguns analistas desse período, o Plano CONASP rompeu a tendência altamente centralizadora na formulação de políticas a partir do nível federal ao abrir espaços para experiências localizadas, em especial o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta de organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo (MENDONÇA, 1992).

O Plano CONASP propôs uma racionalização da atenção médica previdenciária – respaldada em orientações técnicas de organismos internacionais (como a Organização Pan-Americana da Saúde) e no acúmulo de conhecimento teórico-científico produzido internamente no Brasil – que foi consolidada com a expansão das AIS (MENDONÇA, 1992).

As Ações Integradas de Saúde tomadas como estratégia em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, INAMPS, secretarias estaduais e municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previden-

ciário, de forma a prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros, como primeiro nível de atenção, ainda pouco articulado.

Outros programas de atenção primária direcionados a grupos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), foram lançados paralelamente ao processo de implantação das Ações Integradas de Saúde, entre 1984 e 1987, como parte da estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde. Eles serviram de modelo para os demais programas de atenção integral criados posteriormente, voltados a grupos de risco: idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes etc.

Simultaneamente, outros modelos assistenciais foram sendo buscados por meio de discussões teóricas e aplicações práticas na tentativa de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas e superar o modelo tecnicista, hospitalocêntrico e privatista inampsiânico. Modelos assistenciais alternativos, como Em Defesa da Vida e suas estratégias de acolhimento desde a Unicamp, as Ações Programáticas de Saúde na USP, os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e seus distritos sanitários propostos pela OPAS, foram desenvolvidos e implementados influenciando experiências posteriores (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Difundem-se também experiências de saúde comunitária em diversos municípios do país com governos eleitos de oposição ao regime militar. Muitas dessas experiências alternativas foram influenciadas por egressos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde Murialdo (Porto Alegre – RS) criado em 1976 e que desde 1979 tornou-se multiprofissional.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E REDEFINIÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A reorganização dos serviços básicos se inscreveu no projeto de Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970, quando, no processo de democratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (ESCOREL, 1999).

A Reforma Sanitária foi contemporânea à reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A definição constitucional da saúde como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e

recuperação” (BRASIL, 1988) reconheceu nova correlação de forças no plano da sociedade e no cenário político de luta por ampliação da cidadania (FLEURY, 1994).

As bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Foram complementadas na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (I e II), de 1990, que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social.

Formou-se então novo aparato institucional de gestão da política de saúde que consolidou a esfera pública no Brasil, apoiado na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde. O papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle da execução de ações e serviços de saúde privados, quando complementares ao setor público, foi também preservado.

UM PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SELETIVA: PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental da Reforma Sanitária, permitiu que na construção do SUS se buscasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas

pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades. Todavia, na década de 1990, a tensão entre o avanço do projeto neoliberal – ou contrarreforma, por propugnar a redução dos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado – e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde – ao qual foram incorporadas estruturas, serviços e profissionais da assistência médica previdenciária em 1990 – adotar mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da ‘atenção básica’, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população.

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendeu às demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. A implementação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Os ACS eram supervisionados por enfermeiros e se subordinavam às unidades básicas administradas pela FNS.

A experiência exitosa da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará iniciada em 1987 como parte de um programa emergencial de geração de empregos para socorrer a população numa das secas periódicas que assolam a região, tornado permanente em 1989, serviu de exemplo para o programa

nacional. A SES Ceará contratou 7.300 mulheres como ACS com resultados muito positivos na redução da mortalidade infantil, ademais do empoderamento de mulheres da área rural que nunca haviam recebido um salário anteriormente (TENDLER, 1998).

Diante da incipiente cobertura médico-sanitária naquelas regiões, os ACS foram gradualmente capacitados para outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher – com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos. Com atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e elenco restrito de ações, pode-se dizer que o PACS correspondia a um programa de atenção primária seletiva.

Outro objetivo foi atender à demanda política das secretarias municipais de saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica. A institucionalização dos agentes comunitários de saúde envolveu o entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Implicou também a ruptura do preconceito quanto à realização de serviços de atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a responsabilidade de um supervisor.

Tal fato exigiu a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, além de supervisão especializada, o que condicionou a presença de um profissional de saúde

de nível superior, o enfermeiro, na base operacional de todo o processo de trabalho dos agentes. Desse modo, promoveu-se inicialmente uma mudança das práticas/ações de saúde, espacial e técnico-administrativa, ao se desenvolverem ações de saúde extramuros, não mais centradas na figura do médico. A posterior incorporação das atividades desenvolvidas pelos agentes à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS garantiu o seu pagamento com algum controle e possibilidade de avaliação dos resultados.

A avaliação contínua do PACS indicou a necessidade de maior articulação entre esse modelo e os serviços de saúde para evitar o esgotamento e o desgaste da atuação dos agentes. O PACS, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitando também a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando o leque de intervenções e melhorando seu desempenho (HEIMAN; MENDONÇA, 2005).

O PROGRAMA E POSTERIOR ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde.

A formulação do Programa Saúde da Família foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção.

Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada em documento do Ministério da Saúde de 1997 intitulado *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*, passando a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas

pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (...) Propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 2007, p. 9).

A Saúde da Família foi incentivada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde,

que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído. Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extrassetoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

A partir da NOB 96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998, [s.p.]). Também apontava para a incorporação de novas tecnologias e para a mudança nos métodos de programar e planejar essas ações.

A NOB 96 teve entre suas principais determinações: 1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios – até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços – por nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica (para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em razão do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB 96 estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes – fixo e variável.

O PAB fixo constitui-se em uma transferência em base per capita para cobertura de atenção básica pelos municípios, isto é: nesta modalidade de repasse, define-se um valor fixo por habitante ao ano. Cada município recebe recursos financeiros correspondentes ao número de seus habitantes por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (fundo a fundo), para alocar na atenção básica de seus municípios.

O PAB variável foi composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos, que em 1998 eram o PSF/PACS, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária. Os recursos recebidos pelos municípios por meio do PAB variável, portanto, ‘variam’ conforme a adoção ou não desses programas pelo município.

Essas medidas estimularam debates no espaço municipal em torno da necessidade de esse nível do governo organizar e gerenciar seus próprios serviços, intensificando o processo de municipalização da atenção à saúde não só no nível primário de atenção. A produção descentralizada de serviços básicos de saúde pressionou e ampliou a demanda por serviços de outros níveis de atenção, cuja regulação estava fora do domínio municipal, apesar do interesse dos secretários municipais em discuti-la.

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania.

Segundo Viana e Dal Poz (1998), um dos propósitos do PSF foi colaborar na organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho. Sua implementação justificava-se pela necessidade de se formarem equipes mínimas de saúde nos municípios em consonância com a prioridade de interiorização do SUS.

Muitos aspectos de sua estruturação foram facilitados pela existência prévia do Pacs: diagnóstico da saúde da comunidade; planejamento e programação local; complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual; estímulo à ação intersetorial; acompanhamento e avaliação. A organização em unidades de Saúde da Família, como modelo de assistência, deveria ir além da prestação de assistência médica individual e variar segundo os problemas identificados na área de implantação, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do PACS/PSF, propôs-se a atuar na esfera da equidade e, promovendo a atenção primária, contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-lhes o acesso aos serviços de saúde locais. Ainda assim, mantinha características de uma APS seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema.

A concepção de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada preferencial ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por em média 3.000 pessoas residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades

para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, sua implementação foi lenta nos grandes centros urbanos, pois deparou-se com questões de maior complexidade, relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SCOREL *et al.*, 2007).

A partir de 2003, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), estratégia negociada pelo Ministério da Saúde, para vigência de sete anos com financiamento internacional, visando à organi-

zação e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes).

Pesquisas realizadas na época observaram a tendência de que o PSF se apresentava como um programa focalizado para as populações mais carentes nos municípios de maior porte com maior rede e complexidade de serviços instalados, mantendo-se paralelamente o modelo de atenção básica tradicional, organizado para atender à demanda espontânea e/ou programas assistenciais específicos. Em outros exemplos de municípios com mais de cem mil habitantes em que o PSF alcançava maior cobertura populacional, sua implementação levava a mudanças expressivas na organização do sistema municipal de saúde e no modelo de atenção (SCOREL *et al.*, 2002).

Na trajetória desses programas de estruturação da atenção primária de caráter abrangente no país, observa-se forte associação entre sua experimentação e o processo de descentralização em diferentes dimensões, como na reorientação do modelo médico-assistencial e na revisão da condução da atenção primária. Assim, tais programas possibilitaram às experiências municipais ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde, as quais transformam gradualmente as práticas sociais em saúde.

Todavia, sua implementação ocorre de diferentes modos, e ainda são poucos os estudos que permitem saber se mudanças substanciais foram efetivamente implementa-

das no modelo assistencial. Estudos recentes indicam resultados de desempenhos mais positivos dos serviços de Saúde da Família em comparação com aqueles de atenção básica tradicional (ELIAS *et al.*, 2006; FACCHINI *et al.*, 2006). Outros estudos mostram associação positiva entre redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e implementação da Estratégia Saúde da Família (MENDONÇA *et al.*, 2011; MACINKO *et al.*, 2011).

O PSF expandiu-se ao longo da década de 2000 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do PAB variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento –, atingindo, em 2011, mais de 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes, e cobertura populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes). Todavia, um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade *vis-à-vis* às imensas disparidades inter e intrarregionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Em 2006, o Ministério da Saúde, levando em consideração essas evidências, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria ministerial n. 648/GM, de 28 de março, mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada

preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Com isso, reviu as funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem PSF –, assim como propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a sua integração à rede de serviços de saúde municipal no sentido de organizar o sistema local de saúde, detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, saúde bucal e o programa de agentes comunitários de saúde.

A atenção básica é designada, então, como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem es-

sas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (BRASIL, 2006, p. 10).

Essa proposição da Política Nacional de Atenção Básica incorporou os princípios e atributos de uma concepção de atenção primária à saúde abrangente, alinhando-se com o processo da renovação de APS nas Américas, tal como preconizado pela OPAS (OMS, 2008).

Entretanto, observa-se também que as ações estratégicas definidas “visando à operacionalização da Atenção Básica” (BRASIL, 2006, p. 13) estão voltadas para um conjunto limitado de ações como o controle e eliminação de determinadas doenças (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes mellitus) e para a saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, a serem especificadas na pactuação de indicadores em geral epidemiológicos. Assim, evidencia-se uma contradição entre os fundamentos da Atenção Básica que apontam para a responsabilização com a saúde de toda a população de determinado território, o estabelecimento de vínculo, a participação popular, coordenação do cuidado, entre outros, e, ao o que é indicado para operacionalização da Atenção Básica que se restringe, em sua maioria, à redução da

morbimortalidade de agravos específicos e de grupos prioritários. Ademais, seus resultados devem ser expressos por indicadores quantitativo em geral incapazes de traduzir os fundamentos acima referidos (VALE E SILVA, 2011).

Para ampliar a resolutividade das equipes de saúde da família (EqSF), desde 2008, o Ministério da Saúde incentiva financeiramente a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das EqSF compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

O NASF compõe-se de oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Foram estabelecidas duas modalidades de NASF:

NASF 1 – vinculado a oito a 20 Equipes Saúde da Família – composto por no mínimo por cinco profissionais das seguintes profissões de nível superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra.

NASF 2 – vinculado a no mínimo três EqSF – composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as seguintes: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisio-

terapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A organização do processo de trabalho do NASF tem por fundamento o ‘apoio matricial’, atuando em parceria com os profissionais das EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF no qual o NASF está cadastrado. Tem como eixos a responsabilização a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. O apoio às EqSF inclui: (a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas; (b) Intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e famílias encaminhados pela EqSF; (c) Ações comuns nos territórios desenvolvidas de forma articulada com as EqSF, outros setores governamentais e organizações.

Em 2011, uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica criou o um componente de qualidade no PAB variável relacionado ao desempenho das equipes avaliado em processo de certificação de equipes com base a um conjunto de critérios. Neste programa reitera-se a concepção abrangente da atenção básica brasileira:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e

autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

ESTRUTURA DA OFERTA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Política Nacional de Atenção Básica se implementa por meio de um conjunto de unidades de saúde que prestam serviços assistenciais. Nesta seção, são descritos a estrutura dessa oferta, a organização da rede assistencial ambulatorial e os serviços produzidos no Brasil.

No SUS, a garantia de atenção básica em saúde, denominação da atenção primária no país, é de responsabilidade da administração municipal.

A estrutura da oferta do setor ambulatorial brasileiro é heterogênea, composta por serviços públicos e privados de diversos tipos. No SUS, são ofertados serviços ambulatoriais de primeiro nível, por postos e centros de saúde, genericamente denominadas de unidades básicas de saúde (UBS) ou de unidades de saúde da família (USF), quando a Estratégia Saúde da Família está implantada; e em unidades de pronto atendimento (UPA). A oferta do setor privado é composta por consultórios privados de médicos profissionais autônomos e por clínicas privadas com médicos empregados assalariados ou remunerados por produção. No setor privado, o acesso ocorre mediante desembolso direto ou por planos de saúde, uma vez que a maioria das clínicas

privadas estabelece contratos com planos de saúde sem definição de porta de entrada.

Ainda que não haja definição oficial, denomina-se posto de saúde a unidade de menor complexidade com atendimento por apenas um médico ou, na sua origem, como definido no PIASS, na década de 1970, apenas com atuação de pessoal auxiliar.

Centros de saúde são tradicionalmente unidades que prestam atendimento nas especialidades básicas e nos programas de saúde pública, oferecendo serviços de acompanhamento infantil, imunização, atenção pré-natal, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, acompanhamento de hipertensão e diabetes. Realizam ainda atividades de vigilância epidemiológica, com notificação e investigação de casos. A partir da implantação de equipes de saúde da família, parte dos postos e centros de saúde foi transformada em Unidades de Saúde da Família (USF), com a reorganização interna dos serviços.

Em 2011, o SUS conta com 42.081 unidades básicas de saúde (Postos, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família), destas 27% correspondem a postos de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (www.datasus.gov.br).

O acesso à atenção nas unidades básicas de saúde, assim como em todos os serviços do SUS, é universal e gratuito, não existindo copagamento.

O IBGE realiza, de modo não rotineiro, um censo geral de estabelecimentos de saúde que proporciona um

panorama nacional da estrutura da oferta de serviços de saúde no país, pois coleta informações de todos os tipos de unidades de saúde, exceto dos consultórios individuais privados. Os dados desta pesquisa permitem acompanhar a evolução da oferta de serviços ao longo do tempo. Desde a segunda metade da década de 1980, com as novas responsabilidades dos municípios na atenção à saúde, observou-se importante e progressiva expansão da oferta de unidades básicas de saúde no país. Em 1980, existiam nove mil estabelecimentos ambulatoriais públicos no país; em 1988, vinte mil; em 2005, quarenta e um mil; e em 2009, 47 mil (Tabela 1): um incremento de cinco vezes. Coerente com o processo de descentralização, estas unidades são na quase totalidade (96%) de propriedade dos governos municipais (IBGE, 2010). Além da implantação de novas UBS pelos municípios, no processo de descentralização, as unidades ambulatoriais pertencentes aos estados, à Previdência Social e ao governo federal foram transferidas para os municípios, que passaram a gerenciá-las.

Cerca de dois terços dessas unidades ambulatoriais públicas (72%) prestam somente atendimento geral em especialidades básicas, ao passo que 27% oferecem outras especialidades e 6% são serviços especializados. A realidade do país é bastante diversa e nas regiões Norte e Centro-Oeste, 20% das unidades não têm atendimento médico correspondendo a minipostos de saúde, enquanto na região Sul esta proporção é de 10% (IBGE, 2010). No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é possível identificar que, em 2011, 60% dos estabelecimentos de

atenção básica no país são Unidades de Saúde da Família e que em 85% destas USF atua apenas uma equipe de saúde da família.

Os estabelecimentos ambulatoriais em geral são unidades pequenas (46% com área construída de até cem metros quadrados ou 65% menores do que 150 metros quadrados), e pouco equipadas. Um estudo amostral das USF realizado em 2008 mostrou que apenas 25% das USFs contemplavam padrões mínimos de estrutura física. Por exemplo, apenas 16% dispunham de sala específica para armazenamento de medicamentos (FACE/DAB, 2009). Observa-se, contudo ampliação dos serviços oferecidos nos últimos anos. Assim enquanto em 2002 apenas um quinto das unidades ambulatoriais realizava ou coletava material para exames, em 2009 esta proporção entre os estabelecimentos SUS subiu para 53%, o que implica redução da dificuldade de acesso com deslocamento do paciente a um serviço específico sempre que lhe for solicitado exame para complementar diagnóstico (IBGE, 2002; 2010).

A maior parte das unidades ambulatoriais do SUS corresponde a postos e centros de saúde, que realizam também ações de saúde pública. Dois terços das unidades ambulatoriais SUS realizam imunização (70%) (IBGE, 2009). Contudo, apenas 20% fazem investigações epidemiológicas, uma das funções de controle de doenças tradicionalmente de responsabilidade dos centros de saúde – o que sugere insuficiente responsabilização de tais estabelecimentos por ações imprescindíveis de saúde pública. A dispensação de medicamentos é feita em apenas um quarto das unidades ambulatoriais do SUS (IBGE, AMS, 2002).

SERVIÇOS DE PRIMEIRO CONTATO

O SUS não definiu uma unidade de saúde como porta de entrada obrigatória, contudo pretende-se que os serviços de atenção básica sejam a porta de entrada preferencial. Como não há definição clara, os serviços de primeiro contato podem ser tanto postos e centros de saúde quanto serviços especializados prestados em ambulatórios de hospitais e policlínicas. A procura por serviços de emergência para primeiro contato é também frequente e nos últimos anos tem sido implantadas unidades de pronto atendimento (UPA) que competem na porta de entrada com as unidades básicas de saúde.

A maior parte dos brasileiros (74%) dispõe de um serviço de procura regular que busca, a cada nova necessidade de atenção, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, com enfoque no acesso e na utilização de serviços de saúde (PNAD – Saúde), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008. Ter um serviço de saúde ao qual normalmente se recorre é um indicador de acesso e da disponibilidade de serviços. O percentual desse segmento da população aumentou entre 1998 e 2003, sinalizando melhoria de acesso aos serviços de saúde para a população brasileira após a definição do Piso de Atenção Básica em 1998. Em 1998, 71% da população brasileira fazia uso regular de algum tipo de serviço de saúde, percentual que aumentou para 79% em 2003 e reduziu para 74% em 2008 (IBGE, 1998; 2003; 2010a).

Os três tipos de serviços mais procurados são: postos ou centros de saúde, consultórios particulares e ambulatórios de hospitais.

A disponibilidade de um serviço de procura regular não apresenta variação significativa relacionada à renda. Todavia o tipo de serviços procurado varia com a renda. O posto ou centro de saúde é a modalidade mais procurada, constituindo serviço de procura regular para 57% da população, com maior proporção entre as pessoas nas menores faixas de renda (77%). Consultórios médicos particulares são serviços de procura regular de 19% da população, com maior proporção entre o grupo de maior renda (71%). Ambulatórios de hospitais são os serviços de procura regular de 12% da população. Outros 5% referiram pronto-socorro ou emergência como seu serviço de primeiro contato regular (IBGE, 2010a).

A maior oferta de unidades básicas de saúde reflete-se também em seu uso regular mais frequente. A PNAD-Saúde mostra melhora do acesso com maior proporção de pessoas que fazem uso regular de postos e centros de saúde em todas as regiões do país nos diversos quintis de renda.

A ATENÇÃO BÁSICA COMO PARTE DA REDE DE SERVIÇOS E O SISTEMA DE REFERÊNCIA

Os serviços de atenção primária, ou de primeiro nível, para cumprir com seus atributos devem estar integrados a uma rede assistencial. A Rede de Atenção à Saúde, conforme

definido pelo Decreto 7.580/2011, constitui-se por um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011). Nesta rede, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária, que deve coordenar a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população por meio de uma equipe multidisciplinar. A partir do decreto presidencial o acesso aos serviços especializados e hospitalares está condicionado à referência, ao encaminhamento formal, pela atenção básica conforme a necessidade.

A organização dos fluxos de usuários visando à garantia de acesso a serviços e ações especializados de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade do governo municipal.

Nos últimos anos intensificaram-se os processos de organização da rede assistencial do SUS. Hoje, parte das cidades organiza os serviços SUS em rede e integra serviços básicos, especializados e hospitalares. Tendo como porta de entrada preferencial as unidades de atenção básica, condicionam o acesso a ações especializadas ao encaminhamento pelos médicos da atenção básica/saúde da família.

Nessas cidades, foram organizadas centrais de regulação de leitos e de marcação de consultas e procedimentos especializados com a implantação de ferramentas informatizadas (SISREG) que permitem a regulação das referências com definição de prioridades e o monitoramento das filas

de espera. O agendamento da consulta especializada é feito *online* pela unidade básica de saúde que encaminhou o paciente, reduzindo as barreiras de acesso dos usuários à atenção secundária. A garantia do agendamento nem sempre incorre em maior agilidade no atendimento, que está condicionada pela oferta de serviços especializados, observando-se elevados tempos médios de espera para consultas especializadas em diversas cidades.

Em 2011, 621 centrais de regulação de serviços de saúde estão registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), enquanto em 2005 eram apenas 69 concentradas no Sudeste. Parte destas centrais tem abrangência regional ou estadual e é responsável pela regulação do acesso aos serviços especializados de uma região geográfica maior, concentrando população e proporcionando economia de escala para serviços de uso menos frequente. Em geral, estão situadas nos municípios polo que concentram maior número de serviços e além dos habitantes do município atendem pacientes referenciados da região, responsabilidade assumida no processo de programação regional denominado Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Todavia, em grande parte dos municípios, o sistema de referência ainda não está formalizado, o que implica madruguar e enfrentar filas para acessar atendimento especializado devido à inexistência de agendamento prévio e à oferta insuficiente.

A fragmentação ocorre também na relação com os serviços de pronto atendimento, as chamadas UPA. Ainda que sejam definidas pelo Ministério da Saúde como estru-

turas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares, devendo proceder ao acolhimento e classificação de riscos para priorizar os atendimentos de maior urgência (Portaria GM/MS 1020 de 13.05.2009), sua articulação com a rede de atenção básica não está estabelecida. Assim tornam-se modelo competitivo à Saúde da Família como serviço de procura regular. O modelo assistencial do pronto atendimento das UPA corresponde ao modelo tradicional da nossa antiga assistência médica previdenciária de ‘queixa – consulta’ ou melhor ‘sintoma – receita de medicamento sintomático’. Ainda que possa cumprir com o requisito de garantir um atendimento mais oportuno – característica da atenção muito prezada pela população –, o modelo UPA responde apenas a casos agudos ou episódios de agudização de agravos crônicos sem possibilitar seguimento. Não atende a qualquer outro atributo da atenção primária em saúde, como a criação de vínculos e acompanhamento longitudinal, a coordenação da atenção, a integralidade, a territorialidade ou orientação comunitária. São estes os atributos da APS componentes da Estratégia de Saúde da Família, mas não presentes nas UPA, que permitem impactos positivos em saúde e a efetividade da atenção primária no enfrentamento dos agravos crônicos.

A integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial e garantia do acesso à atenção especializada com estabelecimento de sistema de referência e contrarreferência é um fator decisivo para o exercício pelas equipes de atenção primária da coordenação dos cuidados. A recente

constituição de redes assistenciais regionalizadas poderá contribuir para facilitar o acesso à atenção especializada.

No SUS, em geral, não há liberdade de escolha do médico pelo paciente. Nos territórios cobertos por equipes de saúde da família, a adscrição é automática por local de moradia e cada equipe de saúde da família cadastra as famílias de uma determinada área e se responsabiliza pela sua atenção. Para pacientes segurados privadamente, a escolha é possível, porém, na maior parte dos casos, restrita a um plantel de profissionais credenciados pelo plano de saúde.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Parte dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) corresponde a serviços de APS e são ofertados pelo SUS em serviços próprios ou por meio de contratos com prestadores privados. É no setor de diagnose e terapia que a característica da estrutura de oferta de serviços de saúde no país, com predominância da participação de prestadores privados, é mais evidente. A participação de serviços do SUS no conjunto de estabelecimentos de diagnose e terapia é a mais baixa de todos os setores.

No país, os serviços de laboratório e de apoio à diagnose e terapia (SADT), em sua grande maioria, pertencem ao setor privado: somente 9% dos estabelecimentos SADT exclusivos são públicos e, do total desses estabelecimentos no país, apenas 35% fazem parte da rede SUS (IBGE, 2009).

Ainda que nos últimos anos a oferta de estabelecimentos públicos de diagnose e terapia tenha aumentado em 60% entre 2005 e 2009, um número significativo de estabelecimentos existentes é de acesso restrito a filiados de planos e seguros de saúde ou a grupos populacionais de estratos de renda superior, que podem pagar diretamente. Desse modo, o setor de serviços de diagnose é onde se encontram as maiores dificuldades de acesso aos usuários do SUS.

RECURSOS HUMANOS

A Pesquisa Assistência Médico-Sanitária informa igualmente os tipos de profissionais de saúde que trabalham nas unidades ambulatoriais. Entre os profissionais de nível superior, a referência maior é o médico, mais precisamente o clínico geral, seguido pelo dentista e pelo enfermeiro. O quantitativo médio desses profissionais por unidade, entretanto, é baixo, sendo próximo a um. Trabalham também nessas unidades: pediatras (0,55/unidade de saúde) e gineco-obstetras (0,41/unidade de saúde). Somando os profissionais médicos das clínicas básicas, a média é de 2,67 vínculos desses profissionais por unidade de saúde sem internação com atendimento ambulatorial do SUS (IBGE, 2002).

Nas unidades de saúde, a atuação de profissionais de nível superior de outras áreas sociais é pouco frequente. Apenas pequena parte das unidades básicas de saúde emprega outros profissionais, como os assistentes sociais, com

a média de 0,16 assistente social/unidade de saúde, registrando-se maior presença na região Sudeste e quase ausência na Nordeste (IBGE, 2002)

No Brasil, a disponibilidade de profissionais de saúde atuantes em qualquer serviço de saúde – vinculados ao SUS ou à saúde suplementar – apresenta muitas desigualdades regionais, variando de 2,4 médicos por mil habitantes, na região Sudeste, a 0,9 médico/habitante, na região Norte, a mais desfavorecida. Observa-se, todavia, leve tendência à redução dessas desigualdades regionais com incremento nas regiões desfavorecidas. Em 2002, a relação de médicos por mil habitantes na região Norte era de 0,6, e na região Sudeste, de 2,1.

Não há dados específicos disponíveis sobre o pessoal empregado em serviços de atenção primária. O profissional de saúde de maior oferta no país é o médico, seguido por odontólogo. A oferta de enfermeiros é bem inferior à de médicos, na proporção de dois médicos para cada enfermeiro em atividade no país. Em 2005 encontravam-se em atividade no país apenas 0,64 enfermeiro/mil habitantes, relação ampliada para 0,94 em 2008. Nos últimos anos, um importante programa de profissionalização de trabalhadores na área de enfermagem (PROFAE) permitiu importante ampliação da disponibilidade de técnicos de enfermagem no país que hoje superam a relação médico/habitante.

A participação do SUS na prestação ambulatorial é importante. Realiza mais de 500 milhões de consultas médicas por ano e estima-se que financia entre 73 e 61% das

consultas médicas contabilizadas no país (IBGE, 2010a). A cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS é de 2,57 consultas por habitante/ano, básicas ou especializadas. Não estão disponíveis dados separados para consultas de atenção primária e especializadas.

Assim como para a disponibilidade de profissionais, não é possível definir uma norma internacional de número adequado de consultas por habitante/ano, uma vez que se observam diferenças demográficas, epidemiológicas e de organização dos serviços entre países. Todavia, a comparação internacional parece indicar uma baixa cobertura de consultas médicas por habitante/ano no Brasil. Em comparação internacional, segundo dados da OECD, em 2009 os números médios de consultas médicas por habitante eram: Espanha, 7,5; Alemanha, 7,7; Canadá, 5,5; Reino Unido, 5,9; EUA, 3,9; Portugal, 4,1; Suécia, 2,9; e México, 2,9. Apenas a média deste último país aproxima-se da média no Brasil.

No Brasil, existem acentuadas desigualdades regionais de cobertura por consultas médicas do SUS, com diferenças de cerca de 30% em 2008. A população da região Norte é a mais desfavorecida, recebendo 2,2 consultas ao ano, ao passo que a região Sudeste é a de melhor cobertura, com 2,9 consultas por habitante ao ano (2008).

Na última década, observa-se tendência de leve aumento de cobertura e redução das desigualdades regionais, embora a cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS ainda possa ser considerada baixa e permaneçam fortes disparidades regionais na utilização de ser-

viços de saúde do SUS. A razão do número de consultas por habitante entre a região Sudeste (maior uso) e Norte (menor uso) diminuiu de 1,90 em 1996 para 1,32 em 2008.

Os resultados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios-Suplemento Saúde (PNAD-Saúde) mostram também as desigualdades sociais na utilização: observa-se correlação positiva entre acesso a consultas médicas e poder aquisitivo. Em 1998, entre as pessoas de menor renda familiar (primeiro quintil), 45% declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses. Entre o grupo com rendimento familiar mais elevado (quinto quintil), todavia, esse percentual sobe para 65%, indicando maior utilização nas camadas de renda mais alta, grupo social com prevalências mais baixas de morbidade em geral.

Às desigualdades sociais somam-se desigualdades regionais indicando acesso mais difícil para as populações mais pobres do Norte e Nordeste. Também nesta pesquisa observa-se, na última década, tendência de melhora da cobertura por consultas médicas em todas as regiões e estratos de renda e leve atenuação das desigualdades de utilização. A razão entre a proporção de pessoas que consultaram médico no primeiro e quinto quintis reduziu de 1,44 para 1,29.

DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em síntese, uma análise das abordagens de atenção primária à saúde nas políticas formuladas e implementadas a

partir do SUS no Brasil permite identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS, em disputa com períodos de predomínio de uma ou outra concepção e o uso de diferentes termos para qualificá-la.

No período anterior à criação do SUS, a atenção primária à saúde abrangente – com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país – representou a alternativa de mudança do modelo assistencial e foi referência para experiências desenvolvidas em universidades e naqueles municípios com governos de tendência social-democrata, de oposição à ditadura militar, engajados no movimento da Reforma Sanitária brasileira.

A abordagem de Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde, voltados a atender às necessidades da população local no final da década de 1970 e no início da de 1980. Posteriormente, no processo de implementação do SUS e do desenvolvimento de mecanismos financeiros e operacionais para que os municípios se responsabilizassem pela atenção à saúde, de modo a concretizar os princípios constitucionais de universalidade do direito à saúde, o termo atenção básica passou a ser empregado como referência aos serviços municipais ambulatoriais de primeiro nível (GIL, 2006).

A preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil durante a implementação do SUS, como mencionado, pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase

para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Assim, gradativamente, o termo APS foi substituído por ‘Atenção Básica à Saúde’.

Ao mesmo tempo, uma abordagem de APS muito seletiva esteve presente no PACS, desenvolvido com pessoal leigo – cujas funções eram restritas e dirigidas à população em extrema pobreza – e supervisionado por profissional enfermeiro, responsável por conduzir a organização do processo de trabalho. Essa abordagem esteve presente também no Programa Saúde da Família, em sua concepção e implementação iniciais como programa paralelo, focalizado em população de menor renda e unidades sem articulação à rede assistencial, com funções delimitadas a alguns agravos prioritários. Desse modo, pode-se afirmar que no PSF observou-se a superposição de abordagens, passando de um enfoque seletivo restrito a uma estratégia abrangente de mudança do modelo assistencial.

No final da primeira década do século XXI, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Atenção básica passa a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem como função ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção e proporcionando a

longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS. A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde; assim, o modelo brasileiro de atenção básica incorpora os outros elementos da atenção primária à saúde abrangente, de centralidade na família e direcionamento para a comunidade.

Todavia, entre a intenção e o gesto, entre a letra da lei ou portaria e a implementação real da política, sempre ocorrem defasagem e diferenciação. Em virtude disso, observa-se diversidade de modelos implementados nas diferentes experiências de APS no país. A tensão entre concepções de APS e a competição entre modelos assistenciais de APS persiste, e os termos atenção básica e atenção primária à saúde permanecem sendo utilizados com diferentes interpretações, ora como sinônimos, ora como termos que se contrapõem (GIL, 2006). Há ainda um longo caminho a se percorrer até a hegemonia de novo modelo assistencial.

Ao ser assumido como estratégia, o Programa Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências sugerem essa potencialidade. Contudo, o sucesso da implementação da estratégia para a grande maioria da população brasileira, afora os incentivos financeiros federais, dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes

comunitários de saúde; a fixação dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país.

Nos países europeus de modo distinto há certa tradição na qualificação de profissionais médicos como generalistas e para o exercício da função de porta de entrada preferencial. Nos últimos anos, os países europeus têm buscado fortalecer a sua atenção primária e impulsionaram, partir da década de 1990, reformas organizacionais da atenção ambulatorial que objetivaram melhor coordenação dos cuidados em países da União Europeia, principalmente por meio de mecanismos organizacionais que proporcionaram maior poder e controle da atenção primária sobre prestadores de outros níveis, como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) e/ou comprador de serviços especializados (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003).

Outras medidas expandiram o leque de serviços ofertados no primeiro nível, alargando o seu papel como prestador, incluindo novas ações curativas, serviços comunitários de saúde mental, cuidados domiciliares (*home care*) ou cuidados paliativos nos serviços de primeiro contato. Nesse sentido, ocorreu ampliação das funções clínicas, assim como das funções gerenciais de coordenação da atenção e financeiras dos profissionais médicos de atenção primária, com a diversificação da organização da atenção nesse nível. O exercício do papel de condutor da assistência

pelo generalista requer maior profissionalização do trabalho gerencial do cuidado e qualificação para as novas funções.

Nos países europeus, observa-se um processo em transição com a redefinição das funções do generalista como condutor dos cuidados ao paciente. O GP permanece importante ator da atenção primária, contudo o efetivo exercício do papel de coordenação dos cuidados implica superar o desafio de encontrar um equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais. A responsabilidade por elenco ampliado de funções clínicas aumenta seu poder técnico e credibilidade, bem como a expansão de suas funções gerenciais incrementa seu poder administrativo, mas pode corroer a confiança em sua capacidade técnica por parte de especialistas e pacientes e reduzir a satisfação do GP no que se refere à prática profissional (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003).

Essas questões estão presentes no Brasil de modo bem mais acentuado, pois não há tradição de formação de generalistas nas escolas médicas, além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas. Somente em 2002 a Medicina de Família e da Comunidade foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, fomentando-se a abertura de cursos de residência e de especialização *lato sensu*.

Outro desafio crucial para a implementação de uma atenção primária integral no país é o desenvolvimento de ações comunitárias e a mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde. A ação comunitária das EqSF, e em especial as ações de mo-

bilização social dos ACS, com identificação dos principais problemas no território, o chamamento das diversas organizações e serviços sociais para a ação conjunta no território buscando a articulação de todos os setores de políticas públicas, é crucial para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. Sua efetivação é fortalecida por uma atuação do executivo municipal que toma como eixo o enfrentamento articulado dos problemas sociais nos territórios.

No Brasil, a essas questões político-operacionais para efetivação de uma atenção primária abrangente somam-se os desafios de ela se contrapor às persistentes pressões das agências multilaterais, década após década, para a implantação de uma atenção primária focalizada e seletiva.

Importa ainda destacar que os recursos financeiros alocados à APS no Brasil são muito baixos. Os desafios a superar para implementação da APS integral não são apenas de gestão, são também financeiros. O SUS desde sua criação passa por pressões financeiras importantes e hoje é consensual que sofre de um processo de desfinanciamento crônico. Os gastos públicos com saúde das três esferas de governo no Brasil representam apenas 3,7% do PIB. Na comparação internacional são muito baixos. Em países com serviços nacionais de saúde – sistemas universais financiados com recursos fiscais, similares ao que o SUS deseja ser –, como Espanha e Reino Unido, os gastos públicos em saúde correspondem a 7% ou 8% do PIB. Nestes países, cerca de 80% dos gastos totais de saúde são públicos, enquanto no Brasil apenas a metade dos gastos é pública. Estes dados de comparação internacional demonstram que

empregamos poucos recursos públicos em saúde, considerado o nosso nível de riqueza. Não se trata de uma situação de escassez de recursos, mas de prioridade política na alocação. Quase a metade (44,9%) das receitas da União em 2010 foi alocada para pagamentos de juros e amortização da dívida. Ou seja, se queremos prosseguir na construção de um sistema público universal de saúde e fortalecer a atenção primária como ordenadora da rede assistencial temos que pelo menos dobrar os gastos públicos em saúde no Brasil.

Nossa riqueza nacional e nossa carga fiscal nos permitem, no mínimo, dobrar os gastos públicos com saúde no país. Recursos adicionais são cruciais para melhorar o acesso com qualidade. E a forma melhor e mais eficiente para aplicar estes recursos e receitas federais é dar prioridade à construção de redes integrais ordenadas pela APS.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços, e com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país.

LEITURAS RECOMENDADAS

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. (Ed.) *Primary Care in the Driver's Seat?* Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. Disponível em: <www.observatory.dk>. Acesso em: 10 out. 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção primária à saúde - agora mais do que nunca*. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>>. Acesso em: 10 out. 2011

SITES DE INTERESSE

Datasus: <www.datasus.gov.br>. Traz informações sobre serviços de saúde e situação de saúde da população brasileira. Para acessar informações sobre o PSF, siga o caminho: informações em saúde / assistência à saúde / atenção básica – saúde da família.

Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/dab>.

Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br>.

Movimiento para la Salud de los Pueblos: <<http://www.phmovement.org/es/>>.

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde: <www.observatory.dk>.

Organização Europeia de Médicos de Família: <www.woncaeurope.org>.

Rede de Pesquisa em APS: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br>>.

Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido: <www.nhs.uk>.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e da Comunidade: <www.sbmfc.org.br>.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida de Características Organizacionais e de Desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no Nível Local*. Brasília, DF: OPAS, 2006. (OPAS Série Técnica, 10: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S. *et al.* (org), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 783-836.

BOERMA, W. G. W.; DUBOIS, C. A. Mapping primary care across Europe. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. (Ed.) *Primary Care in the Driver's Seat?* Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006.

BRASIL. Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia

Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 15 dez 2011

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 11 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.4, p.477-483, dez. 2005.

CANADA. Ministry of Supply and Services. *New Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde Report, 1973-1974). Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1981.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na

América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.10, n. Supl.1, p.14-27, nov. 2010.

CONILL, E; FAUSTO, M. *Análisis de la integración de la atención primaria en salud en la red de servicios en Europa y América Latina*. Madrid: Eurosocial; Rio de Janeiro: Fiocruz 2007.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, Washington, v.94, n.11, p.1864-1874, nov 2004.

DIXON, A.; MOSSIALOS, E. (Ed.) *Health Care Systems in Eight Countries: trends and challenges*. London: European Observatory on Health Care Systems, 2002.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELIAS, P. E. *et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, jul./set. 2006.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ESCOREL, S. *et al. (Coord.) Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC, v.21, n.2-3, p.164-176, fev./mar. 2007.

FACCHINI, L. A. *et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.696-681, jul./set. 2006.

FLEURY, S. M. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. *Solidariedade ou Competição: políticas e sistema de saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.951-964, maio 2006.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794, jul./set. 2009.

HEIMAN, L.; MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HEISECKE, V. C. *O Agente Comunitário de Saúde da Equipe de Saúde da Família do Bañado Sur, Assunção – Paraguai*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)*,

2002. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2011.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Suplemento Saúde)*. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Suplemento Saúde)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Suplemento Saúde)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

_____. *Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária* 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em 22 ago. 2011.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; MPOG; MS; Fiocruz, 2010a.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, jul./dez. 2001.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Chicago, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MACINKO, J. *et al.* The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, out. 2011.

MCKEOWN, T. *The Role of Medicine: dreams, mirage or nemesis*. Londres: The Nuffiel Provincial Hospital Trust, 1976.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, Oxford, v.11, p.1-8, jun. 2011.

MENDONÇA, M. H. M. *Reorientação do Sistema de Saúde no Contexto de Mudança Social, 1992*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1992.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S.F. *Imprevidência Social: 60 anos de história da previdência social*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *OECD Health Data: statistics and indicators for 30 countries*. 2007. Disponível em: <www.oecd.org>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*: Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: OPAS/OMS, 2008. Disponível em <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT (PHM). *Carta dos Povos pela Saúde*. 2000. Disponível em: <<http://www.phmovement.org/es>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. *Social Policy & Administration*, Malden, v. 37, n. 6, p. 592-608, dez. 2003.

ROEMER, M. I. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

SALTMAN, R. Drawing the strands together: primary care in perspective. In: SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. (Ed.)

Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STUCKLER D. *et al. The political economy of universal health coverage: background paper for the Global symposium on health system research*. 2010. Disponível em: <<http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/the%20political%20economy%20of%20uhc.PDF>>. Acesso em 02 out. 2011

TENDLER, J. *Bom governo nos trópicos: uma visão crítica*. Brasília, DF: ENAP; Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VALE E SILVA, J. Comunicação pessoal do professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) em setembro de 2011.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. *Reforma de Saúde no Brasil: o Programa de Saúde da Família. Informe final*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. (Estudos em Saúde Coletiva, 166).

WENDT, C.; THOMPSON, T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. *International Journal of Health Services*, Londres, v. 34, n.3, p.415-433, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008: Atenção primária à saúde - mais necessária que nunca*. Genebra: WHO, 2008.

_____. Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

_____. European Observatory on Health Care Systems. *Health care systems in transition: United Kingdom of Great Bri-*

tain and Northern Ireland HiT / England (2011). Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sustainable Health Financing, Universal Coverage, Social Health Insurance. World Health Assembly, 58. Geneva: WHO, 2005.

