



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA

GUSTAVO BONIN GAVA

**A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ÊXITOS,
DESAFIOS E LIÇÕES PARA O BRASIL**

CAMPINAS
2020



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA

GUSTAVO BONIN GAVA

**A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ÊXITOS,
DESAFIOS E LIÇÕES PARA O BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Econômico, área de Economia Social e do Trabalho.

ORIENTADOR: PROF. DR. HUGO MIGUEL OLIVEIRA RODRIGUES DIAS

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno Gustavo Bonin Gava e orientado pelo Professor Dr. Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias

**CAMPINAS
2020**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA

GUSTAVO BONIN GAVA

**A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ÊXITOS,
DESAFIOS E LIÇÕES PARA O BRASIL**

ORIENTADOR: PROF. DR. HUGO MIGUEL OLIVEIRA RODRIGUES DIAS

DEFENDIDA EM 21/02/2020

Prof. Dr. Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias (UNICAMP) – PRESIDENTE

Prof. Dr. Denis Maracci Gimenez (UNICAMP)

Profa. Dra. Carmen Cecília de Campos Lavras (UNICAMP)

Profa. Dra. Juliana Pinto de Moura Cajueiro (FACAMP)

Prof. Dr. Lucas Salvador Andrietta (ESAMC)

A ATA DE DEFESA, ASSINADA
PELOS MEMBROS DA COMISSÃO
EXAMINADORA, CONSTA NO
PROCESSO DE VIDA ACADÊMICA
DO ALUNO.

**CAMPINAS
2020**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Economia
Luana Araujo de Lima - CRB 8/9706

G24e Gava, Gustavo Bonin, 1988-
A experiência portuguesa da Atenção Primária à Saúde : êxitos, desafios e lições para o Brasil / Gustavo Bonin Gava. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia.

1. Reforma dos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Serviços de saúde - Portugal. 4. Serviços de saúde - Brasil. I. Dias, Hugo Miguel Oliveira Rodrigues, 1978-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The Portuguese experience of Primary Health Care : successes, challenges and lessons for Brazil

Palavras-chave em inglês:

Health care reform

Primary health care

Health services - Portugal

Health services - Brazil

Área de concentração: Economia Social e do Trabalho

Titulação: Doutor em Desenvolvimento Econômico

Banca examinadora:

Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias [Orientador]

Denis Maracci Gimenez

Carmen Cecilia de Campos Lavras

Juliana Pinto de Moura Cajueiro

Lucas Salvador Andrietta

Data de defesa: 21-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Desenvolvimento Econômico

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-5640-4544>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3968077706245468>

AGRADECIMENTOS

Esta tese não teria sido possível sem o apoio de tantas pessoas. Devo uma grande gratidão ao meu orientador Professor Hugo Miguel Oliveira Rodrigues Dias, pois este texto começou em uma reunião no Centro de Estudos Sindicais e do Trabalho (CESIT), em Campinas. Dias tem sido um amigo incrivelmente generoso e formidável ao longo dos anos. Juntamente com os professores do Instituto de Economia (IE), dos quais eu destaco: Ana Lucia Gonçalves da Silva, Denis Maracci Gimenez, Eduardo Fagnani, José Dari Krein e Wilson Cano (em memória) que contribuíram imensamente para minha formação como aluno dos cursos de mestrado e de doutorado em Desenvolvimento Econômico.

Aos Professores Juliana Pinto de Moura Cajueiro e Lucas Salvador Andrietta, agradeço por integrarem minha banca de defesa e pelas valiosas sugestões ao texto final.

Também sou grato aos professores Carlos Raul Etulain e Oswaldo Gonçalves Junior (ambos da Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP) que sempre se colocaram à disposição para reflexões e trabalhos conjuntos. Além disso, tive a sorte de contar com o apoio pessoal e intelectual de muitos amigos e colegas do Programa de Estudos de Sistemas de Saúde, do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (PESS/NEPP). Destaco deste grupo a amizade e o respeito adquirido com a Professora Carmen Cecília de Campos Lavras, com quem compartilhei ideias e aprendizados que serão levados para além da vida acadêmica.

Sou especialmente grato a todas as pessoas que foram tão gentis comigo nos dez anos em que frequentei a UNICAMP. Agradeço especialmente aos meus amigos por sua generosidade com seu tempo e experiências.

Sou grato aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação do IE que foram sempre prestativos e corteses ao conduzir este trabalho até a sua etapa final.

Finalmente, agradeço à minha família por ser tão encorajadora, pelo apoio incondicional e pela presença permanente em todos os momentos.

...

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Dedico esta tese aos meus pais que sempre me apoiaram em tudo o que faço e são responsáveis por alimentar minha curiosidade - acadêmica ou não. Sem esse senso de aventura, o desejo de saber como as coisas funcionam, especialmente em outros lugares, eu nunca teria embarcado nessa pesquisa.

“Uma coisa é pôr ideias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente – dá susto de saber – nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza...”

Guimarães Rosa, *Grande Sertão: veredas*

RESUMO

A tese tem por objetivo analisar a experiência da reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) portuguesa, apontando seus êxitos, suas contradições e estratégias de expansão no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), procurando extrair lições para o processo de desenvolvimento da atenção primária no Brasil. A metodologia aplicada nesta tese é da análise comparada entre países, buscando apresentar mais do que simplesmente um trabalho comparativo; tornar possível uma aproximação entre contextos não tão discrepantes. O texto é dividido em três capítulos, o primeiro capítulo recupera e amplia a definição da atenção primária, buscando exemplos internacionais de sua implementação em três diferentes países e contextos econômicos, sociais e políticos: Inglaterra, Cuba e Canadá. O capítulo se encerra com a tentativa de compreender os desafios contemporâneos da APS às necessidades de saúde e às reformas orquestradas pelas instituições multilaterais, sobretudo pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O segundo capítulo apresenta a APS brasileira, seu desenvolvimento, principais avanços, desafios e perspectivas. Orientando o debate acerca das especificidades brasileiras, o capítulo possui como objetivo sintetizar os elementos transformadores da atenção primária no Brasil e demonstrar lacunas em seu desenvolvimento nos últimos trinta anos. Finalmente, o terceiro capítulo reporta-se a experiência portuguesa, nele são revisitados os anos anteriores a implementação da APS e, posteriormente, sua condução de reorientação do modelo assistencial de saúde. Elencamos nesse capítulo o contexto e os principais desafios da reforma da atenção primária portuguesa, apresentando seu marco mais ambicioso a partir de 2005 até o recente período de maior estagnação, onde a crise econômica e financeira abateu-se com maior força no país lusitano. Também nesse capítulo selecionamos algumas propostas, implementadas na experiência portuguesa, que poderiam servir de lições para o caso brasileiro, dentre as principais: a carteira de serviços da atenção primária, a contratualização dos profissionais de saúde, a criação e, posteriormente, avaliação de indicadores interligados as reais necessidades de saúde e a valorização de todos os profissionais da atenção primária como requisitos primordiais para uma expansão qualificada da APS. Em nossas considerações finais realizamos um breve resumo das propostas aglutinadas em Portugal e destacamos que o modelo de atenção primária brasileiro deve desenvolver sua política de expansão buscando olhar as experiências internacionais como um marco para o futuro, no entanto, basta lembrar que a APS no Brasil se desenvolveu como um modelo próprio, permitindo a inserção de equipes multiprofissionais em praticamente todo o território nacional, assim, a colaboração da análise comparada pode ser utilizada para agregar o conhecimento adquirido e reproduzi-lo na prática da gestão pública.

PALAVRAS-CHAVE

Reforma dos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde – Portugal; Serviços de Saúde – Brasil

ABSTRACT

The thesis aims to analyze the experience of the Portuguese Primary Health Care (PHC) reform, pointing out its successes, its contradictions and expansion strategies within the scope of the National Health Service (SNS), seeking to extract lessons for the development process of health primary care in Brazil. The methodology applied in this thesis is that of comparative analysis between countries, seeking to present more than just a comparative work; to make possible an approximation between not so different contexts. The text is divided into three chapters, the first chapter retrieves and expands the definition of primary care, seeking international examples of its implementation in three different countries and economic, social and political contexts: England, Cuba and Canada. The chapter ends with an attempt to understand the contemporary challenges of PHC to health needs and reforms orchestrated by multilateral institutions, especially by the World Health Organization (WHO). The second chapter presents the Brazilian PHC, its development, main advances, challenges and perspectives. Guiding the debate about Brazilian specificities, the chapter aims to synthesize the transforming elements of primary care in Brazil and to demonstrate gaps in its development in the last thirty years. Finally, the third chapter reports on the Portuguese experience, in which the years prior to the implementation of PHC are revisited and, subsequently, its conduct of reorienting the health care model. In this chapter, we list the context and the main challenges of the Portuguese primary care reform, presenting its most ambitious milestone from 2005 until the recent period of greatest stagnation, when the economic and financial crisis hit the strongest in the Portuguese country. Also in this chapter we selected some proposals, implemented in the Portuguese experience, that could serve as lessons for the Brazilian case, among the main ones: the portfolio of primary care services, the contracting of health professionals, the creation and, later, evaluation of indicators interconnected with real health needs and the valuation of all primary care professionals as essential requirements for a qualified expansion of PHC. In our final remarks, we made a brief summary of the proposals brought together in Portugal and we emphasize that the Brazilian primary care model should develop its expansion policy seeking to look at international experiences as a landmark for the future, however, it is enough to remember that PHC in Brazil it developed as its own model, allowing the insertion of multiprofessional teams in practically the entire national territory, thus, the collaboration of the comparative analysis can be used to aggregate the acquired knowledge and reproduce it in the practice of public management.

KEYWORDS

Health Care Reform; Primary Health Care; Health Services – Portugal; Health Services – Brazil

Índice de Figuras

Figura 1 – Sistemas de saúde hierarquizados para sistemas com RAS	81
Figura 2 – Organograma do SNS com referência aos serviços de atenção primária	128
Figura 3 – Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respectivas unidades (interna)	133
Figura 4 – SNS: fluxos financeiros	138

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Expansão da rede ambulatorial por níveis de atenção no Brasil, 2006-2018	70
Gráfico 2 – Execução do gasto do Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto total segundo as subfunções de governo, 2007-2017	72
Gráfico 3 – Evolução no número de EqSF no Brasil, 2008-2018	74
Gráfico 4 – Estimativa da cobertura populacional pela Saúde da Família e o IDH nos estados brasileiros	75
Gráfico 5 – Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões, Brasil, 2018	90
Gráfico 6 – Evolução no número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	91
Gráfico 7 – Mortalidade por doenças crônico-degenerativas selecionadas no Brasil, 2000-2015	92
Gráfico 8 – Quantidade de consultas médicas especializadas e de urgência realizadas no SUS, 2012-2017	95
Gráfico 9 – Esperança de vida ao nascer, 1980-2015.....	96
Gráfico 10 – Mortalidade infantil, neonatal e por doença diarreica em menores de 5 anos, 1980-2015	97
Gráfico 11 – Taxa de anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, por 100 mil habitantes, Portugal, 2010-2016	109
Gráfico 12 – Mortalidade infantil, neonatal e perinatal em Portugal, 1970-2016	110
Gráfico 13 – Evolução da mortalidade materna em Portugal, 1970-2016.....	110
Gráfico 14 – Evolução dos gastos per capita em saúde - Espanha, Grécia, Itália e Portugal, 1995-2014.....	112
Gráfico 15 – Evolução do gasto público em saúde (%) na despesa total em saúde, 1995-2014	113
Gráfico 16 – Evolução dos gastos diretos com saúde (out-of-pocket), 1995-2014	113
Gráfico 17 – Número de hospitais públicos ou em PPP e privados em Portugal, 2006-2016	114
Gráfico 18 – Número de leitos hospitalares segundo natureza institucional em Portugal, 2006-2016.....	115
Gráfico 19 – Número de consultas médicas realizadas por hospitais segundo a natureza institucional em Portugal, 2006-2016	116
Gráfico 20 – Número de médicos por 100.000 habitantes em Portugal e países selecionados, 1995-2016	118
Gráfico 21 – Evolução no número de USF em Portugal, 2006-2018.....	130
Gráfico 22 – Gastos em saúde (% do PIB) em Portugal e países selecionados, 2010-2016	139
Gráfico 23 – Principais fontes de financiamento do SNS, 2017	141

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Da atenção médica primária a atenção primária à saúde	30
Tabela 2 – Princípios e diretrizes do SUS.....	68
Tabela 3 – Estimativa da cobertura populacional da ESF (em %) e em número absoluto, 2008-2018.....	74
Tabela 4 – As modalidades de NASF	79
Tabela 5 – Principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica, Brasil, 2011 a 2017	81
Tabela 6 – Percentual de usuários que, durante o atendimento com o médico, acha que há tempo suficiente para falar sobre seus problemas, Brasil e Grandes Regiões, 2012	89
Tabela 7 - Percentual de usuários que, durante o atendimento com o enfermeiro, acha que há tempo suficiente para falar sobre seus problemas, Brasil e Grandes Regiões, 2012	89
Tabela 8 – Distribuição de médicos, segundo grandes regiões, Brasil, 2018	90
Tabela 9 – Distribuição de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, segundo grandes regiões, Brasil, 2013.....	91
Tabela 10 – Projeção da população do Brasil, 2000-2020.....	93
Tabela 11 – Indicadores de gastos públicos e privados no Brasil, 2010-2015.....	98
Tabela 12 – Distribuição de médicos por mil habitantes em países selecionados, 2010-2015	100
Tabela 13 – Indicadores populacionais e demográficos de Portugal, 1995-2017 ...	107
Tabela 14 – Dados macroeconômicos de Portugal, 1995-2017	108
Tabela 15 – Esperança de vida em Portugal, 1995-2015	108
Tabela 16 – Óbitos por doenças selecionadas em Portugal (%), 2015 e 2016.....	111
Tabela 17 – Consultas médicas realizadas por hospitais em Portugal, segundo a natureza institucional e a especialidade	117
Tabela 18 – Instituições de saúde em Portugal em 1970	120
Tabela 19 – Despesa corrente pública e privada em saúde, 2012-2016	140

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
ARS – Administrações Regionais de Saúde
CNI – Confederação Nacional da Indústria
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DGS – Direção-Geral da Saúde
EAB – Equipe de Atenção Básica
EQSF – Equipes de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMI – Fundo Monetário Internacional
GP – *General Practitioner*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NAP – Nova Administração Pública
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS – *National Health Service*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGS – Organizações Não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OS – Organizações Sociais
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEF – Programa de Assistência Econômica e Financeira
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPC – Poder de Paridade de Compra
PPP – Parcerias Público-Privadas
PROADESS – Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PROVAB – Programa de Valorização da Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde

RRE – Regime Remuneratório Experimental
SESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPT-2000 – Saúde para Todos no Ano 2000
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos
TROIKA – Designação composta pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UCC – Unidades de Cuidado nas Comunidades
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – União Europeia
ULS – Unidades Locais de Saúde
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidades de Saúde Familiares
USP – Unidades de Saúde Pública

Sumário

Introdução	16
1. Atenção Primária à Saúde: origem e conceito	25
1.1. A Atenção primária na Inglaterra	33
1.2. A Atenção primária em Cuba.....	41
1.3. A atenção primária no Canadá	44
1.4. Revisitando a atenção primária	49
1.5. Considerações finais do capítulo	56
2. A atenção primária à saúde no Brasil	57
2.1. Breve histórico da atenção primária no Brasil antes do SUS.....	58
2.2. O desenvolvimento do SUS e a redefinição do modelo assistencial	58
2.3. A atenção primária no contexto do SUS.....	69
2.4. O desenvolvimento da atenção primária e as Políticas Nacionais de Atenção Básica	75
2.5. Avanços da atenção primária no Brasil	87
2.6. Principais desafios da atenção primária no Brasil	97
2.7. Considerações finais do capítulo	102
3. A atenção primária à saúde em Portugal	104
3.1. Contextualização de Portugal: características e indicadores selecionados	105
3.2. Contexto, evolução e principais desafios da experiência portuguesa na atenção primária.....	119
3.3. A reforma da atenção primária: 2005 a 2010.....	125
3.4. Financiamento da saúde e crise econômica: impactos na reforma da atenção primária: 2010-2015	136
3.5. Desafios e avanços para a atenção primária em Portugal: 2015-2019.....	142
3.6. Considerações finais do capítulo	148
Conclusões	150
Referências bibliográficas	156

Introdução

“A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”. (Declaração de Alma-Ata, 1978)

O trecho acima reporta-se aos valores da revolucionária Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde¹ (APS), realizada na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, antiga União Soviética, onde foram recebidas 67 organizações internacionais e representantes não-governamentais e 134 países assinaram o acordo denominado de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000).

A importância da Conferência Internacional de Alma-Ata insere-se na negação da saúde como a simples ausência da doença, assumindo-a como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, fortalecendo o direito à saúde como humano e fundamental, onde princípios de justiça social e de equidade são contemplados ao lado da participação da comunidade. Assim, a APS passa a ser a principal estratégia de transformação dos sistemas de saúde.

Os benefícios de sistemas de saúde fundamentados pela APS são reconhecidos internacionalmente pela literatura especializada. Trabalhos clássicos desenvolvidos por Starfield (2002) e Starfield, Shi e Macinko (2005), demonstram que existem efeitos positivos nos resultados em saúde: (1) queda da mortalidade infantil e materna; (2) melhoria do acesso à saúde; (3) existência de correlação de melhores chances de vida da população ao maior número de médicos inseridos na atenção primária; (4) de boas experiências da APS associadas a reduções nos efeitos da desigualdade de renda na saúde; e (5) na maior eficiência e eficácia dos sistemas de saúde como um todo.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) reconhece que os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde – as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas dentro e entre os países (OMS, 2008). Neste contexto,

¹ Em Portugal, Cuidados de Saúde Primários (CSP). No Brasil convencionou-se a denominar de Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (AB). Nesta tese tomamos a liberdade de tratar os termos por Atenção Primária à Saúde (APS)

a APS é uma estratégia para melhorar a saúde e o desenvolvimento humano da população, porque envolve uma rede intersetorial para enfrentar diferentes problemas que afetam a saúde.

Por sua vez, os sistemas de saúde são definidos, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), como um conjunto de atividades com objetivo inicial de promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem outros propósitos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos; a provisão de serviços seguros e efetivos; a prestação de serviços eficientes; e o acolhimento humanizado dos cidadãos.

Dessa forma, incluem a oferta de cuidados em saúde, através de intervenções individuais e coletivas destinadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à cura, à reabilitação e a oferta de cuidados paliativos.

Como apontam Lobato e Giovanella (2012, p. 107), os sistemas de saúde também podem ser concebidos como “um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população”, que se cristalizam em diversas organizações, regras e serviços e que podem ser estudados através de diversos componentes: a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento e as organizações. Dessa forma, podemos diferenciar o sistema de saúde do sistema de serviços de saúde, sendo este último um componente que deve representar o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma dada população.

As experiências de reforma dos serviços de saúde, em especial dos serviços de APS, têm sido discutidas por um número cada vez maior de gestores, profissionais da saúde e especialistas, evidenciando a importância de analisar as mudanças e os resultados apresentados em cada caso específico. Da mesma forma, o conjunto de proposições elaboradas pelas principais agências internacionais nos últimos trinta anos revela que a formulação e a implementação de políticas públicas na área da saúde constituem prioridade na agenda internacional de discussão.

Embora diversos estudos descritivos tenham sido realizados com a abordagem comparativa sobre as reformas dos serviços de saúde nos países centrais, especialmente aqueles localizados na Europa Ocidental e América do Norte, poucas

análises foram feitas sobre a experiência portuguesa, em especial procurando identificar lições para o Brasil².

Os países da América Latina apresentam modelos fragmentados na prestação dos serviços de atenção primária, por exemplo, com a introdução de programas verticais na proteção infantil e materna (Bolívia, Nicarágua e El Salvador); países que desenvolveram a APS como porta de entrada ao sistema de saúde, com a inclusão de redes de atenção, ainda fragmentadas, por meio da integração dos serviços (Chile, Costa Rica e Brasil); e, finalmente, os países que optaram por experiências de governos regionais, como a Colômbia através do programa *Salud a su Hogar* elaborado na capital Bogotá, com o objetivo de promover a APS para a população mais vulnerável (Conill, Fausto e Giovanella, 2010). Assim, a comparação entre o Brasil e países com propostas tão diferenciadas na prestação de serviços de atenção primária não é a melhor escolha.

Assim, escolhemos Portugal e, mais precisamente, sua experiência com a reforma da atenção primária como objeto de estudo e de extração de lições para o caso brasileiro. Além disso, a análise comparada se aproxima do campo da avaliação, com o estabelecimento de mecanismos que dialogam tanto com as práticas de gestão como com as de pesquisa.

Desta forma, Portugal se apresenta como um país de características históricas e culturais similares ao Brasil, seu desenvolvimento econômico é tardio em comparação aos países da Europa Central e, é usual a sua caracterização enquanto um país semiperiférico, com um papel de intermediação no sistema mundial. Em particular, ambos os países, desfrutaram da cultura latina e mediterrânea, com importantes influências católicas. Seus sistemas de proteção social sugerem fortes semelhanças, com desenvolvimento e incorporação tardios, em comparação aos países desenvolvidos. Em Portugal foi após a Revolução dos Cravos de 25 de abril de 1974 e, no Brasil, em 1988, com a redemocratização do país, coincidentemente, com o fim do período ditatorial e de retomada da democracia participativa.

No Artigo 9º da Constituição da República Portuguesa (Portugal, 1976) fica evidente a construção de um sistema de proteção social, delegando ao Estado o papel de “promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os

² Para os estudos comparados nos países Europeus e da América do Norte ver: Almeida (2012), Conill (2000); Noronha et al. (2014). Para estudos concentrados na América Latina ver: Santos e Melo (2018); Brandão (2017); Giovanella e Almeida (2017).

portugueses, bem como a efetivação dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas econômicas e sociais”.

No Brasil, o Preâmbulo da Constituição de 1988 refere-se ao Estado como:

[...] um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias (BRASIL, 1988).

Ambos os textos constitucionais evocam o Estado como principal órgão de concretização da proteção social. Revelando similaridades quanto a direção da proteção social, ambos os países destacam a universalidade dos direitos sociais. O Artigo 194º da Constituição Federal Brasileira aponta a seguridade social com base na “universalidade da cobertura e do atendimento”, prometida em “a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). O direito à saúde é remetido ao Artigo 164º, a previdência social é objeto do Artigo 201º e, finalmente, a assistência social consta no Artigo 203º. Em Portugal, o Artigo 63º da Constituição da República refere-se a Segurança Social, em que todos têm direito.

No Brasil, a saúde coube dentro do sistema de seguridade social, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em Portugal, a saúde é considerada um direito, porém, pela Lei de Bases da Saúde de 1990 (Portugal, 1990), há um modelo misto, com variadas formas de pagamento. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é responsável por garantir a maior oferta de serviços públicos, com financiamento realizado, em sua grande maioria, por impostos diretos e indiretos. Há também a modalidade via seguro social, institucionalizada pelo Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE), tutelado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças. Outras modalidades praticadas em Portugal são: seguro voluntário, com financiamento individual; e via pagamentos diretos pelos cidadãos. Outra característica intrínseca ao SNS é a utilização de taxas moderadoras e de copagamentos de consultas individuais em todos os níveis de complexidade, incluídos pelo Estado português a partir da segunda revisão constitucional de 1989.

O objetivo da tese é analisar a experiência portuguesa, apontando seus êxitos, suas contradições e estratégias de expansão e operacionalização no âmbito

do sistema de saúde português, procurando extrair lições para o processo de desenvolvimento da atenção primária no Brasil.

A metodologia aplicada nesta tese é da análise comparada entre países, segundo Giovanella e Stegmüller (2014, p. 2-3), análises comparativas na área da saúde estão em constante evolução. Inicialmente empregadas pelas agências internacionais, como no caso da OMS, do Banco Mundial e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), dentre outras – especialmente com o objetivo de realizar classificações e ranqueamento entre os mais diversos sistemas de saúde –, passaram a ser “estudos que visam compreender mais profundamente as condições nas quais determinadas mudanças se processam: o que funciona e por que”.

De acordo com Conill et al. (1991, p. 329): “Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los”. Assim, não se trata aqui apenas de apresentar mais um trabalho comparativo, mas de tornar possível uma aproximação entre contextos não tão discrepantes.

Descrever sobre o futuro da atenção primária ou sobre seu passado, não contém sentido se o contexto social for deixado de fora. Desta forma, o Capítulo 1 fornece a origem e o desenvolvimento da atenção primária em três diferentes contextos: inglês, canadense e cubano. Estes três países oferecem a complexidade dos aspectos culturais, econômicos e políticos que, em combinação, condicionaram diferentes modelos de operacionalização da atenção primária. Assim, mudanças nos padrões culturais de um país podem influenciar a organização da prestação dos cuidados e serviços de saúde; o agravamento ou a melhoria das condições econômicas de um país pode afetar o financiamento das ações e serviços na atenção primária e as mudanças na base política de um país podem alterar a interferência do governo nas políticas públicas de saúde.

Estudar toda e qualquer mudança na atenção primária, no entanto, também não faz sentido, principalmente entre o Brasil e seus pares latino-americanos. Comparar a APS dessa maneira produziria uma série de fatos, mas essas informações ficariam desatualizadas assim que fossem coletadas. No entanto, observar sucessivas mudanças únicas na política de atenção primária por um período

mais longo pode muito bem revelar certas tendências em seu desenvolvimento. Portanto, vale a pena estudar essas tendências apresentadas ao decorrer do primeiro capítulo.

Assim, o primeiro capítulo recupera o conceito da atenção primária, elencando sua diversidade de aplicação em três países: Inglaterra, Cuba e Canadá.

O modelo inglês nasce entre as duas Guerras Mundiais (1920-1939), com uma crescente crença entre a sociedade e a profissão médica de algum tipo de serviço nacional de saúde era necessário. Um relatório do governo, o Relatório Dawson de 1920, na verdade produziria uma planta de centros de saúde com ações e serviços de atenção primária trabalhando em estreita colaboração com unidades especializadas de hospitais, esta ideia não foi apoiada pelos médicos naquele período, mas voltaria anos mais tarde após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) para ser a primeira proposta de atenção primária no Continente Europeu e, depois implementada em diferentes países de fora da Europa.

Dentre estes países, Cuba replicou o modelo inglês, com traços do comunismo, com a criação da medicina de família e de clínicas estatais para atendimento primário em toda a ilha caribenha.

Por sua vez, o Canadá em 1974 iniciou suas principais propostas de atenção primária, elencando a promoção da saúde como importante ferramenta para ampliar a qualidade de vida de seus habitantes.

O final do primeiro capítulo dialoga com as novas formas da APS inseridas no século XXI.

Passaram-se 30 anos desde que a Constituição brasileira de 1988 estabeleceu formalmente o SUS. Com base nas reformas iniciadas na década de 1980, o SUS representou uma ruptura significativa com o passado, estabelecendo a saúde como direito e dever fundamental do Estado e iniciando um processo de transformação no sistema de saúde brasileiro para atingir esse objetivo. No entanto, após anos de implementação, podemos perguntar o que o SUS alcançou até os dias atuais e quais são os desafios que permanecem para atingir as metas estabelecidas no texto constitucional.

Nas últimas décadas o Brasil passou por profundas mudanças econômicas, políticas e sociais. Após forte turbulência entre os anos de 1960 até 1980, a estabilidade política e econômica foi alcançada em meados da década de 1990, com

o crescimento econômico a partir do século XXI. As décadas recentes também podem ser observadas pela prevalente transição demográfica, com crescimento da população idosa (60 anos ou mais de idade) entre 1960 e 2017, de 5,3% para 13,5% da população (IBGE, 2019). Essa transição econômica, social e demográfica teve profundas implicações para o sistema de saúde, com expansão das necessidades de saúde e expectativas crescentes sobre o que o SUS pode e deve oferecer.

Em particular, nos últimos trinta anos houve uma impressionante expansão do acesso e utilização da atenção primária, uma profunda reestruturação do sistema – com a descentralização constante das responsabilidades para os municípios – e um aumento, mesmo que insuficiente, nos gastos com a saúde. Há evidências científicas e convincentes de que algumas dessas mudanças contribuíram para melhores resultados de saúde. No entanto, muitos desafios permanecem. O acesso a serviços de diagnóstico e cuidados de maior complexidade e/ou especializados é problemático para enormes contingentes populacionais; os serviços são fragmentados e a coordenação dos cuidados é frágil; e, infelizmente, a prestação pública dos serviços de saúde é, em geral, de pouca qualidade e ineficiente em muitos contextos. Dessa maneira, os resultados dessas questões não são tão bons quanto deveriam ser, os gastos privados (*out-of-pocket*) continuam a representar uma grande parcela dos gastos em saúde e os níveis de satisfação dos usuários do SUS são baixos.

Pode-se afirmar que o enfrentamento desse quadro dinâmico de necessidades de saúde exige uma atenção primária altamente qualificada e resolutiva. Desta forma, selecionamos a experiência portuguesa como exitosa no contexto europeu e por fornecer colaborações e lições importantes para o Brasil.

Atualmente, o contexto histórico dos sistemas de saúde está mudando, o que começou no início da década de 1980. Desde então, a sequência de mudanças nos sistemas de saúde resultou em uma nova tendência que, ao contrário das décadas anteriores, se caracteriza pela retirada do Estado na implementação de políticas públicas para o setor saúde e do crescimento do mercado privado. Independentemente de se aprovar ou não essa tendência, ela está recondiçãoando a operação práticas dos sistemas de saúde e, em última medida, dos serviços de atenção primária. O Capítulo 3 explora com mais profundidade esta tendência ao analisarmos a experiência portuguesa.

Buscando soluções aos principais problemas brasileiros na experiência da reforma portuguesa da atenção primária, foco do terceiro capítulo, demonstramos sua organização, e suas fases de implementação, também exibindo seus principais avanços, desafios e perspectivas.

Podemos resumir que os dois grandes objetivos da reforma da atenção primária portuguesa foram: 1) melhorar a qualidade dos serviços e 2) a contenção de custos. No entanto, a realidade diária da reforma é mais complicada do que este simples resumo sugere, uma vez que as partes interessadas no processo de cuidados com saúde podem olhar essas duas categorias sob perspectivas diferentes ou até opostas. A qualidade do atendimento, por exemplo, pode ser observada da perspectiva do paciente ou da perspectiva do profissional. Além disso, a qualidade do atendimento e a contenção de custos podem ser facilmente ter objetivos conflitantes. Desta forma, o Capítulo 3 introduz ao leitor as principais características anteriores da atenção primária praticada em Portugal antes da reforma, apontando seus problemas e perspectivas, adicionando também o seu contexto social de mudanças e transformações contidas a partir da Revolução de 1974.

Ao decorrer do Capítulo 3 é possível compreender que as medidas adotadas em Portugal frequentemente se sobrepuseram. As diretrizes de prescrição medicamentosa, por exemplo, podem ser direcionadas à contenção de custos e, ao mesmo tempo, também podem ser direcionadas à melhoria das práticas de prescrição. Da mesma forma, regulamentos e protocolos direcionados ao empoderamento profissional de enfermeiros podem ao mesmo tempo influenciar a qualidade do atendimento.

Conseqüentemente, qualquer classificação de medidas da reforma portuguesa sempre terá um grau de arbitrariedade introduzido pelo autor. Desta maneira, são apresentados os dados sociais, econômicos e os principais indicadores de saúde (mortalidade infantil, materna, esperança de vida ao nascer etc.) de Portugal para depois mergulharmos em sua reforma da APS. Posteriormente, apontamos seus principais desafios, muitos destes interligados ao contexto econômico da crise financeira mundial de 2007/2008 que acabou por demolir a economia portuguesa nos anos subsequentes. E, finalmente, descrevemos as novas propostas para a continuação dos princípios da reforma e as suas perspectivas para os próximos anos.

As lições retiradas da experiência portuguesa são discutidas em nossas conclusões. Nesta parte apontamos os desafios da incorporação de mudanças não apenas estruturais e financeiras, mas também de organização da APS brasileira.

1. Atenção Primária à Saúde: origem e conceito

O desenvolvimento do conceito de atenção primária detém sua origem em diversos marcos históricos. Em 1920, o *Council on Medical and Allied Services*, órgão criado para aconselhar o Ministério da Saúde inglês, recomendou – no que mais tarde ficou conhecido como o Relatório Dawson –, que os serviços de saúde focalizados na comunidade e na saúde preventiva deveriam ser estrategicamente fundados em uma única organização – isto é, que deveria haver uma rede de centros de saúde com atribuições especializadas na Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o território. Esses centros também deveriam conter clínicos gerais e outros trabalhadores do setor saúde e de assistência social (Baggott, 1998; Starfield, 2002; Matta e Morosini, 2009).

Embora as recomendações do relatório Dawson não tenham sido implementadas na época, por uma variedade de razões, a ideia de um centro de saúde que reuniria diversos profissionais da atenção primária não foi totalmente perdida e influenciou a conformação do *National Health Service* (NHS) que nasceu em 1948 incorporando os preceitos do relatório Dawson. Por sua vez, o NHS influenciou vários outros sistemas de saúde em âmbito mundial. Durante seu desenvolvimento, várias reformas ocorreram e até hoje continuam a influenciar a arquitetura de vários sistemas de saúde em outros países.

Um outro importante marco histórico da APS, foi a realização da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata em 1978, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para discutir como melhorar os resultados de saúde em nível mundial. A “Declaração de Alma-Ata” resultante foi aprovada por esse órgão em 12 de setembro de 1978, endossada pelo Conselho Executivo da OMS em 1980 e posteriormente ratificada pelos Estados Membros da Assembleia Mundial da Saúde. Esta declaração, conhecida por sua ampla definição de saúde, permanece hoje como um apelo para a justiça social na provisão e distribuição dos cuidados de saúde (OMS, 1978).

A Declaração de Alma-Ata define o papel da atenção primária na seguinte passagem:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 2)

Dessa forma, o modelo da APS enfatiza a promoção da saúde e a prevenção de doenças, campanhas de imunização, cuidados reprodutivos e melhorias no saneamento e na saúde infantil e/ou materna. A APS também é um modelo de atenção à saúde no qual os direitos humanos, a justiça social e a equidade formam os princípios centrais (Fundação Oswaldo Cruz e Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Tanto a Declaração como a Conferência em Alma-Ata permanecem ainda como peças importantes no desenvolvimento da APS como uma abordagem para a prestação de cuidados de saúde. Matta e Morosini (2009) apontam que a Declaração foi um marco histórico porque identificou a saúde e o acesso a atenção primária como direitos básicos. Além disso, sua ênfase na comunidade e nos membros desta é o que diferencia a abordagem da APS de outros modelos de prestação de serviços de saúde. Cueto (2004) vai além ao propor três preceitos importantes compartilhados na Declaração que têm sido amplamente citados: 1) uso de tecnologia apropriada; 2) oposição ao elitismo médico; e 3) a saúde como ferramenta para o desenvolvimento social. Essas ideias e outras centrais para a Declaração foram incorporadas à visão da OMS sobre a APS por razões específicas.

A Declaração de Alma-Ata foi também imediatamente criticada por ser muito abrangente, tornando difícil a implementação da visão da atenção primária da OMS. Um resultado disso foi que houve uma interpretação seletiva dos princípios da APS (Cueto, 2004; Giovanella, 2008). Essa nova interpretação passou a ser reconhecida como “APS seletiva” e normalmente envolve um “pacote de intervenções técnicas de baixo custo para enfrentar os principais problemas de saúde dos países

pobres” (Cueto, 2004, p. 1868). Tais intervenções podem ser financiadas por organizações multilaterais e implementadas em nações com pouca ou nenhuma infraestrutura de saúde existente.

Para além das intervenções em saúde, a APS seletiva marcou um afastamento dos indicadores tradicionais, como expectativa de vida ao nascer e a mortalidade infantil, para analisar causas específicas de morte. Dessa forma, as principais doenças infecciosas dos países subdesenvolvidos foram colocadas em ordem de sua importância com base no número de mortes produzidas e as incapacidades causadas, variando de fraqueza e incapacidade de trabalhar e aprender a incapacitar e desfigurar, malária, sarampo, esquistossomose, coqueluche, tuberculose, tétano e difteria são exemplos mais comuns de doenças que mais afetam os países pobres ou subdesenvolvidos. Os defensores dessa vertente assinalam que a institucionalização da APS seletiva pode prevenir ou tratar as poucas doenças responsáveis pela maior mortalidade em áreas menos desenvolvidas e para as quais existem intervenções de alta eficácia comprovada (Cueto, 2004; Giovanella e Mendonça 2012; Mendes 2015).

Além disso, a APS seletiva delineou uma estratégia custo-efetividade e viável para o controle de doenças que salvariam a vida de milhares de crianças a cada ano. Essas medidas verticais recomendadas eram a imunização contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, coqueluche e tétano; o uso em pacientes com diarreia da terapia de reidratação oral; o tratamento da malária com risco de vida; e a amamentação de bebês, que fornece à criança anticorpos protetores presentes no leite materno (Giovanella e Mendonça, 2012). Embora essas intervenções possam ajudar de forma limitada a alcançar melhores indicadores de saúde, elas não constituem a base sublinhada na Declaração de Alma-Ata.

As críticas a abordagem seletiva na atenção primária são numerosas e apontam que o foco apenas em serviços básicos de saúde não reconhece ou garantem uma abordagem integral do processo saúde doença.

Com as profundas mudanças políticas e econômicas no mundo, a partir da década de 1970, foi-se estabelecendo a visão de um “novo universalismo”. A OMS argumentou de que não era possível ofertar a todos os cidadãos, todas as intervenções de saúde, alinhando-se assim ao discurso pregado pelo Banco Mundial, de que os serviços de saúde deveriam ser fornecidos tanto pelo Estado como pelo

mercado. Portanto, o novo universalismo estaria ligado por uma interpretação da privatização da saúde por completo, ou seja, desde o controle dos fundos de pensões públicos pelo capital financeiro até a expansão (patrocinada pelo Estado) dos seguros privados de saúde como alternativa viável ao sistema público, ou seja, “refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que possa gerar lucros” (LIMA, 2014, 241).

Por sua vez, após a Declaração de Alma-Ata, a APS abrangente passou a ser colocada em prática e com isto, surgiram inúmeros desafios duradouros a sua implementação. Novamente Cueto (2004) aponta que alguns profissionais médicos eram – em alguns casos ainda o são – resistentes à abordagem da APS devido a preocupações com a perda de prestígio e poder através do aumento do envolvimento de outros profissionais da saúde na prestação de cuidados na comunidade. Outros obstáculos citados para a implementação da APS incluem: os programas de ajuste estrutural em algumas nações em desenvolvimento; a tomada do poder pelo Banco Mundial de políticas de saúde em muitos países pobres e em desenvolvimento e grandes crises de saúde (por exemplo, a ascensão da HIV/Aids) que restringiram o desenvolvimento de serviços de saúde nas nações do Continente Africano em particular; falta de compromisso político de longo prazo com a APS; e dificuldades para encontrar financiamento para apoiar iniciativas abrangentes de atenção primária em países com pouca ou nenhuma estrutura.

Esses obstáculos frequentemente justificaram, se não a necessidade, a implementação seletiva da APS nas nações em desenvolvimento. Embora a resposta à Declaração e, especificamente, a abordagem da atenção primária em países em desenvolvimento tenha sido muito para implementar modelos seletivos de atenção, as nações mais ricas e desenvolvidas tiveram uma reação muito diferente. Em países como Canadá, Cuba e Inglaterra os sistemas de saúde já contavam de alguma forma com a atenção primária em seus respectivos sistemas de saúde em vigor antes da Declaração ser feita.

Em geral, uma mudança no modelo assistencial à saúde, com o foco do cuidado para longe do hospital e próximo a comunidade foi e é vista como estando de acordo com a abordagem da atenção primária. Desta forma, a APS costuma ser interpretada como um atendimento universal, abrangente, acessível e entregue de forma equitativa.

Pesquisadora renomada do tema da APS, Barbara Starfield desenvolveu importantes ferramentas metodológicas de avaliação de sua implementação em diversos países, assim como os resultados alcançados frente aos sistemas de saúde com APS abrangente. Aqui recuperamos a definição sobre APS:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28)

Portanto, o modelo assistencial baseado na APS significa abordar os diversos fatores nos ambientes social, econômico e físico que afetam a saúde – da dieta, renda e escolaridade aos relacionamentos, moradia, locais de trabalho, cultura e qualidade ambiental. Além disso, esse novo modelo coloca os cidadãos e pacientes em pé de igualdade com os profissionais de saúde no que diz respeito à tomada de decisões sobre questões de saúde.

A Tabela 1 resume as características necessárias para que os sistemas de saúde consigam converter sua organização convencional para a atenção primária pensada de forma ampla por Starfield.

Tabela 1 – Da atenção médica primária a atenção primária à saúde

Convencional	Atenção primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

Os sistemas de saúde que conseguiram implementar uma atenção primária robusta aos moldes da definição de Starfield (2002) são também aqueles que apresentam melhores indicadores de saúde como, por exemplo, baixa taxa de mortalidade infantil e materna, melhor acesso à saúde e maior eficiência no sistema de saúde como um todo (Starfield, Shi e Macinko, 2005). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) reconhece que os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde – as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas dentro e entre os países (OMS, 2008). Neste contexto, a APS é uma estratégia para melhorar a saúde e o desenvolvimento humano da população, porque envolve uma rede intersetorial para enfrentar diferentes problemas que afetam a saúde.

A atenção primária pode incluir uma variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em alguns países, dentistas e técnicos em saúde bucal. Também podem ser ofertados diversos serviços: como reabilitação, fisioterapia e dietética e farmácia, por exemplo.

Um dos componentes mais importantes da APS é a ideia dos clínicos gerais, denominados na língua inglesa como “*general practitioner*” ou simplesmente “GPs”. Vale ressaltar que esses profissionais estão ausentes em muitos sistemas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. Por outro lado, onde está

implementado, os GPs possuem como papel de primeiro e natural ponto de contato para um paciente com o sistema de saúde para problemas rotineiros e não urgentes. Idealmente, um clínico com formação baseada na APS, como um médico de família, será o médico do paciente, mantendo seu histórico médico e, com o tempo, construindo uma relação de proximidade com o paciente e conhecendo suas reais necessidades de saúde. O paciente será um dos muitos adscritos com a prática do médico de família. Isso significa que é possível detectar riscos em nível populacional, monitorá-los, planejar e implementar programas preventivos de atendimento e promoção da saúde, e convidar pacientes vistos como portadores de doenças raras e/ou específicas a consultarem um médico, um enfermeiro ou um profissional de saúde afim.

O paciente pode então receber aconselhamento, ser encaminhado para outro profissional ou provedor onde for apropriado e seu estado de saúde acompanhado ao longo do tempo. Desta forma, o foco da APS muda para abordagens multidisciplinares para manter uma comunidade saudável. A atenção primária também tem a capacidade de manter os pacientes longe dos serviços hospitalares mais custosos, pois para tomar decisões sobre quando um paciente precisa ser avaliado por outro médico especialista (por exemplo, um cardiologista) e para coordenar a transferência de pacientes entre diferentes prestadores de serviços, o médico de família (GP) necessariamente precisa ser consultado.

Essa função de coordenação tornou-se cada vez mais enfatizada no contexto da crescente carga de doenças crônicas não transmissíveis. Na verdade, uma medida importante de desempenho e foco de muitos estudos atuais é como os serviços para pacientes com condições crônicas são coordenados, já que a carência de coordenação e planejamento de cuidados em ambientes de APS podem levar a internações dispendiosas. Portanto, onde não há médicos de família ou GPs, os pacientes podem simplesmente se referir a qualquer profissional de saúde especializado, tornando o sistema de saúde como um todo mais caro e desarticulado.

A partir dos estudos de Barbara Starfield, foram definidos atributos essenciais e derivados para a APS como estratégia de promoção e prevenção. Segundo Starfield (2002), são atributos essenciais da APS: primeiro contato; longitudinalidade; abrangência ou integralidade; e coordenação. Os atributos derivados da APS são: orientação para a continuidade; centralidade na família; e

competência cultural. O Quadro 1 abaixo apresenta esses atributos com suas respectivas definições.

Quadro 1 – Atributos da APS e suas respectivas definições

Atributos da APS		Definição
Essenciais	Primeiro contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.
	Longitudinalidade	Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença.
	Abrangência ou integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário.
	Coordenação	Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.
Derivados	Orientação para a comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.
	Centralidade na família	Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. Conhecimento dos membros e seus problemas de saúde.

	Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.
--	----------------------	--

Fonte: Adaptado de Starfield (2002) e Giovanella e Mendonça (2012).

A fim de superar os desafios de interpretar e aplicar o modelo abrangente da atenção primária previsto pela Declaração de Alma-Ata, ou de aplicá-lo de maneira muito restrita ou mesmo de forma seletiva, muitos governos, ministérios da saúde, entidades profissionais do setor e afins criaram suas próprias definições de trabalho da APS. Podem ser citados como exemplos emblemáticos de organização da APS que buscam respeitar essas orientações, em diferentes contextos, os casos da própria Inglaterra, de Cuba e do Canadá.

1.1. A Atenção primária na Inglaterra

Como discutido anteriormente, a Inglaterra contou com as primeiras políticas de saúde voltadas para a APS antes mesmo do desenvolvimento do NHS. Originalmente, o NHS contava com as Autoridades Sanitárias Regionais espalhadas pelo território. O sistema tem por base a universalidade e conta com a presença dos GPs na organização do modelo assistencial (Starfield, 2002; Giovanella e Mendonça, 2012).

Ao longo do período pós-guerra, pelo menos até 1980, o setor de atenção primária foi considerado como uma área relativamente negligenciada, com considerável espaço para melhorias. Mas o setor não recebeu prioridade. Os políticos perceberam que construir um novo hospital era muito mais popular do que estender os serviços de atenção primária. Essa mentalidade reforçou as decisões sobre recursos, com o setor hospitalar aumentando sua participação no orçamento do NHS até os anos 80 (Baggott, 1998).

As razões para essa negligência relativa não são difíceis de descobrir. Na época em que o NHS foi criado, o status daqueles que trabalhavam na APS era muito menor do que o de seus colegas do setor hospitalar, como refletido, por exemplo, na relação entre médicos especialistas que atuavam nos hospitais e clínicos gerais. Além

disso, os profissionais que trabalham no setor hospitalar tendem a ter mais influência política do que os da atenção primária. As diferenças de status e influência política persistiram em considerável medida no período pós-guerra. Outro problema para os serviços de APS foi a falta de visibilidade. O público tende a considerá-los com menos importância que os serviços hospitalares. Isso continua até hoje no NHS, colocando problemas particulares para aqueles que buscam o equilíbrio entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário (Baggott, 1998).

As diferenças de prestígio, influência política e visibilidade pública fornecem apenas uma explicação parcial do motivo pelo qual a atenção primária foi negligenciada pelos formuladores de políticas públicas. Até certo ponto, o governo inglês não tinha meios para forjar novos rumos na atenção primária. Até 1974, os serviços de saúde comunitários estavam em grande parte nas mãos das autoridades locais, e o governo central enfrentava dificuldades consideráveis no desenvolvimento de uma visão nacional para esses serviços locais altamente fragmentados. Além disso, os serviços de atenção primária eram prestados por clínicos gerais, dentistas, farmacêuticos e oftalmologistas através de contratos individualizados com o NHS. O governo central só poderia mudar os contratos individuais, mas não poderia obrigar os profissionais a apoiar iniciativas políticas específicas. Mesmo quando os contratos foram alterados, foi principalmente uma resposta às queixas dos profissionais, em vez de preocupação pública sobre a qualidade dos serviços. Mas, ao final da década de 1970, a reforma não poderia mais ser evitada. Três problemas principais eram cada vez mais evidentes: 1) rivalidades profissionais; 2) má gestão e coordenação; e 3) em algumas áreas, serviços de baixa qualidade (Baggott, 1998).

A equipe de atenção primária à saúde (em inglês "*primary health care team*") havia sido incentivada na década de 1960 a melhorar a cooperação profissional. Isso envolveu a vinculação de enfermeiras, parteiras (e algumas vezes outros profissionais, como assistentes sociais) às práticas dos médicos generalistas. Enquanto a equipe foi considerada um passo em frente, tais arranjos falharam. Os clínicos gerais tendem a dominar, para o descontentamento das outras profissões, prejudicando a cooperação. Além disso, as equipes de saúde raramente se baseavam em acordos explícitos sobre o papel de cada participante e isso levava a uma coordenação deficiente e a uma falha no reconhecimento de responsabilidades mútuas.

A APS também sofria de um sistema de gestão fragmentado. Para piorar a situação, os serviços de cuidados primários foram mal coordenados com os cuidados comunitários fornecidos pelos governos locais. As tentativas de melhorar a coordenação dos serviços sociais e de saúde por meio do planejamento conjunto tiveram um impacto limitado. Finalmente, aumentou a preocupação com a qualidade e a eficácia dos serviços de atenção primária. Houve críticas específicas à atenção primária nas cidades interioranas, onde as necessidades eram muitas vezes complexas e os serviços limitados. Inicialmente, as preocupações com a eficácia e a qualidade do serviço limitavam-se a áreas ou práticas específicas. No entanto, as crescentes demandas que foram colocadas para a APS começaram a gerar preocupações mais fundamentais sobre sua capacidade de fornecer serviços de alta qualidade (Baggott, 1998).

1.1.1. A reforma do NHS e na atenção primária

As reformas nos sistemas de saúde foram implementadas a partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, motivadas, especialmente, mas certamente não exclusivamente, por pensadores da “Nova Direita” insulados dentro de governos de matrizes conservadoras, por exemplo, no Partido Conservador na Inglaterra e o Partido Republicano nos Estados Unidos. Os acadêmicos e conservadores apontaram o baixo desempenho do setor público e o aumento dos déficits fiscais, atribuindo-o ao modelo clássico da administração pública (burocrática) e aos sistemas de proteção social. Além disso, com a expansão do escopo dos mercados, os cidadãos – em seu papel de usuários de serviços públicos – começaram a pensar cada vez mais como clientes (ou pelo menos alguns políticos disseram que o fizeram³). Houve também uma crescente importância de políticos, experts e colunistas de mídia, enfatizando os mecanismos de mercado como forma de controlar os déficits públicos, coincidindo com o desenvolvimento no campo acadêmico de teorias da economia neoinstitucional e da teoria da escolha pública (Osborne, Radnor e Nasi, 2012), e gradualmente a Nova Administração Pública - NAP (*New Public Management*) ou Administração Gerencial (termo recorrente denominado no Brasil a partir de meados da década de 1990) como doutrina emergiu.

³ Ficaram famosas as frases de Margareth Thatcher (Primeira Ministra do Reino Unido pelo Partido Conservador entre 1979 e 1990): “Não existe essa coisa de sociedade. Existem indivíduos, homens e mulheres, e existem as famílias” ou “ninguém lembraria do Bom Samaritano se ele tivesse apenas boas intenções. Ele tinha dinheiro também”.

A literatura lista uma riqueza de reformas sob o cabeçalho da NAP. Em geral, encontramos os seguintes exemplos (Bresser-Pereira, 1999; Denhardt e Denhardt, 2000; Paula, 2005):

- Estruturas enxutas e altamente descentralizadas, como organizações quase-autônomas, ao invés de ministérios, ou departamentos hierárquicos grandes, de múltiplos propósitos. Os países desenvolvidos passaram a contar, por exemplo, com programas para separar certas funções ou atividades e designá-las para agências executivas independentes do governo, também foram implementadas parcerias público-privadas (PPP), resultando em fronteiras borradas entre os setores público, privado e de terceiro setor, composto pelas Organizações Não Governamentais (ONGs) e, posteriormente, pelas Organizações Sociais (OS, modelos adotados para administrarem os serviços públicos nos países subdesenvolvidos).
- Grande ênfase difundida em contratos ao invés de relações hierárquicas formais. Os contratos se espalharam por todos os territórios nacionais, por exemplo, nas atividades locais de zeladoria que anteriormente eram realizadas pelos próprios funcionários públicos da municipalidade. Mesmo se a unidade continuasse a realizar o trabalho, teria que fazê-lo sob um conjunto de condições contratuais cuidadosamente especificadas ou em concorrência com outras empresas privadas.
- Introdução da licitação pública obrigatória para compra de equipamentos ou na prestação dos serviços públicos. Exemplos são encontrados na privatização de, por exemplo, habitação social (Reino Unido) e a introdução de mais competição nos serviços de educação e saúde.
- Construção de mecanismos de avaliação da gestão de organizações e de habilidades administrativas aos servidores públicos, em clara oposição a simples assessoria política e jurídica que eram dominantes no paradigma burocrático. Além disso, mudanças nas atitudes dos funcionários públicos visam, por exemplo, o foco em

fornecer serviços de alta qualidade que sirvam aos interesses mais individuais dos cidadãos. Houve também a introdução de sistemas relacionados ao pagamento por desempenho, e, em geral, uma maior flexibilidade na contratação.

- Ainda sobre a mudança em direção a mais mensuração e quantificação, especialmente na forma de sistemas de indicadores de desempenho, houve, por exemplo, para o profissional médico, o desenvolvimento de medidas que mostram com que frequência o médico prescreve medicamentos, com que frequência os pacientes desenvolvem complicações pós-operatórias, a duração da consulta e o grau de conformidade com os protocolos de melhores práticas, e assim por diante.

Percorrendo a lista, nota-se que a NAP é semelhante ao camaleão e paradoxal – algo que surge por diferentes motivos em lugares diferentes. Conseqüentemente, é difícil demarcar a NAP.

O maior exemplo é dado pelo Reino Unido. As reformas iniciais da década 1970, sob o Governo Conservador foram, primeiramente, direcionadas ao aumento da eficiência, qualidade e escolha dos pacientes através do estabelecimento de ferramentas de gestão da iniciativa privada, que representavam uma mudança na organização hierárquica ou verticalmente integrada. Em segundo lugar, as reformas destinavam-se a mudar o sistema de saúde altamente centralizado, que ditava uma estrutura e função idêntica para todas as organizações que compunham o NHS, em um sistema mais orgânico que permitisse a adaptação da estrutura e dos processos às necessidades locais e individuais. Uma das principais mudanças foi a introdução do conceito de “mercado interno”, nas palavras de Tanaka e Oliveira (2007):

[...] separando os “compradores” dos “provedores” de serviços de saúde. Os provedores passariam a competir em qualidade e custos, de forma a atrair os compradores, que estavam a partir de então livres para comprar serviços fora de seus limites geográficos. (TANAKA e OLIVEIRA, 2007, p. 9-10)

Atrás das ideias sobre o mercado interno estava uma forte crença na eficiência e superioridade do setor privado competitivo. Para alcançar este objetivo, um ambiente competitivo também teve de ser estabelecido para o NHS. A concorrência entre provedores de serviços hospitalares e clínicos, acreditava-se, aumentaria a eficiência e melhoraria a qualidade dos serviços, aumentando assim a

satisfação dos cidadãos. A ideia básica para a implementação da competição era uma distinção entre compradores e prestadores de serviços de saúde. Os prestadores ofereceriam seus serviços de saúde com base em contratos com os compradores.

Os compradores podem ser distinguidos em dois tipos. Em primeiro lugar, haveria as autoridades distritais de saúde, que no novo sistema teriam que identificar e selecionar os serviços necessários, e contratar esses serviços para vários provedores. Os GPs formam o segundo tipo de comprador, atuando como detentores de fundos, gerenciando um orçamento para garantia de uma certa gama de serviços hospitalares e de atenção primária para seus pacientes. A compra responsável, supunha-se, não só aumentaria a qualidade do atendimento para os pacientes dos clínicos, mas também poderia resultar em excedentes orçamentários que poderiam ser alocados para expandir o leque de serviços ofertados. No lado do provedor, os hospitais foram transformados em *trusts*, que eram obrigados a competir uns com os outros por contratos com autoridades distritais de saúde, empresas detentoras de fundos e seguradoras privadas. Embora os *trusts* permanecessem como organizações do setor público, eles se tornaram consideravelmente mais autônomos para habilitá-los a concorrer no mercado interno. No entanto, a gestão conservadora do NHS manteve o poder através do monitoramento do desempenho financeiro e dos planos de negócio dos *trusts*. (TANAKA e OLIVEIRA, 2007)

O governo de Margaret Thatcher acreditava que, ao fornecer formas alternativas de assistência e apoio, a reforma da atenção primária poderia restringir as demandas do serviço hospitalar e, assim, limitar o ônus financeiro do NHS sobre os contribuintes. Passou-se a concentrar esforços na atenção primária e, em particular, nos GPs, que passaram a desempenhar um papel importante na regulação do acesso a outras formas de assistência prestadas pelo NHS, como serviços hospitalares e medicamentosos. Ao mesmo tempo, o governo reconheceu que os gastos com APS – principalmente os gastos com serviços de médicos de família – eram difíceis de controlar.

O governo de Thatcher também se concentrou nos problemas de gestão da atenção primária, em particular a falta de prestação de contas financeira e gerencial no setor, a independência dos médicos de família e a incapacidade das autoridades competentes em influenciar seu desempenho. Outras considerações atraíram o governo para propor a reforma da atenção primária. Havia muito espaço para criar e

aumentar as taxas moderadoras de acesso aos serviços de atenção primária. Os tomadores de decisão argumentaram que isso encorajava os indivíduos a assumir responsabilidade por sua própria saúde, ao mesmo tempo em que desestimulava o uso desnecessário e excessivo dos serviços do NHS. A APS, que já dependia de uma gama de profissionais contratados independentes, foi reconhecida como tendo um potencial considerável para o desenvolvimento da provisão privada, maior concorrência e maior escolha do indivíduo (Baggott, 1998).

A abordagem do governo conservador à reforma da atenção primária foi inicialmente fragmentada. Durante o início dos anos 80, o monopólio dos médicos oftalmologistas sobre a oferta de receitas gratuitas foi abolido e o direito aos óculos foi posteriormente removido e substituído por um sistema de vales. Enquanto isso, o contrato dos farmacêuticos foi renegociado na tentativa de reduzir custos. Uma lista selecionada de medicamentos do NHS foi introduzida. Isso restringiu a liberdade dos médicos de família em prescrever remédios (outras categorias medicamentosas foram gradativamente incluídas nesta lista, por exemplo, medicamentos para doenças da pele e de certos medicamentos para distúrbios alérgicos).

Em 1986, no entanto, o governo decidiu avançar com uma reforma abrangente. Propôs uma série de incentivos financeiros aos médicos de família que satisfizessem determinados indicadores. Além disso, em um esforço para promover a competição entre os GPs, foi desenvolvida a política de facilitação na mudança ou troca de médicos pelos seus pacientes.

O Relatório Cumberlege (Poulton, 1993) também foi controverso, embora de uma maneira diferente. Ao definir a atenção primária em termos de enfermagem comunitária, suas recomendações representaram um desafio para o domínio dos GPs deste setor. O relatório observou os problemas familiares de má colaboração e fragmentação na APS, que haviam persistidos na década de 1980. Também identificou uma falha em maximizar a contribuição dos enfermeiros na comunidade. Para remediar esses problemas, o relatório Cumberlege recomendou a reorganização do serviço comunitário de enfermagem com base em pequenas áreas locais que planejarão serviços com base nas necessidades de saúde locais. Defendeu uma relação mais igual entre os médicos e os enfermeiros, com acordos explícitos entre serviços de enfermagem de atenção primária e a passagem de práticas médicas antes realizadas apenas aos GPs para os enfermeiros, e objetivos e funções mais claros

para a equipe de APS. O relatório também reforçou que os enfermeiros poderiam prescrever medicamentos (Baggott, 1998).

O Departamento de Saúde inglês não apoiou abertamente o relatório Cumberlege. No entanto, apoiou algumas das propostas, como a prescrição de enfermeiros, que também foi apoiada pela profissão médica. Apesar da falta de apoio oficial, o relatório teve algum impacto. Muitas autoridades de saúde começaram a reorganizar os serviços segundo as linhas recomendadas por Cumberlege. Posteriormente, foram introduzidas estruturas de gestão descentralizadas baseadas nas pequenas localidades, o que em algumas áreas facilitou uma cooperação mais estreita entre os GPs e enfermeiros (Baggott, 1998).

O novo contrato de trabalho com foco em incentivos financeiros foi imposto aos GPs a partir de 1990. Os profissionais apoiaram o movimento em direção à prevenção, promoção da saúde e melhoria na qualidade do atendimento, mas havia certa preocupação com a forma como o novo contrato de trabalho buscava atingir esses objetivos, acreditando que a concorrência e os incentivos minariam o julgamento clínico. Acreditavam ainda que a carga extra de trabalho impediria em vez de aumentar a eficácia do serviço de médico de família. Finalmente, alguns GPs – especialmente aqueles que trabalham em áreas rurais e nos centros das cidades – achavam que sua localização e o tamanho e a composição de suas listas de pacientes dificultariam o alcance das metas estabelecidas no contrato (Baggott, 1998).

Pesquisas realizadas após décadas de reforma formam um arcabouço bastante inconclusivo. Mostraram, por um lado, que os atores com recursos financeiros eram mais capazes de desafiar práticas hospitalares e exigir melhorias. Além disso, os clínicos gerais passaram a ter mais cuidado ao prescrever medicamentos novos e caros, escolhendo genéricos mais frequentemente. Por outro lado, Filippon et al. (2016) descrevem que a última reforma no NHS, introduzida pela *Health and Social Care Act* de 2012, teve o objetivo de resgatar características privadas com:

[...] a cristalização legal da passagem de uma cultura de compartilhamento de riscos para a organização institucional de pagamento pelo ato de assumir o risco, semelhante à lógica dos seguros privados de saúde estadunidenses. A principal fonte de financiamento seguiu sendo pública, porém os prestadores não eram necessariamente entes públicos, como anteriormente. Desde que devidamente cadastrados e em acordo com os requerimentos legais,

qualquer ente privado poderia concorrer pela oferta de serviços de saúde do NHS liberalizado. (FILIPPON et al. 2016, p. 11)

A reforma no sistema de saúde inglês foi amplamente divulgada e se espalhou pelos países europeus. Pavolini, Palier e Guillén (2014) realizam um esforço de apresentar as principais mudanças que ocorreram em alguns países entre 1990-2000. Uma agenda comum compartilhada entre Alemanha, Áustria, Espanha, França, Itália, Polônia e Suécia foi de introduzir mecanismos de mercado em seus sistemas de saúde. Todos os países realizaram mudanças, ora mais limitadas (Áustria e França), ora mais impactantes (Itália e Espanha). Caso emblemáticos foram: (i) da Suécia, com a implementação da privatização da atenção primária e da venda de hospitais de tratamento intensivo a prestadores privados; (ii) da Alemanha, com o setor hospitalar cada vez mais privatizado, e (iii) da Polônia com privatizações no setor hospitalar e ambulatorial.

Outra característica é de garantir maior liberdade aos usuários que estão impacientes por novos serviços de saúde que correspondam às suas reais necessidades, com o acréscimo de que estes novos pacientes querem desfrutar imediatamente de novas tecnologias em saúde.

1.2. A Atenção primária em Cuba

Após a Revolução de 1959, o Sistema Nacional de Saúde Cubano foi integrado durante a década de 1960, e a cobertura rural, a atenção primária, as imunizações e a reorganização da educação médica tornaram-se atividades significativas. Na década de 1960 já seriam incorporadas as policlínicas, cada policlínica com uma equipe médica que incluía um clínico geral, um pediatra, um enfermeiro e um assistente social, e em 1974, o programa de medicina na comunidade foi estabelecido.

Carmello Mesa-Lago (2005) destacou que distinto de outras formas da atenção primária, o modelo cubano dependia de médicos e não de multiprofissionais para fornecer a maior parte dos cuidados.

Durante as duas décadas seguintes, Cuba experimentou uma variedade de programas inovadores, modificando muitos para maximizar seus efeitos positivos, consolidando o SNS e terminando com a prática médica privada enquanto orientava as faculdades de medicina para aumentar e qualificar a profissionalização dos médicos de família. Em 1975, a Constituição cubana elencou a saúde como direito. E,

no final do século XX, a APS estava bem estabelecida em todo o país, incluindo a maioria das áreas rurais. Altas percentagens de crianças foram imunizadas, dois terços das drogas usadas foram fabricadas no próprio país e médicos foram enviados para ajudar em outros países (Greene, 2003, Campion e Morrissey, 2013).

O país cubano também passou a exportar médicos para outros países como parte de sua diplomacia política e convidando estrangeiros para aproveitar os programas de turismo de saúde. E, finalmente, esses avanços levaram à criação da Escola de Medicina Latino-Americana, para a qual países das Américas (e outros países, particularmente africanos também) podem enviar estudantes para cursar medicina sem custos para o aluno ou para o país anfitrião (Hammett, 2013, Feinsilver, 2008). De acordo com as diretrizes da escola, uma vez formados, os ex-alunos devem retornar para praticar medicina em seus próprios países. A escola de medicina é a personificação de uma prática de ajuda externa consistente com a ênfase cubana na APS.

O sistema de saúde cubano é organizado em três níveis: municipal, estadual e nacional. O Ministério da Saúde Pública tem autoridade centralizada sobre os Institutos de Saúde, programas estaduais de saúde, hospitais estaduais e regionais, departamentos locais de saúde e conselhos comunitários. O sistema de saúde cubano oferece assistência médica gratuita universal. Restrições financeiras como a perda da União Soviética como parceira comercial e o embargo dos Estados Unidos restringiram muitos suprimentos médicos e colocaram restrições à medicina curativa tradicional, mas a atenção primária não deixou de operar com certo equilíbrio, devido ao apoio governamental, da participação da comunidade e da presença dos médicos de família (Madureira, 2010, Pérez-Stable, 1985).

O sistema é organizado para fornecer cuidados de saúde em três níveis. O ponto de entrada no primeiro nível do sistema de saúde cubano é através do médico de família. O Programa Médico de Família começou em 1984 e desde então os médicos de família são disponibilizados junto aos enfermeiros em bairros por toda a ilha. É essa equipe de médico e enfermeiro da família, denominada de equipe básica de saúde, que fornece atenção primária no nível da comunidade, com ênfase na avaliação contínua do paciente para monitorar e prevenir futura morbidade, a mortalidade e a incapacidade. Além disso, é realizada uma avaliação sobre as necessidades sociais e psicológicas do paciente. Os prestadores de serviços de

atenção primária podem encaminhar os pacientes para outros profissionais especialistas ou recomendar a hospitalização quando for considerado apropriado. No entanto, os próprios pacientes podem ir diretamente para especialistas. As equipes tendem a acompanhar seus pacientes no período da manhã através de consultas agendadas ou pela demanda espontânea dentro da policlínica, no período da tarde ocorrem as visitas domiciliares ou hospitalares (Madureira, 2005, Hauge, 2007).

Este esquema de prestação de serviços de saúde na APS tornou possível que as pessoas na maioria das localidades do país pudessem se beneficiar de serviços médicos e cuidados na proximidade imediata das suas casas. Em outras palavras, é particularmente importante para aqueles pacientes que são deficientes ou têm limitações em sua mobilidade, como é o caso de idosos.

Em Cuba, para cada quinze equipes de saúde, existe um grupo de trabalho básico organizado para apoiar as equipes de saúde, uma vez que uma condição médica tenha sido identificada para um paciente. Os serviços fornecidos pelo grupo ainda estão sob o primeiro nível de atenção à saúde, muito embora os grupos sejam usados para um tratamento mais aprofundado e holístico. Cada grupo é composto por uma equipe de enfermeiros e especialistas em medicina obstétrica, ginecologia, pediatria, geriatria, psiquiatria e serviço social, todos os quais normalmente têm seus escritórios em uma comunidade central ou edifício de saúde pública. No caso de idosos, uma equipe especializada atua dentro dos grupos e é composta por um médico de família, uma enfermeira, um psiquiatra e um assistente social (Hauge, 2007).

Algumas lições podem ser retiradas do caso cubano. Dentre elas o acesso amplo em toda a ilha aos serviços de saúde é de grande notabilidade (Cooper, Kennelly e Orduñez-Garcia, 2006; Madureira, 2010; Hauge, 2007). Além do acesso, a confiabilidade também é um elemento crítico no desenvolvimento da relação entre os profissionais e os pacientes. Ter assistência médica baseada na comunidade significa que as policlínicas, postos de saúde e médicos de família nunca estão muito distantes em Cuba. Este modelo funciona devido à ênfase em não só localizar clínicas em comunidades, mas também treinar médicos de medicina familiar para contratá-los. Isso é mais fácil de fazer quando as pessoas têm escolhas restritas, como fazem em Cuba (tanto para os médicos quanto para a comunidade), garantindo assim o treinamento e o pessoal necessário. Mesmo assim, como Cooper, Kennelly e

Orduñez-Garcia (2006) e outros apontaram, simplesmente ter clínicas, enfermeiros e médicos não é suficiente onde não há suprimentos. Claramente, o modelo de medicina familiar na comunidade requer apoio suficiente para que funcione bem. Além disso, a ilha apresenta:

[...] uma abordagem estratégica de muito valor para as áreas de doenças infecciosas, por exemplo, os princípios operatórios são particularmente diretos: uma vez que uma vacina segura e eficaz se torne disponível, toda a população de risco é imunizada; se uma vacina não estiver disponível, a população suscetível é rastreada e tratada; onde um vetor de artrópodes pode ser identificado, a via de transmissão é interrompida pela mobilização da comunidade local, o que, por sua vez, requer organização de vizinhança efetiva e atendimento de saúde primário universal. (Cooper, Kennelly e Orduñez-Garcia, 2006, p. 822)

Finalmente, o modelo de atenção primária cubano situa elementos básicos de saúde dentro da comunidade. Simultaneamente, isso coloca algumas das responsabilidades pelo sistema dentro da sociedade. Essa obrigação é compartilhada entre o governo e o público, cada um com suas próprias responsabilidades e obrigações. Em contraste com outros modelos de atenção à saúde, as avaliações do modelo cubano de assistência à saúde exigem e respondem à opinião pública e às avaliações da comunidade. Em parte, isso ocorre através da existência e empoderamento de grupos comunitários e através da coleta compartilhada de informações pertinentes à sua operação. As unidades de saúde dos bairros coletam informações de saúde que são compartilhadas com o governo, e o governo as prepara para analisar dados e participar de campanhas de promoção da saúde (Hauge, 2007).

1.3. A atenção primária no Canadá

Saskatchewan foi a primeira província a implementar um plano universal de serviços hospitalares em 1947, seguido de perto por British Columbia e Alberta (Marchildon, 2015). O Relatório Lalonde de 1974 é o primeiro marco conceitual sobre a atenção primária no país (Faria e Alves, 2015). Antes do Relatório, o conceito da saúde era observado pela perspectiva dos determinantes endógenos da saúde, e a assistência médico-hospitalar era a maneira de lidar com a grande maioria dos problemas de saúde. A inovação no conceito foi, acima de tudo, o estilo de vida e o comportamento exógenos dos determinantes da saúde, além de maior atenção ao ambiente físico e social. O Relatório partiu do entendimento comum que o estilo de

vida e o comportamento afetam a saúde e desempenham um papel nos problemas de saúde, e que estes dois determinantes devem ser tomados como pontos de partida para a promoção da saúde.

Para elucidar, a depressão tem uma relação com os traços de personalidade determinantes da saúde endógena, por outro lado, o ambiente social, eventos da vida, carga de trabalho e estresse e a composição familiar, também desempenham um papel importante sobre a doença. Assim, o conceito de saúde de Lalonde é um modelo importante e de fácil assimilação.

Segundo Faria e Alves (2015, p. 670), o Relatório Lalonde foi importante por apontar respostas aos problemas de saúde mais comuns aos cidadãos canadenses e estratégias embasadas pelo modelo foram responsáveis por melhorarem os níveis de saúde da população em geral. No entanto, o documento sofreu críticas ao assinalar uma “culpabilização das vítimas (*blaming the victims*) pelo qual os investigadores significam a situação em que grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade”.

Outro marco histórico para o desenvolvimento da atenção primária no país – e para os demais sistemas de saúde ao redor do mundo –, foi a realização pela OMS em 1986 da Conferência Ottawa. Essa conferência debruçou-se sobre o conceito do termo da promoção da saúde, definindo que:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OMS, 1986, p. 1)

Isso significa que a promoção da saúde vai além da assistência à saúde e envolve os seguintes campos de ação: implementação de políticas de saúde saudáveis, criação de ambientes saudáveis, treinamento e capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação dos serviços de saúde. Isso sugeriu a necessidade de equidade na saúde por meio da igualdade de renda, acesso ao bem-estar social, de condições e recursos como:

políticas habitacionais, saneamento básico, educação, lazer, cultura, alimentação, recursos renováveis, justiça social, emprego, entre outros (Brasil, 2002).

No Canadá, a atenção primária é, geralmente, de responsabilidade dos governos provinciais. Isto significa que há alguma diferença regional entre as províncias, mas através de um conjunto de acordos e leis desde a década de 1950, o governo federal tem procurado inserir-se na prestação dos serviços de atenção primária e reduzir as diferenças entre as províncias. De acordo com Marchildon (2013), o governo federal inicialmente usou seu poder de compra para encorajar os governos provinciais a criar um seguro hospitalar público e, em última instância, sistemas públicos de saúde em 1966 através do *Medical Care Act*. Essas iniciativas por parte do governo federal atingiram o ápice com o acordo entre esta esfera administrativa e os demais governos provinciais em 1984, quando a *Canada Health Act* foi aprovada.

O núcleo do *Medical Care* e do *Canada Health Act* formam as bases de sustentação do financiamento da atenção primária nas províncias e, em contrapartida, as províncias assumiram cinco objetivos quanto aos seus sistemas de saúde: 1) universalidade; 2) abrangência; 3) acessibilidade; 4) portabilidade; e 5) administração pública.

Em essência, o *Medical Care Act* e o *Canada Health Act* forneceram os parâmetros gerais para a organização da APS, em particular com a introdução de três níveis. No primeiro nível (nacional), isso significava que todos os canadenses e imigrantes legais elegíveis tinham acesso a serviços de saúde abrangentes através de um sistema de seguro de saúde público, independentemente de onde vivessem no Canadá. No nível provincial, isso significava que os governos tinham considerável flexibilidade para organizar a atenção à saúde em geral e à APS, em particular, conforme achavam conveniente depois de 1966. Na realidade, as províncias escolheram uma série de estratégias com respeito a planejamento, financiamento, alocação e organização regional. Por exemplo, a província de Alberta decidiu criar autoridades regionais de saúde com ampla autonomia para planejar, financiar e alocar fundos para seu sistema de saúde. Em contraste, em Ontário até 2006, embora houvesse autoridades regionais de saúde que tinham responsabilidades de planejamento, financiamento e alocação, as decisões para todos os intentos e propósitos foram tomadas no Ministério da Saúde. No nível local, em todas as

províncias, os médicos continuaram a praticar acordos por captação, em que o governo provincial ou órgão público responsável pelo seguro de saúde provincial era o pagador único. Foi também o caso que, em 1984, os médicos de família estavam em grande medida livres para trabalhar onde encontrassem melhores condições, embora alguns governos provinciais tenham criado programas de incentivo para encorajar os médicos a praticar em locais rurais e remotos, há ainda carência desses profissionais em áreas de difícil acesso ou que estão localizadas longe dos grandes centros. No entanto, desde 1984, a atenção primária no país passou por extensas reformas (Marchildon, 2013; Marchildon e Hutchison, 2016).

O que levou às mudanças desde 1984 são várias forças econômicas, políticas, sociais e médicas operando nos três níveis previamente definidos. No âmbito federal, em seus esforços para diminuir déficits e dívidas nacionais, o governo reduziu os recursos que transferia para as províncias ao longo do tempo. Com menor financiamento federal como proporção geral de todo o financiamento provincial em saúde, os governos locais se sentiram encorajados a reconfigurar seus sistemas de saúde de várias maneiras – a maioria destes governos também estava enfrentando déficits fiscais e dívidas. Além disso, a tecnologia médica estava se tornando mais complexa, novas soluções farmacêuticas estavam sendo desenvolvidas e a força de trabalho da APS estava envelhecendo. Em suma, praticamente todas as províncias enfrentaram e continuam a enfrentar os mesmos desafios: como controlar os gastos com saúde; enfrentar uma crescente escassez de trabalhadores da APS, especialmente em pequenas cidades, áreas rurais e locais remotos; e uma população geral que está se tornando simultaneamente mais velha e mais diversificada etnicamente.

No nível provincial, todos os governos responderam de maneira semelhante, embora o tempo das mudanças tenha sido diferente, assim como os detalhes. Todas as províncias criaram autoridades regionais de saúde de alguma forma com planos variados de responsabilidade para delinear seus serviços de saúde e alocar fundos. Para abordar a questão do envelhecimento da força de trabalho da atenção primária, especialmente em pequenas cidades e áreas rurais e remotas, todas as províncias criaram programas que utilizam de incentivos para atração e fixação de médicos de família. E, em algumas províncias, houve o desincentivo para desencorajar os médicos de família a atuarem em áreas onde os governos

consideraram o fornecimento adequado – principalmente em grandes áreas urbanas – e algumas províncias tentaram recrutar médicos de outros países para atuarem em pequenas cidades e áreas rurais.

Outras províncias, como Québec, reorganizaram a APS em torno de centro de serviços comunitários, enquanto outras incentivaram práticas de grupo, como foi o caso de Ontário, com um programa para incentivar os médicos de família a se organizarem nessa modalidade. Outra estratégia empregada pelos governos provinciais foi de expandir outras carreiras de profissionais da saúde na atenção primária. Por exemplo, a introdução de profissionais de enfermagem e a reintrodução da obstetrícia em Ontário podem ser vistas como resposta à carência de médicos de atenção primária. Outra tendência tem sido expandir a cobertura de serviços, como fisioterapia e acupuntura. Finalmente, uma tendência que tem sido adotada pelos médicos e equipes de saúde é de encorajar a população idosa a se manter dentro de suas residências pelo maior tempo possível. Para facilitar o tratamento de doenças própria do envelhecimento, uma nova classe de profissionais de saúde da APS foi desenvolvida, com o nome de *home care worker* (assistentes domiciliares). Embora os cuidados médicos em casa sejam normalmente prestados por uma enfermeira, vários serviços não médicos (por exemplo, banho) são fornecidos por trabalhadores de cuidados domiciliários (Marchildon e Hutchison, 2016; Seow et al., 2016).

Embora as tendências acima possam ser vistas positivamente como uma expansão da definição da atenção primária para refletir grande parte da discussão teórica na seção de introdução deste capítulo, na escala local, a realidade tem sido muitas vezes diferente. Hutchison et al. (2011) demonstram que muitas das inovações descritas na expansão da força de trabalho da APS tiveram um impacto muito maior nas áreas urbanas onde os profissionais tendem a se concentrar e, portanto, apenas exacerbaram as desigualdades no acesso à APS entre as áreas urbanas maiores e as pequenas cidades, locais rurais e remotos. Finalmente, por causa dos crescentes custos gerais da atenção primária resultantes da demanda por novos serviços, os custos de novas tecnologias médicas, os provedores de APS geralmente descobrem que não têm recursos para prestar os serviços necessários para atender à crescente demanda local.

Em última análise, as mudanças na prestação de APS no Canadá desde 1984 levantam uma série de questões mais gerais relacionadas a cobertura e acesso.

Em primeiro lugar, a falta de uma resposta uniforme por parte das províncias resultou em maiores diferenças na distribuição da APS de província para província. Em segundo lugar, ao contrário do *Canada Health Act*, que pretendia reduzir a desigualdade no acesso à APS, uma maior desigualdade está se desenvolvendo entre as províncias à medida que cada uma desenvolve seu próprio modelo regional e decide quais serviços financiar e como melhor entregá-los. Em terceiro lugar, há um efeito indireto na escala internacional, onde as províncias que estão incentivando a transferência de trabalhadores da APS de países em desenvolvimento para resolver a escassez local estão exacerbando os problemas de acesso à APS nos países em desenvolvimento (Hutchison et al, 2011).

1.4. Revisitando a atenção primária

Pode-se dizer que a atenção primária e os sistemas de saúde em geral servem como uma interface entre os indivíduos e os seus sistemas econômicos, políticos e sociais mais amplos nos quais eles vivem. Segundo Macinko et al. (2003), a assistência à saúde é produzida pelo sistema de saúde (profissionais de saúde, medicamentos, instalações etc.) que interagem com a população por meio de vários processos e resultam em indicadores de saúde.

A APS é única porque tende a ser o ponto de entrada de um paciente no sistema de saúde, e esse nível de atenção está no centro de uma rede de provedores trabalhando dentro e através dos limites da complexidade (primário, secundário e terciário). A atenção primária deve oferecer cuidados de alta qualidade e desempenhar um papel importante no controle do gasto em saúde (Giovanella e Mendonça, 2012; Mendes, 2015).

No nível micro, os determinantes da saúde podem ser medidos através da renda per capita, acesso a recursos como habitação, educação e nutrição, ou fatores como o consumo de álcool e tabaco. Este nível também pode ser avaliado por meio da acessibilidade dos serviços de saúde, conforme medido pelo número médio de consultas hospitalares, por exemplo (Macinko, 2003).

A acessibilidade é um aspecto importante da APS, para facilitar o recebimento de atendimento quando é necessário para todos aqueles que precisam dele (Starfield, 2002). Por razões semelhantes, a equidade, ou o princípio de que a atenção primária deve dar prioridade aos mais necessitados, e que a APS é vista como um meio de redistribuir riqueza e o acesso aos recursos de uma população, é

essencial. A APS acessível e equitativa é uma forma de alterar os desequilíbrios nos cuidados de saúde, especialmente em regiões/países com desigualdades e inequidades em demasia. Vários pesquisadores argumentam que a APS é considerada menos dispendiosa para os indivíduos e mais custo-efetiva para a sociedade, “liberando recursos para atender às necessidades de saúde dos mais desfavorecidos” (Macinko et al., 2003, p. 832-833).

Os trabalhos de Macinko et al. (2003) e Schmittdiel et al. (2006) demonstraram que países com atenção primária abrangente forte têm resultados de saúde mais equitativos do que aqueles com sistemas orientados para o modelo hospitalocêntrico. Além disso, a APS mostra-se tão eficaz quanto o atendimento especializado para desfechos de saúde para algumas condições como, por exemplo, diabetes mellitus e menos dispendioso (Starfield, 2002). Em outro estudo (Shi et al., 2002) mostra que uma boa experiência na APS (definida como maior acessibilidade e continuidade) está associada à melhor saúde geral e mental e reduz a associação adversa de desigualdade de renda com saúde geral (embora não com saúde mental), especialmente nas áreas com maior desigualdade de renda.

Estruturalmente, a atenção primária é organizada por meio de uma série de decisões, regras e políticas embutidas nos sistemas econômicos e políticos dos lugares em que as pessoas vivem. A decisão, regras e políticas são desde o que constitui níveis apropriados de treinamento para se qualificar como provedor de APS, e as regras do órgão de licenciamento que fornece as credenciais para a entrega da atenção primária, às decisões políticas sobre se os fornecedores serão pagos através de plano de saúde privado ou estão cobertos pelo sistema público de saúde. Formas de APS financiadas com recursos públicos e privados operam em escalas bem diferentes (individual e familiar, em comparação com a comunidade, região e/ou nível nacional). Por exemplo, há diferença entre iniciativas de APS voltadas para indivíduos (geralmente em torno de mudanças comportamentais) em comparação com aquelas destinadas a melhorar a saúde ou o acesso a recursos de saúde de grupos (mudanças mais amplas, estruturais). O modelo americano, mesmo com grandes mudanças nos últimos anos, oferece apenas atenção primária aos clientes segurados por médicos credenciados (Blumenthal, Abrams e Nuzum, 2015).

Além disso, a atenção primária abrangente se desenvolve em várias escalas geográficas, dependendo das relações econômicas e sociais que moldam o

cotidiano das pessoas. Na escala local, onde se acessa a APS, dependerá de onde se trabalha e das horas de trabalho; onde alguém frequenta a escola e o horário escolar; se o usuário tem acesso a um automóvel, se locomove normalmente ou possui algum tipo de deficiência ou dificuldade ou se usa ou tem disponibilidade o transporte público; estrutura familiar; rendimento econômico e nível de instrução; a capacidade de se comunicar na linguagem dos provedores de cuidados etc. A partir desse complexo conjunto de fatores e relações que regem a decisão de cada indivíduo sobre onde ele ou ela terá acesso à atenção primária, é criada uma geografia da APS baseada em onde as pessoas vivem, trabalham, vão à escola e fazem compras (Matta e Morosini, 2009; Lavras, 2011; Mendes, 2015).

Sobrepostos na escala local de atenção primária há uma escala regional de organização de saúde. Independentemente de serem chamadas de autoridades regionais de saúde, redes regionais de saúde, conselhos distritais de saúde, redes locais integradas de saúdes, redes de atenção à saúde, ou qualquer outro nome que se queira dar, elas são manifestações de níveis mais altos de orientação tentando criar um sistema racional de APS como parte de uma hierarquia de serviços de saúde – isto é, secundário, terciário e até mesmo em alguns lugares serviços de saúde quaternários principalmente relacionados a hospitais com níveis cada vez mais complexos de serviços e áreas de captação geográfica maiores (Lavras, 2011; Mendes, 2015).

No entanto, não devemos supor que a regionalização seja fixa ou imutável, nem que a escala seja tão abstrata que não tenha consequências materiais. Os exemplos apresentados anteriormente ilustram esses pontos. Primeiro, a reestruturação pode alterar drasticamente a escala na qual a atenção primária está focada. Por exemplo, no Canadá, a autonomia dos governos provinciais e a incrível variedade de áreas geográficas sobre as quais eles têm jurisdição levaram à variação do que constitui a APS dentro de uma estrutura nacional.

Em segundo lugar, há manifestações materiais e políticas da atenção primária em várias formas e tamanhos. A Declaração de Alma-Ata, proclamando uma abordagem holística, abrangente, contextualmente sensível e participativa à APS, e subsequentes lutas práticas e políticas entre os atores globais, regionais e locais sobre se e como isso poderia ser alcançado, têm se desenvolvido de diferentes maneiras nos diversos contextos regionais nacionais e locais.

O Quadro 2 aponta as primeiras manifestações da atenção primária e o contraste destas com as abordagens atuais.

Quadro 2 – Como a experiência mudou o rumo do movimento da APS

Primeiras tentativas de implementação da atenção primária	Preocupações atuais das reformas na atenção primária
Amplo acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e medicamentos essenciais para os rurais pobres	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com objetivo de acesso universal e da proteção social na saúde
Concentração na saúde materno infantil	Preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade
Focalização em um pequeno número de doenças selecionadas, primordialmente infecciosas e agudas	Resposta integradas às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças abrangidas
Melhoria em higiene, água, saneamento e educação para a saúde ao nível das comunidades	Promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de trabalhadores da saúde a facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos
Participação vista como a mobilização de recursos locais e a gestão de centros de saúde através de comitês de saúde locais	Participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização (<i>accountability</i>)
Serviços financiados e prestados pelo Governo, com gestão centralizada e de cima para baixo	Sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado
Gestão da crescente escassez e redução de postos de trabalho	Pôr o aumento dos recursos para a saúde ao serviço da cobertura universal
Ajuda e assistência técnica bilaterais	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
Atenção primária como antítese do hospital	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada a todos os níveis de atenção
APS é barata e requer apenas um modesto investimento	APS não é barata: requer um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer alternativa

Fonte: Adaptado de OMS (2008).

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 da OMS se detém sobre várias tentativas de implementar a atenção primária em diversos países deste Alma-Ata. Agora é amplamente reconhecido que o que é necessário é uma série de reformas para enfrentar os atuais desafios de saúde e se preparar para o futuro.

Segundo a OMS (2008):

O fundamental destas reformas vai muito além da prestação de serviços “básicos” e abarca o conjunto dos elementos estruturantes dos sistemas nacionais de saúde. Por exemplo, alinhar serviços de saúde pelos valores que orientam a APS exigirá políticas ambiciosas de recursos humanos. No entanto, seria uma ilusão pensar que elas podem ser desenvolvidas isoladamente das políticas de financiamento ou prestação de serviços, das reformas do funcionalismo público e dos acordos sobre a migração transfronteira de profissionais de saúde. (OMS, 2008, p. XVI)

De acordo com a instituição multilateral, as reformas devem obedecer a quatro grupos: 1) reformas de cobertura universal; 2) reformas da prestação de serviços; 3) reforma de política pública; e 4) reformas da liderança.

O primeiro conjunto de reformas visa reduzir as desigualdades na saúde e promover o acesso universal aos serviços de atenção primária. Os obstáculos não são apenas financeiros, mas também estão relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços e uma série de fatores socioculturais (linguagem, sexo, religião etc.). Reduzir as desigualdades requer o fornecimento de serviços para todos os cidadãos. Portanto, as redes de serviços de saúde precisam ser ampliadas – as taxas moderadoras ou de co-pagamento, em particular, são fontes importantes de exclusão dos cuidados necessários. Além disso, quando as pessoas precisam recorrer aos serviços privados de saúde a um preço que está além de suas possibilidades, um problema de saúde pode rapidamente levá-las à pobreza (OMS, 2008, p. XVII). A extensão da cobertura da atenção primária deve ser acompanhada por um sistema de proteção baseado em contribuições que assegurem a cobertura universal, incluindo as que ainda não foram cobertas. Para atingir esses objetivos, as reformas na prestação de serviços (segundo grupo) são essenciais.

O objetivo das reformas na prestação de serviços é transformar os serviços convencionais de saúde em serviços de atenção primária promovendo justiça e atendendo às expectativas da população. A APS tem sido gradualmente simplificada. Precisamos retornar à essência de Alma-Ata. Segundo a OMS (2008), a assistência personalizada exige serviços de saúde adequados, organizados de acordo com equipes multidisciplinares próximas ao paciente, responsáveis por uma população definida, colaborando com serviços sociais e outros setores e coordenando as relações de hospitais, especialistas e organizações comunitárias.

O terceiro grupo de reformas é uma resposta à pressão popular sobre os governos para implementar políticas públicas que visem atender aos desafios de saúde impostos pela urbanização, discriminação e estratificação social. As políticas de atenção primária precisam ser complementadas por intervenções de saúde pública em nível nacional. Tem sido demonstrado que atuar em nível nacional contribui significativamente para a saúde, com base em intervenções que vão desde o saneamento básico até a prevenção de doenças e promoção da saúde. No entanto, esses tipos de intervenções são frequentemente negligenciados, particularmente em períodos de crise econômica e ameaças à saúde pública. As políticas públicas precisam se concentrar nos sistemas de saúde - ou seja, medicamentos, tecnologias e/ou recursos humanos. No entanto, eles também precisam ser estendidos a outros setores além da saúde. Programas educacionais, segurança alimentar e de bens de consumo, acesso a água potável e transporte de lixo são fatores que determinam a saúde da população. A saúde deve ser levada em consideração em todas as políticas públicas (OMS, 2008).

A implementação dessas reformas exigirá o reinvestimento nas autoridades públicas em colaboração com todas as partes interessadas. A governança da saúde é um aspecto fundamental das reformas. Hoje, não basta apenas administrar os sistemas de saúde. As autoridades de saúde precisam ser mais abertas e transparentes e cooperar com parceiros além do setor público, desde os médicos até a sociedade civil, autoridades locais, pesquisadores e o mundo acadêmico. O ponto também é investir em áreas estratégicas, como sistemas de informação em saúde, uma necessidade absoluta de reforma da atenção primária à saúde. As sociedades também precisarão aproveitar as inovações no setor da saúde e aumentar as capacidades, compartilhando experiências, dentro e fora das fronteiras nacionais (OMS, 2008).

Os quatro grupos de reformas baseiam-se em valores e desafios comuns, mas não podem ser implementados da mesma maneira em todos os países. Em países de alta renda, os fundos disponíveis ainda são significativos o suficiente para acelerar a transição do atendimento terciário para a atenção primária. O mesmo não pode ser replicado em países em desenvolvimento ou pobres.

Em muitos países, particularmente nos países pobres, as famílias ainda são obrigadas a pagar pelos serviços de saúde com o próprio bolso (*out-of-pocket*).

Os sistemas de saúde estão sofrendo de uma grande crise de recursos humanos em termos de treinamento dos profissionais de saúde e da distribuição e retenção destes profissionais.

Houve também uma resistência significativa a qualquer grande redistribuição de recursos existentes. A maioria dos governos adotou políticas de saúde com base na abordagem da atenção primária, embora a implementação dessas políticas tenha sido limitada e quase nunca tenha resultado na grande reforma da política necessária para alcançar os resultados esperados. A falta de informação sobre saúde também significa que os sistemas de saúde enfrentam sérios riscos.

Em suma, os sistemas de saúde não são tão eficazes quanto poderiam e deveriam ser. Além dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde, os sistemas de saúde enfrentam novos desafios colocados por um mundo em mudança marcado pela urbanização, o envelhecimento da população e a globalização. Houve um aumento nas desigualdades em saúde e os sistemas de saúde foram incapazes de responder as crescentes demandas da população.

Em uma tentativa de responder às necessidades atuais, a OMS introduziu recentemente uma série de reformas de saúde baseadas nos valores e princípios da atenção primária à saúde e relacionadas a quatro áreas principais. Os sistemas de saúde precisam promover o acesso universal aos cuidados como parte de uma ênfase na equidade e justiça social, e devem também procurar pôr fim à exclusão social. Eles devem ser centrados no paciente - o que significa que a prestação de cuidados de saúde deve ser organizada em torno das necessidades e demandas da população. Além disso, as políticas públicas devem preocupar todos os setores, e não o único setor da saúde. A governança da saúde deve ser aberta e transparente e deve envolver uma ampla gama de parceiros.

A saúde sempre foi uma grande preocupação da comunidade internacional. As reformas de saúde oferecem novas oportunidades para tornar as políticas de saúde mais eficazes. Hoje, as autoridades nacionais de saúde já não são responsáveis apenas por garantir a sobrevivência e combater as doenças, mas também encaram suas responsabilidades como uma das principais áreas para as quais populações e sociedades atribuem valor. A legitimidade das autoridades de saúde dependerá de sua capacidade de implementar as reformas do setor da saúde de acordo com o que a sociedade espera que os sistemas de saúde ofereçam.

1.5. Considerações finais do capítulo

O objetivo deste capítulo foi de apresentar a origem da atenção primária e seus desdobramentos em três países e, finalmente, discutirmos o que se espera da atenção primária para os próximos anos de acordo com a OMS.

Fica nítido que a saúde de qualquer população depende fortemente da existência de sistemas de saúde capazes de garantir acesso para uma atenção primária abrangente. Com destaque para o modelo inglês, cubano e canadense, poucos países conseguiram implementar a atenção primária de qualidade e, atualmente, os modelos inglês e canadense passam por profundas reformas que podem aumentar a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. A implementação da atenção primária encontrou muitas dificuldades. A falta de recursos financeiros continua sendo um grande problema, no entanto, em Cuba este empecilho não parece prejudicar a implementação de políticas e ações de APS de ampla envergadura.

O próximo capítulo desta tese irá se debruçar sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e registrar historicamente a origem da atenção primária no Brasil. Também discutiremos quais foram os avanços desse nível de atenção no território e apontar quais são os principais desafios para sua implementação.

2. A atenção primária à saúde no Brasil

O desenvolvimento da atenção primária, ou Atenção Básica (AB), como é denominada no Brasil, tem sido alvo de muita importância por especialistas, pesquisadores, tomadores de decisão e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Impulsionada pela implementação do SUS e da descentralização, apoiada por programas inovadores, o modelo visa proporcionar acesso universal e atenção integral à saúde, coordenando a cobertura a níveis mais complexos de cuidado.

O modelo brasileiro de atenção primária depende da participação governamental e cidadã, de uma extensa rede de profissionais da medicina generalista e de família, de serviços preventivos generalizadas e da vigilância epidemiológica. Houve melhorias significativas e contínuas nas taxas de mortalidade e morbidade para a população brasileira, particularmente para aqueles que vivem nas áreas mais vulneráveis do país. Os maiores avanços ocorreram nas áreas de saúde infantil, materna e no controle e erradicação de algumas doenças infecciosas e contagiosas. Para compreender como o Brasil conseguiu aumentar a distribuição e o acesso aos cuidados de saúde, ao mesmo tempo em que reduziu as taxas de mortalidade e morbidade, precisamos rever a evolução do modelo da APS brasileiro.

A ascensão democrática e a longevidade do compromisso do SUS com a saúde pública como um direito básico, isoladamente e em conjunto, moldaram o desenvolvimento da política de atenção primária no Brasil.

Para entender como o Brasil transformou o estado de saúde de sua população, é importante rever a história das mudanças na política brasileira que resultaram das experiências baseadas na prática da medicina comunitária. Por exemplo, mesmo com a pesada ditadura centralizadora das ações, alguns municípios brasileiros conseguiram mudar políticas e práticas em resposta aos desafios do período, iniciativas que falharam foram mudadas e novos programas foram experimentados. Essa abordagem é significativa porque permitiu mudanças baseadas em evidências.

Nas páginas seguintes, apresentamos uma breve visão geral da construção do SUS. Seus antecedentes e mudanças deram origem ao modelo da APS no Brasil de hoje.

2.1. Breve histórico da atenção primária no Brasil antes do SUS

A política de saúde desenvolveu-se no Brasil com prerrogativas e ações de atenção primária. Segundo Castro e Fausto (2012):

Na trajetória da política brasileira, observa-se uma dualidade na organização das ações e dos serviços de saúde, com práticas realizadas de forma dicotomizada: de um lado, o caráter social, sanitário ou de saúde pública; de outro, as ligadas à prestação de cuidados aos indivíduos. (CASTRO e FAUSTO, 2012, p. 174-175)

De acordo com Lavras (2011, p. 870), várias iniciativas foram realizadas para a incorporação da promoção e prevenção no Brasil desde 1920, com diferentes protagonismos de regiões, estados e municípios e de distintas concepções sobre o modelo utilizado, incluindo a criação dos Centros de Saúde, proposto em São Paulo a partir de 1925 e que se disseminou por todo o território paulista. Para a autora: “Esses centros de saúde, inicialmente propostos por Paula Souza em São Paulo, propunham ação integral com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde”.

Durante as décadas de 1940 até 1960, observou-se a criação e o desenvolvimento da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Giovanella e Mendonça (2012, p. 512) apontam que:

O modelo SESP das décadas de 1940 e 1950 para entidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 512)

Segundo Cajueiro (2019), os estados de São Paulo e Rio de Janeiro foram pioneiros na organização regional do sistema de saúde através da criação de centros de saúde. Além disso:

Nos anos 1960 houve uma reforma mais geral do Estado, incluindo mudanças nas Secretarias Estaduais de Saúde, com destaque para o caso de São Paulo, a partir da qual foram criadas as divisões regionais de saúde (ALBUQUERQUE, 2013, p. 20 apud CAJUEIRO, 2019).

2.2. O desenvolvimento do SUS e a redefinição do modelo assistencial

De 1964 até 1985, o Brasil enfrentou 21 anos de governos militares, que aboliram muitos mecanismos democráticos de representação política em favor de processos de decisão altamente centralizados. Esse novo contexto caracterizou-se pela exclusão política e econômica de grande parcela da população brasileira, pela

desmobilização e despolitização da sociedade como um todo e pela instituição de uma tecnocracia civil e militar que gozava de enorme liberdade de decisão.

O sucesso econômico obtido pelos primeiros anos de regime militar levou à consolidação de um processo associativo entre capitais monopolistas transnacionais e nacionais, com um Estado extremamente repressivo e empreendedor cada vez mais desempenhando o papel de intermediário econômico. Essa combinação produziu um padrão de desenvolvimento caracterizado por altas taxas de crescimento econômico, marcadas por uma participação cada vez mais forte do capital estrangeiro na produção, assim como no financiamento de investimentos públicos (Carneiro, 2002). O resultado dessa política econômica foi a elevação da concentração de renda em poucas mãos, enquanto as condições de vida de mais da metade da população pioraram consideravelmente (Escorel, 2012).

Enquanto os valores por trás das políticas econômicas do regime militar eram originalmente liberais, na realidade a fraqueza da recente burguesia brasileira e as condições impostas pelos credores internacionais geraram uma expansão do Estado na intervenção em todos os campos econômicos, bem como nas políticas sociais. Por outro lado, tais valores liberais – como o apoio ao livre mercado –, coincidiam com uma orientação política extremamente repressiva em relação à sociedade civil, em si uma razão a mais para a expansão da intervenção estatal. (FAGNANI, 2005, REIS, 2014)

A exclusão da classe trabalhadora do novo pacto de poder entre militares e burguesia e sua desmobilização por meio da repressão exercida sobre sindicatos e qualquer outra forma de organizações tiveram reflexões sobre os mecanismos da política social, com o Estado intervindo em variados graus no sistema previdenciário e, conseqüentemente, os trabalhadores retirados da sua gestão. Cardoso (1975) refere-se a esse momento como a criação de anéis burocráticos, onde os setores dominantes da sociedade brasileira articulavam interesses privados em conjunto com a elite militar no poder, fechando os canais democráticos de representação.

Na organização dos serviços de saúde, destacamos: a reorientação da política nacional de saúde para a medicina curativa, enfatizando a especialização e a sofisticação, mas sem dar ênfase nas medidas de saúde pública preventiva e coletiva. O desenvolvimento de um padrão de organização empresarial da medicina centrada no lucro, através da alocação preferencial de fundos de seguro para o pagamento de

serviços prestados pela iniciativa privada; e, o estabelecimento de um complexo médico industrial, como resultado de uma infraestrutura tecnológica expandida.

Contudo, os serviços de saúde não se tornaram totalmente privados, mas apenas naquelas atividades em que o lucro era garantido. Conseqüentemente, os empresários interessados na área da saúde concentravam-se em hospitais, enquanto a prevenção e a oferta de atendimento ambulatorial eram deixadas para o setor público. Os hospitais, além de prestarem serviços especializados e mais sofisticados, também estavam envolvidos na produção e consumo de produtos, como equipamentos altamente tecnológicos e farmacêuticos. A lógica do lucro subjacente às políticas de saúde resultou em uma alta concentração de hospitais privados nas regiões mais ricas e desenvolvidas do país e, com escassos serviços de hospitais públicos nas áreas mais pobres. (BAHIA e SCHEFFER, 2010)

O sistema de pagamento teve conseqüências diretas no financiamento, além do incentivo dado a procedimentos de maior complexidade e, portanto, mais caros, criou um sério problema no orçamento do Estado. Qualquer planejamento se tornou impossível e os custos dos cuidados médicos aumentaram em grande escala. A ênfase nos serviços hospitalares privados em detrimento aos serviços ambulatoriais da rede pública revelou um sistema que enfatizou o atendimento terciário irracional e caro em relação às atividades até então desenvolvidas na saúde pública. O mesmo fenômeno pode ser observado em relação à distribuição da mão de obra médica e demais profissionais do setor saúde, produzindo uma grande concentração de especialistas e um uso limitado de médicos de clínica geral, bem como de enfermeiros e técnicos.

Como sintetizam os estudos de Bahia e Scheffer (2010) e Escorel (2012), o próprio sucesso da política de privatização provocou a crise do modelo de atenção à saúde, pois a utilização extensiva comprometeu a estrutura financeira do Estado e levantou questões fundamentais sobre sua praticidade como única alternativa para ampliar a cobertura de saúde no país.

É necessário lembrar que a burocracia desempenhou um papel importante durante todo o regime ditatorial. Seu alinhamento ideológico e político com os interesses dos industriais, por um lado, e a ausência de controle social, por outro, criaram as condições necessárias que viabilizariam a privatização do modelo assistencial. Ou seja, ao contrário do que ocorrera nos países desenvolvidos, onde a

política de privatização da assistência médica foi mais retórica que realmente praticada, o Brasil ilustrou o caso em que a ditadura militar aplicou a privatização sem qualquer necessidade de um forte ideologismo. Os recursos públicos foram canalizados sem qualquer obstrução para o setor privado e a eficácia e eficiência dessas medidas resultou da lacuna imposta na oposição de outros atores preocupados com a definição de políticas de saúde. Esta ausência deveu-se à repressão dos mecanismos democráticos de representação de interesses. Em resumo, o Estado tornou-se protagonista na arena decisória da política de saúde, criando uma situação de mutualismo entre o setor privado e a burocracia.

A crise econômica da década de 1980 manifestou-se no financiamento da Previdência Social. O regime militar foi obrigado a adotar algumas providências para racionalizar os custos com os serviços de saúde, a principal delas foi a formalização de convênios com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde através das Ações Integradas de Saúde (AIS), com financiamento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). As AIS tornaram-se a principal estratégia de reorientação do modelo de saúde até então privatista e de cunho individual. Segundo Escorel (2012), a proposta das AIS saiu fortalecida por meio da relação de profissionais do movimento da Reforma Sanitária ao assumirem quadros dentro do próprio Inamps.

Viana (2013, p. 89) afirma ainda que as AIS tinham o objetivo de “reverter o perfil de intervenção estatal em saúde, herdada dos anos 70, e um dos elementos direcionadores da condução da política de assistência médica previdenciária”. A intervenção da saúde dar-se-ia pela avaliação do quadro sanitário da população, não mais pelo binômio entre saúde-doença legado pela ditadura. Entre 1984 e 1986, o número de municípios que implantaram as AIS saltou de 400 para 2.215, e o investimento do Inamps com o programa subiu de 4% para 14% dos seus dispêndios totais em 1986 (Viana, 2013).

A mudança no sistema de saúde foi uma resposta do Movimento pela Reforma Sanitária. Começando nos primeiros anos da ditadura militar, quando todos os canais de expressão política foram interrompidos e a universidade se tornou o principal bastião para contestar as medidas políticas do regime.

Nas palavras de Sônia Fleury (2018):

O movimento sanitarista elegeu a consigna “saúde é democracia” como força motriz, aglutinando sob esta bandeira um conjunto diversificado de atores e forças sociais capazes de se organizar para derrubar a ditadura. Para tanto, era necessário construir um projeto de sociedade em que o primado da justiça social subordinasse os demais interesses particularistas e assegurasse a universalidade dos direitos sociais como dever do Estado, em uma sociedade inclusiva. (FLEURY, 2018, p. 15)

Com esse objetivo, as universidades, sobretudo, as escolas de medicina reintroduziram novas disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Com uma perspectiva histórico-estrutural no campo da saúde, essas disciplinas tentavam compreender e, ao mesmo tempo, inserir conhecimentos novos e correspondentes à realidade brasileira aos novos profissionais da saúde. Muito embora, o movimento sanitário fosse originalmente estabelecido na comunidade universitária, não se limitou à produção simples de novos conhecimentos, ao contrário, um dos seus objetivos principais foi de ter considerado o conhecimento científico à busca de novas práticas políticas e de difusão de uma nova consciência de modelo assistencial à saúde.

Dentro da academia, foi através do desenvolvimento de projetos para a medicina comunitária, alternativas às práticas de saúde até então prevalentes pelo regime. Na mesma linha, e por meio de convênios entre secretarias de saúde de alguns estados e organizações internacionais, foram desenvolvidos projetos experimentais para regiões periféricas de grandes centros. Estes projetos foram marcados pelo seu caráter experimental e marginalidade ao sistema de saúde em que dominava a política de privatização. No entanto, foi com tais projetos, que o movimento sanitário pôde experimentar uma política alternativa para o setor da saúde, buscando desenvolver um sistema mais racional e mais adequado, levando em consideração a situação epidemiológica e a disponibilidade de recursos do país. Sérgio Arouca, grande idealizador do movimento sanitário, em entrevista concedida a autora Carmen Lavras⁴, descreveu o contexto e os desafios enfrentados pelo movimento, dando ênfase ao exemplo do que ocorreu na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP):

⁴ Entrevista contida no livro: Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios.

As Ciências Sociais que começaram a ser introduzidas na fase inicial de implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva seguiam a vertente da Medicina Preventiva de feição norte-americana, que privilegiava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, adotando uma visão antropológica e predominantemente funcionalista da área da saúde. Essa vertente discutia muito pouco a questão da determinação social dos sistemas de saúde, da estrutura social e do processo saúde-doença. Poderíamos dizer, então, que eram ciências sociais aplicadas à saúde, mas era uma abordagem oriunda de um campo das ciências sociais mais conservador, de direita.

[...] Nessa nova abordagem, a visão do trabalho comunitário passou a ser impregnado pela concepção da esquerda de que a participação social, popular, a conscientização da população eram instrumentos privilegiados da medicina preventiva e, simultaneamente, instrumentos do trabalho de redemocratização do País.

Chegamos, por exemplo, no Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP a trabalhar com uma coisa que se chamava de primeiro e segundo discurso. O primeiro discurso era a análise da estrutura social e dos determinantes políticos e sociais da questão da saúde, mas, depois, para que isso pudesse ser absorvido no campo da Universidade, esse discurso era revestido de uma análise técnica de sistemas de saúde, para que pudesse passar.

O primeiro desafio dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva foi começar a ter outra visão da questão social na área da saúde, com a introdução do pensamento marxista. Começamos a discutir a questão das relações entre classes sociais e saúde, da determinação social do processo saúde-doença, a utilizar os trabalhos de Gentile⁵ sobre organização de sistema, os trabalhos do próprio Mário Chagas sobre sistemas de saúde, indo buscar referências teóricas nos Institutos de Filosofia e Ciências Humanas e de Ciências Econômicas das Universidades. Começamos, naquela época, uma grande discussão centrada na leitura de O Capital de Marx, o que abriu, nos Departamentos de Medicina Preventiva mais comprometidos, uma nova vertente no debate sobre as ciências sociais aplicadas à saúde. Isso produziu enormes mudanças, não só no ensino das ciências sociais em saúde, mas mudanças que acabaram acontecendo na visão da epidemiologia clássica, ao incorporar nessa disciplina a visão da determinação social das doenças.

Embora esses projetos tenham sido identificados como provedores de atenção para pobres e remediados, eles constituíram o laboratório no qual as diretrizes para reverter o modelo vigente foram testadas. Essas diretrizes incluíam o desenvolvimento de uma rede pública capaz de fornecer atendimento completo, desde medidas preventivas até tratamentos de alta complexidade; o estabelecimento de um sistema de encaminhamento de e para várias unidades; o uso de instrumentos de planejamento na administração de serviços; e, finalmente, a criação de formas de

⁵ Carlos Gentile de Melo.

participação de usuários e profissionais na gestão de serviços de saúde. Obviamente, esses projetos só poderiam iniciar o processo, uma vez que enfrentavam problemas crônicos que iam desde a falta de recursos financeiros e descontinuidade administrativa até limitações estritas de serviços médicos. Isso porque não poderiam envolver outros setores da área da saúde, como a produção de insumos, o desenvolvimento de tecnologias, a vigilância sanitária e o controle dos ambientes de trabalho.

O processo de redemocratização trouxe novos imperativos políticos para resolver a enorme dívida social acumulada no passado. Como discutimos anteriormente, diversas questões econômicas, políticas e sociais manifestaram-se no recente processo de redemocratização do Brasil.

A partir de 1985, no início do governo de transição, foram tomadas medidas para mudar a política de privatização do setor saúde e fortalecer e tornar o setor público responsável pela assistência médica. Dantas (2018, p. 148) resume que o movimento sanitarista articulou em três frentes: dimensão política, alteração constitucional e nas práticas no modelo assistencial. A inclusão de uma dimensão política no debate sobre a saúde foi um dos primeiros objetivos a serem alcançados, para que a conscientização das pessoas sobre a saúde fosse aprimorada, e para que se tornasse visível e, assim, justificasse a abrangência de suas demandas no campo da saúde e na agenda governamental. Além disso, como discorreu anteriormente Arouca em sua entrevista, era necessário organizar as forças democráticas para assegurar o apoio político necessário para implementar mudanças que teriam que enfrentar os interesses adquiridos que existiam no setor saúde por um longo tempo.

Essas metas foram basicamente alcançadas por meio da Oitava Conferência Nacional da Saúde, convocada pelo Ministério da Saúde. O Ministério utilizou um procedimento inteiramente novo, em comparação com os procedimentos seguidos nas reuniões anteriores. As conferências anteriores tinham um caráter estritamente técnico, reunindo a burocracia estatal e alguns profissionais de renome apenas para discutir alguns documentos e elaborar recomendações sobre a política de saúde. Pode-se dizer que os sete encontros anteriores não tiveram impacto algum em tal política. A Oitava Conferência, no entanto, foi inovadora; sua agenda abrangente incluía sujeitos que transcendiam tanto o setor da saúde quanto o próprio

meio técnico, como o direito à saúde, o sistema de saúde e o financiamento. (PAIM, 2007)

Esses temas foram discutidos em cada região do Brasil por profissionais de saúde, usuários, intelectuais, partidos políticos e sindicatos. Esses debates finalmente culminaram na Oitava Conferência, que reuniu aproximadamente cinco mil participantes escolhidos como delegados em suas instituições originais, e assegurou um número igual de representantes dos estados e dos cidadãos. Este processo democrático alcançou seu objetivo ao trazer o debate sobre a saúde para o coração da sociedade em uma mobilização sem precedentes de todos os grupos envolvidos. Isso nunca foi registrado na história do Brasil. O Relatório Final da Conferência, que foi amplamente discutido e finalmente aprovado pelo Plenário, representou um avanço técnico e foi um pacto político amplamente legitimado pelas forças sociais representadas no evento. Não há dúvida de que a história da saúde no Brasil foi profundamente afetada pelo processo e pela aprovação da Oitava Conferência Nacional de Saúde, que definiu e formulou um programa real para a Reforma Sanitária. A mobilização que foi alcançada para a Conferência foi posteriormente canalizada para a organização de grupos de *lobby*, que estiveram ativos em todas as fases de elaboração da nova Constituição democrática. (PAIM, 2007)

Anteriormente todas as constituições vigentes no Brasil abordavam a questão de saúde de forma superficial e discriminatória, deixando de lado responsabilidades e fontes de financiamento indefinidas, garantindo o direito aos serviços de saúde apenas aos trabalhadores do mercado de trabalho formal. Ao elaborar as atuais disposições constitucionais, houve consenso sobre a necessidade de detalhar cada área temática. Isto foi necessário à luz da situação de transição em que a Constituição emergiu, que não só teria que enfrentar *o status quo*, consolidado durante 21 anos de ditadura, mas também promover as mudanças necessárias e inadiáveis.

Ao final da década de 1980, a cobertura dos serviços de saúde da rede pública foi ampliada por uma série de medidas adotadas pelo Inamps, dentre as quais se destaca a criação do Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), quando houve o fim da exigência da Carteira de Segurado do Inamps para o atendimento na rede pública de saúde. Para Escorel (2012, p. 357-358), a implementação do Suds no território dependeu da vontade política de dirigentes locais

e setoriais, e as contradições em seu processo de implementação foram aglutinadas com o cenário político: a demissão do presidente do Inamps, à época Hésio Cordeiro e de sua equipe em março de 1988 e os interesses de grupos contrários às propostas apresentadas pelo Suds, em especial os representantes do setor privado e de burocratas do Inamps e do Ministério da Saúde que assimilavam a descentralização da política de saúde como a perda de poder decisório dentro da instituição.

A Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080⁶ sofreu com vetos do então Presidente da República Fernando Collor de Mello. Dentre os pontos vetados estavam o papel da participação social na política de saúde e as condições e critérios de financiamento do SUS. Por esta razão, dois meses depois foi editada a Lei 8.142⁷ de dezembro de 1990, onde foram retomados alguns artigos anteriormente vetados, mas como discorre Machado (2007, p. 105): “Entretanto, outros pontos de veto foram deixados de lado nas negociações para a aprovação da Lei 8.142, como as questões referentes à organização do Ministério da Saúde e à destinação de recursos da Seguridade para a saúde”. Portanto, o problema do financiamento do SUS vem desde sua implantação.

Segundo Cajueiro (2019), a década de 1990 é marcada pela criação do SUS, com concentração no processo de descentralização e permanência de lacunas em seu desenvolvimento. Dentre algumas:

Municipalização (aumento da responsabilidade dos municípios na oferta e gestão do sistema e relação direta entre esfera federal e esfera municipal) e fragmentação do sistema (sistemas municipais isolados).

Não houve clara definição do papel da esfera estadual na organização do sistema e com isso a sua situação ficou aquém do necessário para a organização do SUS.

Indução do governo federal do processo de construção do SUS e recentralização dos recursos orçamentários na esfera federal.

Não houve o enfrentamento, por parte da política nacional de saúde, das desigualdades regionais, dado que não propôs mecanismo de compensação regional no que diz respeito às diferenças quanto à capacidade de financiamento próprio e à oferta existente (capacidade instalada). (CAJUEIRO, 2019, p. 149)

No campo da saúde, a Constituição Federal de 1988 brindou os esforços do movimento da Reforma Sanitária. O Inamps foi transferido ao Ministério da Saúde

⁶ Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

⁷ Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

em 1990, ano da promulgação das Leis 8.080 e 8.142, que aliadas a Constituição são responsáveis pela institucionalização do SUS, estabelecendo princípios e diretrizes ao sistema (Tabela 2).

Concordamos com Noronha, Lima e Machado (2012, p. 367-368) de que entre os princípios e diretrizes principais do SUS, destacam-se: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade; e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Tabela 2 – Princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Diretrizes dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde	Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros
Integralidade na assistência	Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde.	Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo.	Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde	Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político administrativos.

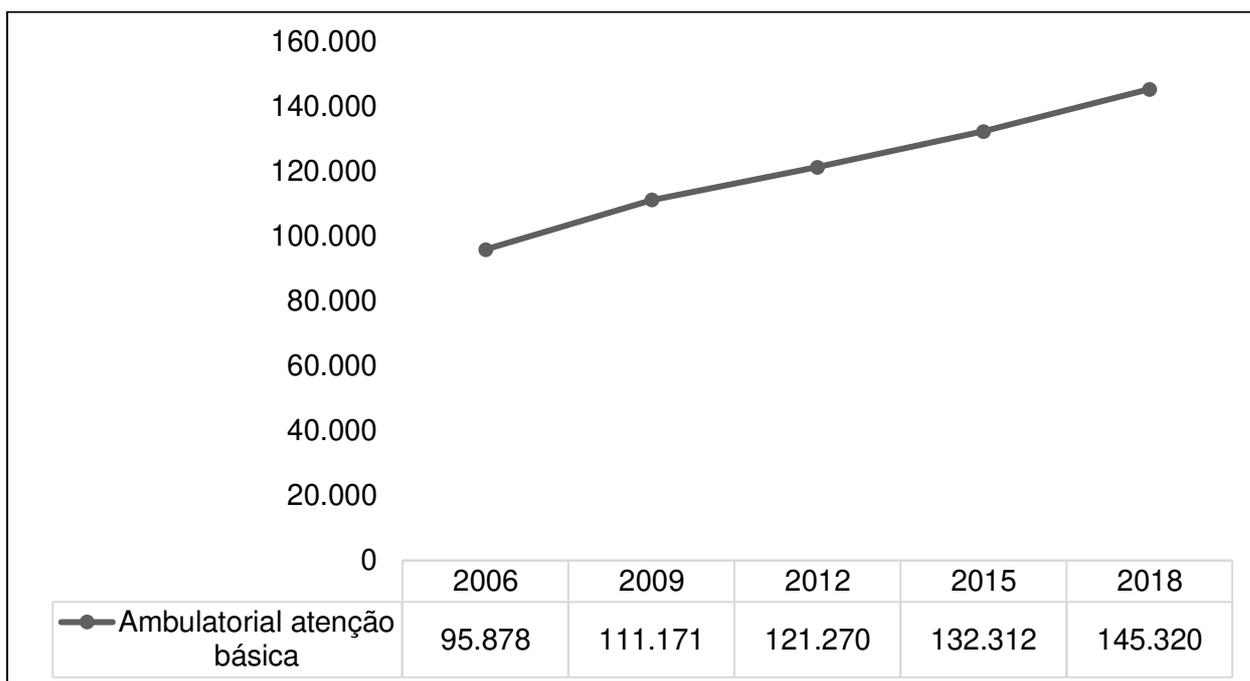
Fonte: Elaborado a partir de Noronha, Lima e Machado (2012).

2.3. A atenção primária no contexto do SUS

Desde a promulgação da Constituição Federal e da publicação da legislação infraconstitucional em 1990, a APS se expande no Brasil através de distintas modalidades fundamentadas no processo de municipalização e descentralização.

A maioria dos estabelecimentos da APS (96%) são públicos municipais, genericamente denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS). De acordo com o Registro Nacional de Saúde, em 2014, havia 34.013 centros de saúde ou unidades básicas de saúde e 10.651 postos de saúde, que são unidades de menor complexidade para a prestação de assistência a uma população acolhida por profissionais de nível intermediário, com a presença intermitente ou ausência do profissional médico (CNES, 2014). De acordo com um censo realizado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2012, o SUS teve 38.800 UBS. Os números diferem em relação ao Registro Nacional de Saúde, cujas informações dependem de atualizações de provedores e gestores, o que nem sempre acontece.

A rede brasileira de unidades de saúde se expandiu significativamente desde 1980. Esse crescimento em instalações começou durante o regime militar através de contratos com provedores privados. No entanto, com a implementação do SUS, sinalizou-se uma importante mudança na direção da política de saúde e na alocação dos recursos. De fato, observando o Gráfico 1 é possível diagnosticar que houve grande crescimento pela expansão da rede ambulatorial, com destaque para a rede de média complexidade, passando de 72.046 unidades em 2006 para 229.474 unidades em 2018, o mesmo ocorreu com a rede básica, passando de 95.878 para 145.320 no mesmo período. A expansão da rede ambulatorial de alta complexidade também acompanhou o crescimento.

Gráfico 1 – Expansão da rede ambulatorial por níveis de atenção no Brasil, 2006-2018

Fonte: DATASUS (2019).

O aumento em instalações ambulatoriais indicou a crescente ênfase na atenção primária nas últimas três décadas. Os principais impulsionadores dessa mudança foram a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF).

Em 1991, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) com base em experiências exitosas desenvolvidas principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são moradores das áreas de cobertura de serviços, capacitados para atuarem com 100 a 250 famílias, totalizando no máximo 750 pessoas. Seu trabalho é supervisionado e avaliado por enfermeiros e não há médicos nas equipes do Pacs. Inicialmente, muito pouco progresso foi realizado em termos de cobertura populacional do programa. No entanto, a expansão do Pacs ocorreu principalmente em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, em áreas onde as redes públicas de atenção primária eram praticamente inexistentes.

Nas palavras de Giovanella e Mendonça (2012, p. 516):

Contudo, diante da incipiente cobertura médico-sanitária naquelas regiões, os agentes 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, o Pacs correspondia assim a um programa de atenção primária seletiva. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 516)

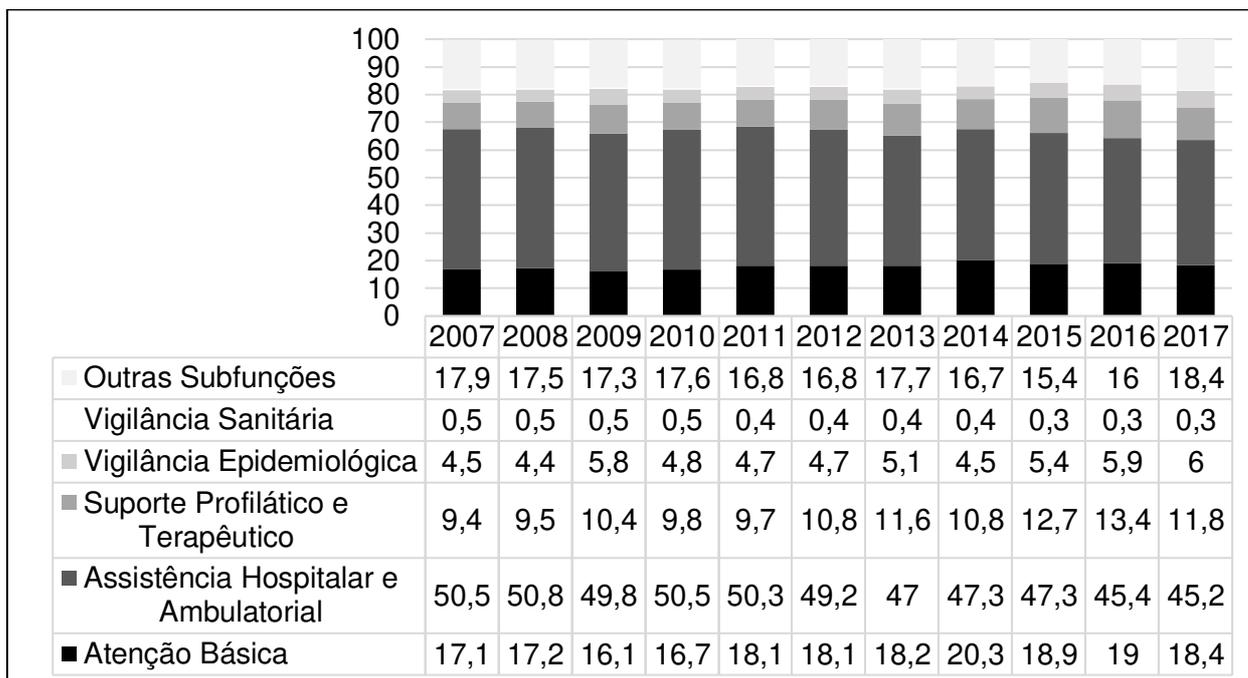
Outro objetivo do programa foi de fechar lacunas de atendimento, inicialmente introduzindo esses profissionais à medida que o PSF estava sendo implementado. O PSF nasceu no final de 1993, e acabou sendo transformado na principal estratégia de reorientação assistencial a partir de 1995. No campo do financiamento, discorrem Giovanella e Mendonça (2012):

O PSF foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB 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 e definiu financiamento específico. 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. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 518)

A NOB 01/96 criou o Piso da Atenção Básica (PAB), que possui um componente fixo (PAB Fixo), sendo calculado pelo número populacional (per capita) dos municípios, e por um componente variável (PAB Variável), introduzindo uma equação consensual entre as ações de assistência quanto de promoção e prevenção.

No tocante ao financiamento da atenção primária, Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 233) apontam que entre 1997 e 2017, o PAB variável foi a principal fonte de recursos para a implementação da APS nos municípios brasileiros. Ainda, segundo os autores, o Ministério da Saúde gastou em média 18% na atenção primária nos últimos 10 anos (de 2007 até 2017), com a assistência hospitalar e ambulatorial decrescendo de 50,5% em 2007 para 45,2% em 2017.

Gráfico 2 – Execução do gasto do Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto total segundo as subfunções de governo, 2007-2017



Fonte: Adaptado de Mendes, Carnut e Guerra (2018).

O objetivo do PSF é de proporcionar um primeiro contato, atendimento integral e coordenado com outros serviços de saúde, enfatizando a prevenção e a promoção dentro do contexto da família e da comunidade. No programa, equipes multiprofissionais de saúde (compostas por um médico, enfermeiro, assistente de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde) são organizadas por regiões geográficas, com cada equipe fornecendo cuidados primários para aproximadamente mil famílias (cerca de 3.000 pessoas). O Saúde da Família passou a contar a partir 2004 com equipes de saúde bucal, preenchendo uma lacuna importante e de longa data no sistema.

O PSF passou a ser a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 1997 com o documento do Ministério da Saúde nomeado de *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, passando a ser então compreendida não apenas como uma intervenção individual e verticalizada.

Segundo o documento, a ESF:

[...] 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.

Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF,

entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe 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, 1997, p. 8-9)

Como afirma a literatura (Rosa e Labate, 2005; Matta e Morosini, 2009), a ESF foi criada para corrigir as limitações da abordagem centrada na instituição, passiva e curativa do atendimento. Incluindo-se não apenas atividades típicas da atenção básica, principalmente voltadas para grupos seletivos (crianças e mulheres), mas também com atividades voltadas para o controle de doenças transmissíveis e crônicas, incluindo tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes. Atualmente a Saúde da Família é constantemente avaliada pelo PMAQ-AB, propondo uma série de indicadores e objetivos para acompanhar e avaliar a atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF), elevando os recursos federais àquelas que alcançarem as metas.

Giovanella e Mendonça também discorrem sobre a importância da intersetorialidade da Saúde da Família:

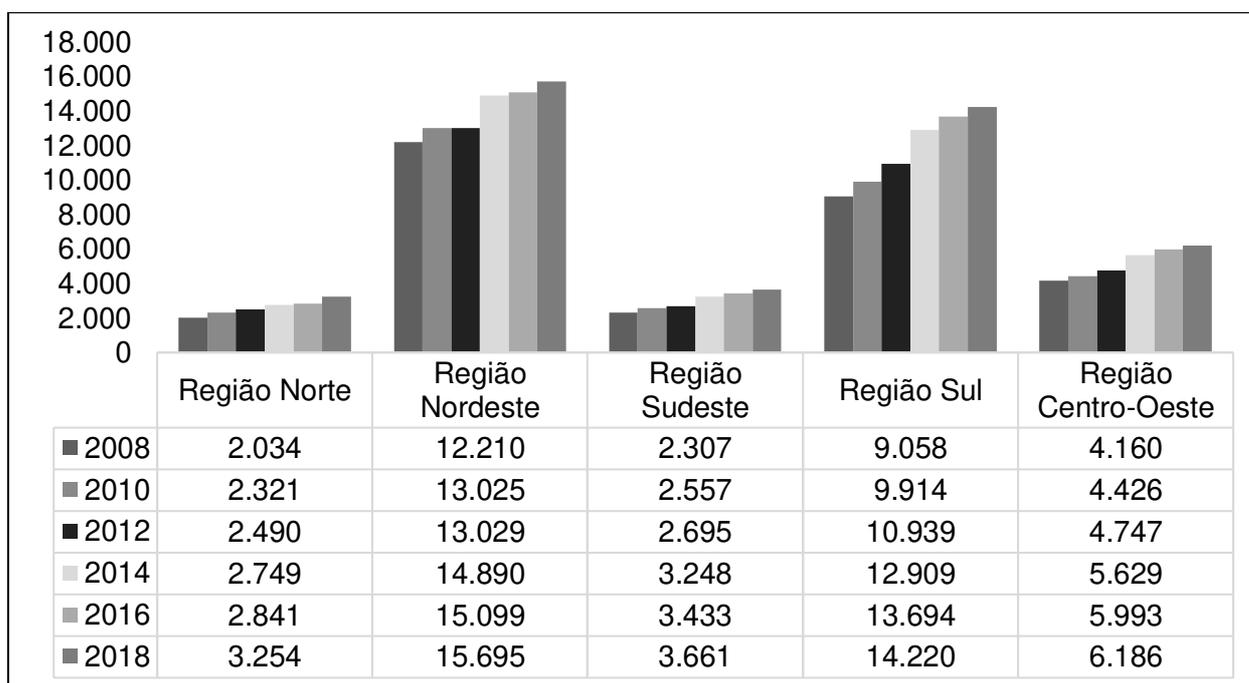
A atuação intersetorial é uma atribuição das equipes de Saúde da Família, que devem promover ações intersetoriais e parcerias com organizações presentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos fatores de risco e problemas identificados, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde. A atuação intersetorial é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção e contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incluindo sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermedade. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 521)

O Saúde da Família tem também o objetivo de melhorar as condições de saúde na atenção básica no Brasil. Os problemas com o modelo anterior incluíam a disponibilidade inadequada de UBS, falta de profissionais, em especial médicos, pouco ou baixo envolvimento da comunidade, insatisfação generalizada com a qualidade dos serviços e longos períodos de espera. Em contrapartida a esses problemas, a ESF busca oferecer um atendimento de primeiro contato, abrangente e integralizado com outros serviços de saúde.

A ESF cresceu rapidamente entre 2008 e 2018, com as equipes saltando de 29.769, para aproximadamente 43 mil equipes, com cobertura populacional de 93,7 milhões para 133,3 milhões de pessoas, atendendo mais da metade da população

brasileira (Gráfico 3 e Tabela 3). A expansão ocorreu de forma desigual em todo o país, mas a Saúde da Família está presente em mais de 90% dos 5.565 municípios brasileiros. A expansão também foi complementada por outros diversos programas e iniciativas importantes focadas na prevenção e educação em saúde. Por exemplo, o Programa Brasil Sorridente ampliou o acesso a atendimento odontológico, e o Programa Farmácia Popular facilitou o acesso a medicamentos essenciais gratuitos, abordando duas das maiores fragilidades do SUS.

Gráfico 3 – Evolução no número de EqSF no Brasil, 2008-2018



Fonte: Elaborado a partir de DATASUS, 2019.

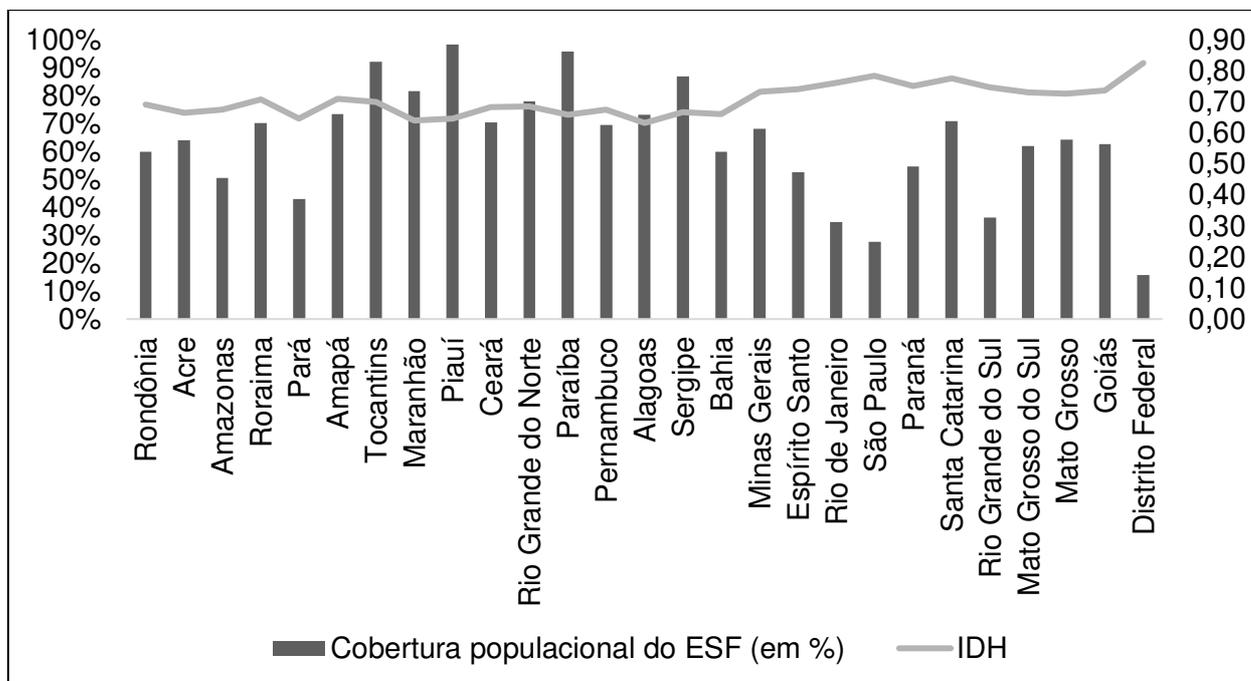
Tabela 3 – Estimativa da cobertura populacional da ESF (em %) e em número absoluto, 2008-2018

	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Região Norte	50,5	53,9	56,7	58,8	58,9	65,6
Região Nordeste	71,5	73,3	73,2	78,4	78,3	79,7
Região Sudeste	38,2	53,3	54,2	60,7	62,5	64,5
Região Sul	49,6	40,1	44,1	49,8	52,1	53,0
Região Centro-Oeste	49,3	51,0	54,9	62,1	65,1	66,3
Estimativa	93.786.501	101.535.110	106.797.915	122.796.533	128.061.895	133.316.067

Fonte: Elaborado a partir de DATASUS, 2019.

Como resultado desse padrão de expansão, a cobertura da ESF varia significativamente, com a cobertura tendendo a ser maior nos estados com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Estimativa da cobertura populacional pela Saúde da Família e o IDH nos estados brasileiros



Fonte: Elaborado a partir de DATASUS (2019) e PNUD (2019).

Além da variação da cobertura, múltiplas iniciativas municipais e mesmo estaduais foram desenvolvidas para a implementação da atenção primária no país, muitas dessas com a focalização de programas e ações para a população mais pobre ou vulnerável, resultando em ações de pouca envergadura e traduzindo-se em uma atenção primária seletiva. Desta maneira, o governo federal propôs em 2006 a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o intuito de ampliar a concepção da atenção primária até então praticada no território.

2.4. O desenvolvimento da atenção primária e as Políticas Nacionais de Atenção Básica

É importante destacar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foram publicadas no mesmo período (março de 2006), no mesmo contexto histórico e político. O Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde com a intenção de implementar a agenda que vem promovendo há algum tempo, materializando a

vontade política de reorganizar as práticas de atenção à saúde. A promoção da saúde, portanto, propõe mudanças em pelo menos três esferas:

1. Nos serviços de saúde, onde os serviços são desmedicalizados e redirecionados de forma a receber e ajudar indivíduos e grupos a construir autonomia;
2. No desenvolvimento e gestão local, onde são implementadas ações intersetoriais para a saúde e a qualidade de vida, como resultado e motivação para o empoderamento de grupos populacionais e indivíduos; e
3. Nas políticas e modelos de desenvolvimento nacional, onde os fatores determinantes para a igualdade são realmente definidos.

A Promoção da Saúde é, portanto, apresentada como a oportunidade de não formular uma agenda para a melhoria do SUS, mas também para apontar uma nova agenda, redefinindo a política de saúde para o novo milênio e ressuscitando a bandeira da reforma da saúde pública com ações necessárias para garantir a saúde e a vida digna das pessoas.

Como discutem Almeida et al. (2018, p. 2), a institucionalização da PNAB em 2006 foi necessária pelo fato de que havia:

[...] a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar os gastos públicos. Instituiu-se um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, em 2003, que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006. (ALMEIDA et al., 2018, p. 2)

A PNAB de 2006 (Brasil, 2006) refletiu na ampliação do conceito de atenção primária, incorporando também os atributos discutidos por Barbara Starfield (2002). No documento, a AB:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da

acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10)

A ESF foi reconhecida como o modelo de reorientação substitutivo às diversas iniciativas realizadas pelos municípios brasileiros e passou a ser também o elo à rede de serviços de saúde ofertada no sentido de reorganização da rede de serviços locais de saúde (Giovanella e Mendonça, 2012, p. 525). Além disso, a AB passaria a ter seis fundamentos principais (Quadro 3).

Quadro 3 – Fundamentos da atenção básica na Política Nacional de Atenção Básica de 2006

1. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
2. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
3. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
4. Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
5. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
6. Estimular a participação popular e o controle social.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2006).

Com a aprovação da PNAB de 2006, também foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), “definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 7). O objetivo principal das RAS é de promover integralmente e de forma sistêmica serviços e ações de saúde com máxima provisão de atenção contínua, “bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (Brasil, 2010, p. 7).

Tal perspectiva implicou na implementação de uma nova lógica de atenção para a população. No entanto, com a perspectiva de ampliar a oferta dos serviços localizados na atenção primária, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de

Apoio à Saúde da Família (NASF). Os novos núcleos deveriam contar com a presença de equipes multiprofissionais de diferentes áreas, dentre algumas, podemos citar: psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros. Nesse sentido, optou-se pela diversificação e ampliação da rede de serviços extra-hospitalares, mas principalmente, na tentativa de criar cuidados no território do usuário, próximo à sua residência, a fim de garantir a continuidade dos cuidados. As modalidades, número de equipes vinculadas e cargas horárias dos profissionais estão sintetizadas na Tabela 4.

Os NASF abordaram profissionais e territórios que anteriormente não eram cobertos por essa estratégia. Assim, os núcleos visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, reduzir lesões e danos causados por doenças não transmissíveis e reduzir o consumo de drogas. Os NASF também incentivaram a criação de redes de apoio social e a participação ativa dos usuários no desenvolvimento de projetos terapêuticos. Os profissionais dos NASF são responsáveis por diferentes atividades, como trabalhar em conjunto com a ESF e a comunidade para identificar a população de cada uma das ações desenvolvidas, acolher pacientes, humanizar a atenção, estimular o trabalho intersetorial e desenvolver ações individuais, através de discussões regulares de casos clínicos. Estas abordagens levam o nome de apoio matricial (Giovanella e Mendonça, 2012; Lancman e Barros, 2011).

Assim, as EqSF e demais profissionais que compõem o NASF compartilham numerosos princípios, como a importância de intervir no ambiente familiar, estabelecer relações de confiança para garantir a continuidade do cuidado e organizar redes que vinculem a atenção em saúde mental a outros suportes do território. Portanto, os serviços contidos nos NASF fazem parte da estrutura da ESF e trabalham para apoiar as equipes de atenção primária a lidar com o sofrimento do paciente, que permeia todas as experiências relacionadas ao processo saúde-doença (Giovanella e Mendonça, 2012; Lancman e Barros, 2011).

Tabela 4 – As modalidades de NASF

Modalidades	Número de equipes vinculadas	Somatória das cargas horárias profissionais*
NASF 1	5 a 9 EqSF para populações específicas	Mínimo 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horário semanal
NASF 2	3 a 4 EqSF	Mínimo de 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas de no máximo 40 horas de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 EqSF	Mínimo de 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

* Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2012).

Cinco anos após a PNAB (Brasil, 2011), o texto foi revisto e atualizado em 2011. De acordo com Magalhães Junior e Pinto (2014, p. 15), o Ministério da Saúde “realizou uma série de medidas que, pode-se afirmar, reposicionaram o papel e a importância da AB no conjunto das políticas do governo federal”.

A primeira medida foi a ampliação dos gastos e investimentos federais na atenção primária, inclusive com aumento de mais de 100% nos valores entre 2010-2014 (Gráfico 2), também foi criado o programa Requalifica UBS, com direcionamento de recursos para a construção e reforma destas instituições.

Nas palavras de Magalhães Junior e Pinto (2014):

Por fim, uma série de atos normativos, tanto da Presidência quanto do Ministério da Saúde, afirmaram o papel e o lugar da AB no conjunto das redes de saúde e no SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabeleceu que a AB deva ser um elemento essencial e indispensável da região de saúde. Definiu ainda a AB como ‘porta de entrada’ do sistema e ordenadora do acesso ‘universal e igualitário’ às ações e aos serviços de saúde da rede. O conjunto das portarias que instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), posteriores ao decreto, reconheceram este papel da AB, de porta de entrada e de primeiro contato preferencial do sistema. (MAGALHÃES JUNIOR e PINTO, 2014, p. 15)

A PNAB de 2011, fortaleceu novamente a configuração das RAS e da atenção primária como porta de entrada ao SUS. Foi definida a RAS como “como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população” (Brasil, 2011, s.n). Desta forma:

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção

básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2011, s.n)

Em 2011 também foi desenvolvido o Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Segundo o documento intitulado de Manual instrutivo do *PMAQ para as equipes de Atenção Básica* (Brasil, 2015, p. 12):

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde. (BRASIL, 2015, p. 12)

Eugênio Vilaça Mendes (2015), estudioso do tema das RAS demonstra em seu trabalho que:

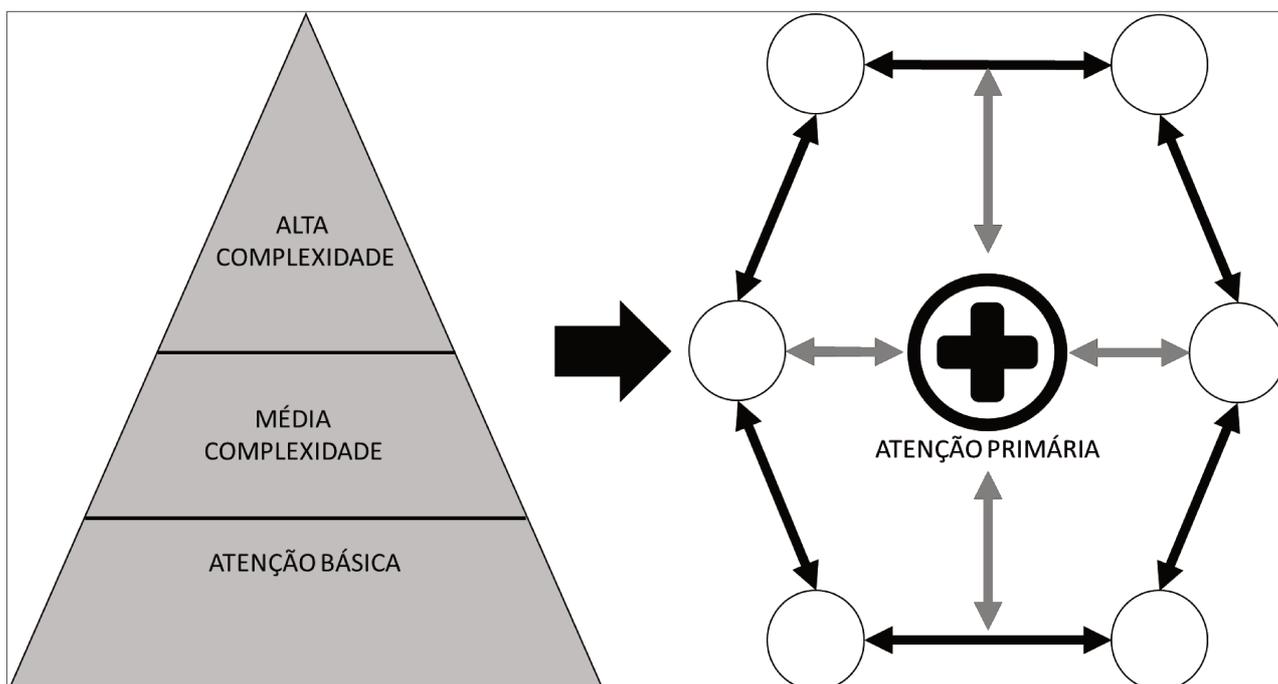
Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles.

As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição).

A RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adscrita que é, a ela vinculada, na APS.

Somente a atuação de uma RAS vai gerar valor para a população. O valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde. (MENDES, 2015, p. 83)

A Figura 1 abaixo representa a mudança do sistema de saúde hierárquico para o sistema de saúde baseado nas RAS.

Figura 1 – Sistemas de saúde hierarquizados para sistemas com RAS

Fonte: Elaborado a partir de Mendes (2015).

Também foram realizadas dentre o período de 2011-2017 várias estratégias e programas com objetivo de consolidar a atenção primária no Brasil. Na Tabela 5 estão apresentadas essas realizações, segundo Almeida et al.:

Da publicação da PNAB 2011 até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras. No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política. (ALMEIDA et al., 2018, p. 2)

Tabela 5 – Principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica, Brasil, 2011 a 2017

Ano	Estratégias/ações/programas
2011	Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica; criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, do Programa Melhor em Casa, do Programa Academia da Saúde; das equipes de Consultório na Rua; do Telessaúde Brasil Redes e do Brasil Sorridente Indígena; revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2012	Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.
2013	Criação do Programa Mais Médicos e substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS Atenção Básica.
2014	Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.
2017	Reformulação e publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica.

Fonte: Elaborado a partir de Almeida et al. (2018).

Como sugere a Tabela 5, várias ações e políticas foram realizadas pelo Ministério da Saúde em busca de fomentar a atenção primária no país. A introdução de uma nova PNAB (Brasil, 2017) tem sido discutida por vários pesquisadores (Almeida et al., 2018; Morosini, Fonceca e Lima, 2018; Cecílio e Reis, 2018) que demonstram preocupação com o desenvolvimento da atenção primária no Brasil.

A PNAB de 2017 afirma que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de saúde lotados na atenção primária, no âmbito do SUS, deverão ser denominados de UBS. A ESF continua a ser sua estratégia prioritária de expansão e consolidação da APS, no entanto, o novo texto, passou a reconhecer novas estratégias de organização da atenção primária nos municípios, incluindo as especificidades locais, regionais, tendo assim, ressaltado a dinâmica territorial e singular dos 5.570 municípios brasileiros (Brasil, 2017). Além disso, o documento aborda três princípios basilares do SUS: 1) universalidade; 2) equidade; e 3) integralidade. O novo texto incluiu também às seguintes diretrizes: i) regionalização e hierarquização; ii) territorialização; iii) população adscrita; iv) cuidado centrado na pessoa; v) resolutividade; vi) longitudinalidade do cuidado; viii) coordenação do cuidado; ix) ordenação da rede; x) participação da comunidade.

O texto trouxe a iniciativa de formalização de padrões essenciais e ampliados. Os padrões essenciais são descritos como ações e procedimentos básicos relacionados a condições de baixa complexidade de acesso e qualidade na AB. Os procedimentos ampliados referem-se a ações e processos considerados estratégicos para o avanço de padrões de qualidade mais elevados, considerando às especificidades locais e indicadores próprios estabelecidos pelas RAS. Além disso, todas as UBS devem contar com indicadores de satisfação de usuários e a introdução da relação de serviços disponíveis naquela determinada unidade básica, algo semelhante ao que ocorre nos países com sistemas universais de saúde que contam com as carteiras de serviços da atenção primária. (BRASIL, 2017)

Além da EqSF, são desenvolvidas mais cinco tipos de equipes que poderão compor os serviços de atenção primária: 1) Equipe de Atenção Básica (eAB); 2) Equipe de Saúde Bucal (eSB); 3) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); 4) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); e 5) Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas. Neste último tipo de equipe, poderão estar incluídas as EqSF ribeirinhas e fluviais. Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista devem ter, preferencialmente, especialidade em medicina da família e

comunidade. Uma das principais mudanças no corpo profissional da formação das EqSF se deu pela flexibilização da contratação dos ACS, se na PNAB de 2011 o número de ACS deveria ser suficiente para cobrir cem por cento da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente comunitário e de doze ACS por EqSF, o novo texto apresenta que este número deverá ser definido de acordo com a específica base populacional, seguindo critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, seguindo especificidades locais. Ficando recomendado a cobertura de cem por cento deste profissional apenas em áreas de risco e vulnerabilidade social. (BRASIL, 2017)

Morosini, Fonseca e Lima (2018) assinalam preocupação com a flexibilização no número de ACS da nova PNAB. Segundo as autoras:

[...] pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. [...] Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018, p. 17)

Cecílio e Reis (2018) apresentam que:

Não haverá número mínimo de ACS por equipe. Unifica-se o território de atuação e de competências comuns aos ACS e agentes de controle de endemias. Mudanças que aparentam maior autonomia e respeito à diversidade local, mas que se impõem por pressões de outra ordem: a ampliação dos gastos dos municípios sem contrapartida financeira das demais esferas de governo a partir da regulamentação do Piso Nacional de Salário dos ACS/agentes de combate às endemias (ACE). Com a crise econômica, é possível prever impactos significativos na cobertura de ACS/ACE a partir da nova PNAB.

Finalmente, Morosini e Fonseca (2017), sintetizam:

Em relação ao modelo de atenção, entendemos que, ao admitir que a equipe mínima da ESF atue com auxiliares ou técnicos de enfermagem no lugar de ACS, a Portaria aponta para um aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da capacidade resolutiva da atenção básica à realização de procedimentos simplificados.

Outra implicação desta concepção é a potencial fragilização das ações de educação e promoção da saúde, cujos principais desafios permanecem em pauta, como, por exemplo, o desenvolvimento de

ações não fragmentadas e o exercício da intersetorialidade. (MOROSINI e FONSECA, 2017, p. 1-2)

Além da flexibilização na contratação dos ACS, com a nova proposta, o horário de dedicação exclusiva dos profissionais das novas eAB passa a ser de 40 horas semanais, com um mínimo de 10 horas para cada membro da equipe. Ou seja, há também maior flexibilização nos contratos de trabalho como, por exemplo, poderão ser contratados mais médicos ou enfermeiros para cumprirem às mesmas 40 horas. O que pode representar a perda ou diminuição de vínculo entre profissionais e usuários, no entanto, pode melhorar a constituição de EqSF em municípios que possuem dificuldades em fixar profissionais em áreas de risco e/ou vulneráveis. Sobre a composição profissional dessas novas eAB:

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem. (BRASIL, 2017, s.p)

A autora Giovanella (2018, p. 4) reforça sua preocupação com o novo texto ao afirmar que a indicação da constituição da carteira de serviços, referida como padrões, pode potencializar a privatização do SUS ao indicar que esta carteira poderia estar atrelada ao plano do ex-Ministro da Saúde, Ricardo Barros, de ofertar “seguros privados focalizados e/ou serviços privados nas propostas de cobertura universal de saúde, e poderão comprometer a integralidade da atenção básica e do SUS ao se consolidarem como uma cesta básica garantida publicamente”.

Em contraste com as perspectivas duvidosas ou mesmo carregadas de fortes críticas ao novo texto da PNAB, o texto da portaria reforça que a própria concepção da atenção primária permanece com os mesmos princípios – universalidade, equidade e integralidade – e as mesmas diretrizes – regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ordenação da rede e

participação da comunidade. Além disso, o próprio texto reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária e reconheceu, em caráter transitório, outras modalidades de promoção e prevenção à saúde desde que respeitados os princípios e diretrizes, inclusive com estímulos para que estas se convertam em ESF. (BRASIL, 2017)

O texto vai além ao incorporar também a integralidade da Vigilância Sanitária em Saúde na APS, discorrendo que é

[...] essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade. (BRASIL, 2017, sp)

Nesse contexto de integralidade, foi incluída a possibilidade de que os Agentes de Combate a Endemias possam ser incluídos nas EqSF ou eAB.

Outra inovação importante destacada pelo texto é da inclusão do Gerente de AB:

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. (BRASIL, 2017, spp)

Ao contrário das prerrogativas pessimistas de que haverá uma focalização de serviços básicos aos habitantes mais vulneráveis, portanto de uma concepção seletiva da APS, partilhamos da importância da criação de uma Carteira de Serviços relação de ações e serviços que devem ser disponibilizados pelas UBS aos cidadãos. A iniciativa de criar a Carteira de Serviços apresenta-se como uma estratégia para a composição clara do elenco de ações e serviços a serem ofertados na atenção primária, respeitando as necessidades de saúde da população local. Além disso, a Carteira de Serviços deverá ser definida com critérios técnicos, fundamentados na análise das necessidades de saúde da população adscrita, discutida nos espaços de controle social e pactuada nas instâncias interfederativas de gestão do SUS.

Respeitando o disposto na PNAB (Brasil, 2017), as ações e serviços da APS deverão seguir padrões essenciais explicitados como aqueles “que são relacionados

a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na AB” e que deverão ser ofertados por todas as UBS ou ampliados que são explicitados como “ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar novos patamares de acesso e qualidade, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde”, conforme necessidade da população de cada localidade.

Ainda na PNAB 2017, é definida como responsabilidade dos gestores a análise de demanda e da capacidade de oferta das UBS para adotar as medidas necessárias visando a ampliação do acesso e a qualidade e resolutividade dos serviços.

A Carteira de Serviços, deve ser entendida como um importante instrumento de gestão, essencial para cada UBS, a medida em que ao apresentar de forma transparente e objetiva os serviços ofertados: respeita o usuário e favorece seu acesso a unidade; facilita o controle social; e, por outro lado, no âmbito interno da UBS, contribui para a organização de todos os seus processos de trabalho e para sua avaliação. Vale lembrar que este instrumento de gestão de processos é realizado por inúmeros municípios brasileiros, dentre eles: Florianópolis⁸, Natal⁹ e Rio de Janeiro¹⁰.

Outro aspecto importante do texto de 2017 é de fomentar a criação ou ampliação das estratégias vigentes de referência e contra referência pela atenção primária, dentre algumas, o texto sugere ferramentas de

[...] “telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. (Brasil 2017, spp)

⁸ Secretária Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis. Disponível em: <<http://bit.ly/2lUqdfQ>>.

⁹ Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal. Disponível em: <<http://bit.ly/2lqN5EU>>.

¹⁰ Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<http://bit.ly/2lR3Vf0>>.

A telessaúde tem sido um meio para os médicos especialistas prestarem cuidados de saúde a comunidades isoladas ou tradicionalmente vulneráveis. Além disso, a ferramenta também pode e deve ser utilizada amplamente para reduzir os custos de transporte dos pacientes, reduzir os tempos de espera nos hospitais e nas clínicas e responder às solicitações de mudanças em problemas como a centralização dos serviços de saúde em grandes centros urbanos (Castro Filho, 2007).

2.5. Avanços da atenção primária no Brasil

Como mencionado anteriormente, a expansão da ESF começou em áreas periféricas e vulneráveis, concentradas nos estados das Regiões Norte e Nordeste (Gráficos 3 e 4 e Tabela 3). O estudo com metodologia de revisão bibliográfica de Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016, p. 1501) apontou para o desenvolvimento da ESF como principal política pública de aprofundamento e expansão da atenção primária no Brasil e com maior promoção da equidade “com a ESF quando comparado com o modelo tradicional de APS em UBS”. A expansão da Saúde da Família também contribuiu para:

[...] ampliação das possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, inclusive para a saúde bucal. Ademais, trouxe um efeito estruturante perante os vazios assistenciais em pequenos municípios, com resultados melhores quanto à integralidade da atenção e ao contato por ações programáticas quando comparado com a APS tradicional. (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016, p. 1502)

Outro ponto de destaque foi da capacidade resolutiva das EqSF quando comparadas ao modelo tradicional. Os autores destacam ganhos significativos quanto aos procedimentos de promoção, prevenção, acolhimento, enfoque familiar, vínculo e à orientação comunitária. Destacam ainda que:

O esforço para a equidade na prestação de serviços, ou seja, prioritariamente àquelas pessoas mais necessitadas, representa uma das ações de saúde com maior dificuldade de operacionalização na América Latina. Contudo, a forma como ocorreu a implantação da ESF no Brasil, expandindo-se principalmente em cidades de pequeno porte e nas áreas periféricas de metrópoles, colaborou para a promoção do acesso às populações historicamente excluídas devido à pouca disponibilidade de equipamentos públicos nesses locais. Sua implantação em áreas rurais, para a população indígena, ribeirinha, e a incorporação de particularidades individuais, como das pessoas em situação de rua, de travestis, e de cuidadores familiares que vivem em isolamento social devido à sobrecarga de atividades, são exemplos que reforçam essa perspectiva. (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016, p. 1503)

Outros trabalhos manifestaram a importância do ESF, dentre eles, podemos citar o de Guimarães, Alves e Tavares (2009), onde houve diminuição da mortalidade infantil em Olinda, Pernambuco, pela implementação da Saúde da Família, uma vez que houve maior cobertura vacinal, mesmo que os níveis de pobreza e vulnerabilidade não tenham recuado com a mesma propensão. No estado do Piauí (um dos primeiros estados a contar com cobertura populacional do ESF superior a 90%), foram encontradas evidências que a implementação do programa possibilitou a diminuição geral das internações hospitalares em menores de cinco anos, sendo que a maior queda foi observada nas hospitalizações causadas por doenças infecciosas e parasitárias (Barreto, Nery e Costa, 2011); finalmente, em estudo inédito realizado no país, Tomasi et al. (2017) discutem que a maior cobertura da Saúde da Família em municípios pobres também melhorou a qualidade da atenção pré-natal na rede básica.

No tocante ao acesso aos serviços de saúde na APS, o Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial realizou a pesquisa intitulada de Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012 (Brasil, 2015) utilizando resultados do PMAQ-AB. De acordo com esta pesquisa, 67% dos usuários dos serviços de atenção primária apontaram que as UBS estão localizadas perto de suas residências, 19,8% responderam que a distância é razoável e 13,1% responderam que suas respectivas UBS estão localizadas longe de suas casas. No tocante ao horário de funcionamento, 85,7% dos usuários disseram que o horário de funcionamento das UBS atende às suas necessidades, apenas 13,4% afirmaram o contrário e 0,9% não soube ou não respondeu.

O estabelecimento de vínculo entre os profissionais das EqSF também se demonstrou robusto, 78,2% dos usuários responderam que durante o atendimento, o profissional médico permite o compartilhamento de suas preocupações e/ou problemas, 8,5% dos entrevistados responderam que algumas vezes a troca de informações acontece e 10,9% assinalaram não haver qualquer tipo de troca entre médico e paciente. Os dados para os enfermeiros são, respectivamente, 74,4%, 6,1% e 8,7% (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Percentual de usuários que, durante o atendimento com o médico, acha que há tempo suficiente para falar sobre seus problemas, Brasil e Grandes Regiões, 2012

Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?

	Sim	Sim, algumas vezes	Não	Nunca fui atendido por este profissional	Não sabe/ Não respondeu	Total
Brasil	78,2	8,5	10,9	1	1,4	100
Norte	71,2	10,1	15,9	0,5	2,3	100
Nordeste	75,9	8,1	12,3	2	1,7	100
Sudeste	80,2	8,2	10	0,6	1,1	100
Sul	80,6	9,2	8,7	0,5	1	100
Centro-Oeste	77,5	9,9	10,6	0,6	1,4	100

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2015).

Tabela 7 - Percentual de usuários que, durante o atendimento com o enfermeiro, acha que há tempo suficiente para falar sobre seus problemas, Brasil e Grandes Regiões, 2012

Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?

	Sim	Sim, algumas vezes	Não	Nunca fui atendido por este profissional	Não sabe/ Não respondeu	Total
Brasil	74,4	6,1	8,7	5,8	5,1	100
Norte	72,6	5,9	10,5	2,6	8,4	100
Nordeste	77,1	4,3	6,7	6,7	5,1	100
Sudeste	73,4	7,7	7,4	8,7	2,4	100
Sul	74,2	7,1	9,5	4,6	4,5	100
Centro-Oeste	68,5	6,0	11,5	6,8	7,2	100

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2015).

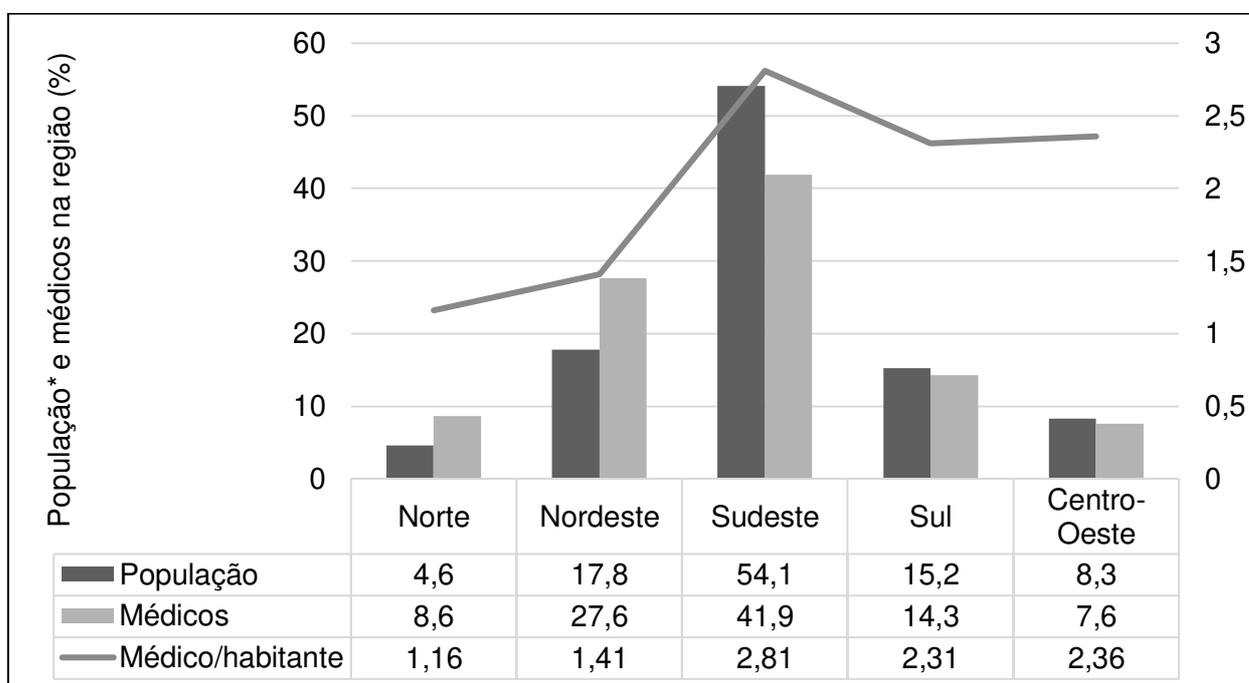
A recente pesquisa sobre os profissionais médicos no Brasil (Scheffer et al., 2018) aponta que havia, em janeiro de 2018, 452.801 médicos, sendo 2,18 médicos por mil habitantes. Contudo, a distribuição regional desses profissionais é desigual, variando de 2,81 médicos por mil habitantes, na região Sudeste, a 1,16 médico/habitante na região Norte (Tabela 8 e Gráfico 5).

Tabela 8 – Distribuição de médicos, segundo grandes regiões, Brasil, 2018

	Médicos	%	População*	%	Razão
Brasil	451.777	100	207.660.929	100	2,18
Norte	20.884	4,6	17.936.201	8,6	1,16
Nordeste	80.623	17,8	57.254.159	27,6	1,41
Sudeste	24.4304	54,1	86.949.714	41,9	2,81
Sul	68.430	15,2	29.644.948	14,3	2,31
Centro-Oeste	37.536	8,3	15.875.907	7,6	2,36

*Nesta análise foi usado o número de registro de médicos.

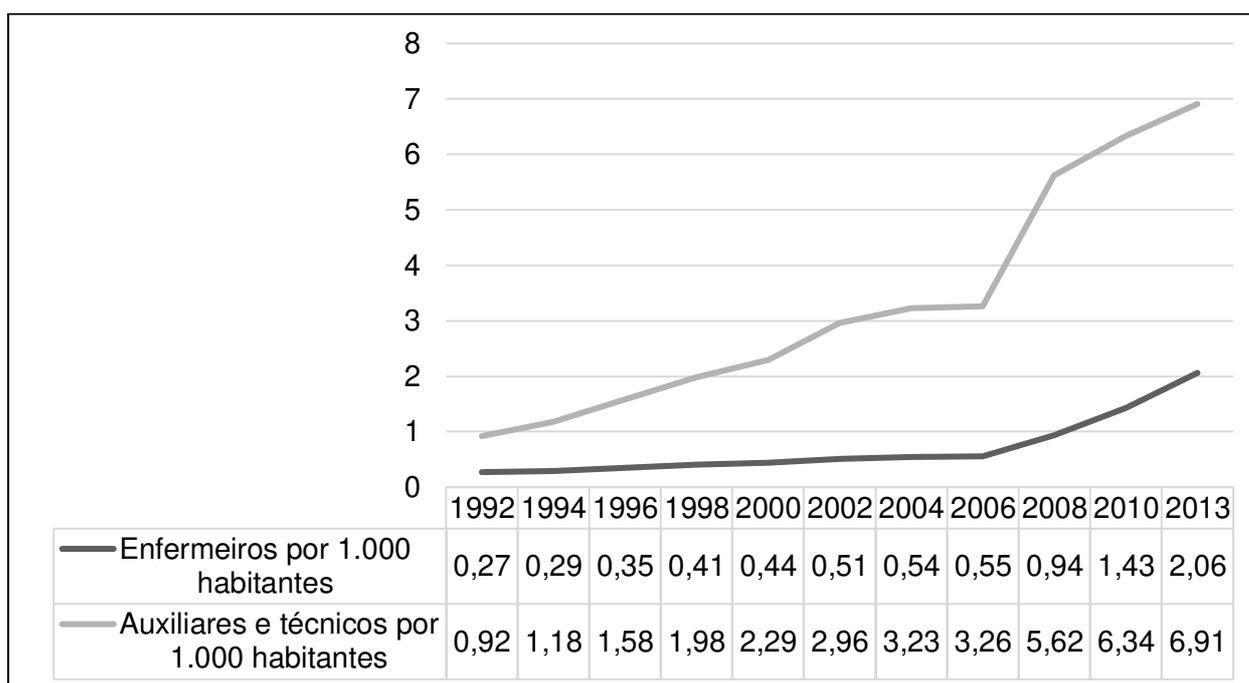
Fonte: Elaborado a partir de Scheffer et al. (2018).

Gráfico 5 – Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões, Brasil, 2018

*Nesta análise foi usado o número de registro de médicos.

Fonte: Elaborado a partir de Scheffer et al. (2018).

Segundo Persegona, Oliveira e Pantoja (2016), em 2013 havia 6,91 auxiliares e técnicos de enfermagem por mil habitantes e, também para o mesmo ano, 2,06 enfermeiros/habitantes (Gráfico 6). A Tabela 9 demonstra que há também desigualdade na distribuição destes profissionais pelas grandes regiões brasileiras. Quase metade dos enfermeiros estão concentrados na região Sudeste (48,8%) e de apenas 8% na região Norte, repetindo-se assim o mesmo movimento dos profissionais médicos. No que se refere aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o movimento é parecido, com concentração dos profissionais na região Sudeste (49,1%) e em menor número na região Centro-Oeste (7,0%).

Gráfico 6 – Evolução no número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

Fonte: Elaborado a partir de Persegona, Oliveira Pantoja (2016).

Tabela 9 – Distribuição de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, segundo grandes regiões, Brasil, 2013

	Enfermeiros	%	Técnicos e auxiliares de enfermagem	%
Brasil	414.712	100	1.389.823	100
Norte	27.645	6,7	115.966	8,3
Nordeste	98.981	23,9	302.787	21,8
Sudeste	202.520	48,8	682.573	49,1
Sul	51.376	12,4	191.022	13,7
Centro-Oeste	34.190	8,2	97.475	7,0

Fonte: Elaborado a partir de Persegona, Oliveira e Pantoja (2016).

De acordo com os autores Persegona, Oliveira e Pantoja (2016, p. 26), há tendência de crescimento para os próximos anos de enfermeiros, pois: “Em 2014, havia 881 cursos de graduação que formam anualmente cerca de 30 mil profissionais”.

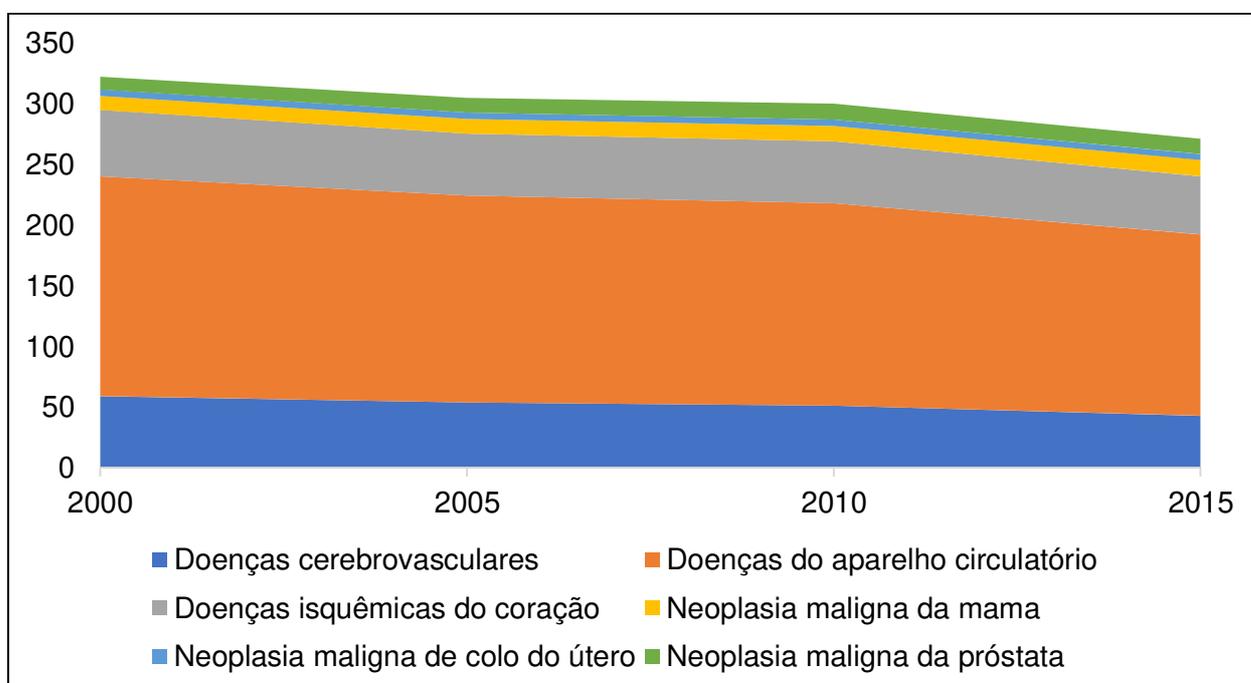
Desde a metade da década de 1980 o Brasil começou sua transição epidemiológica, com o aumento das cargas das doenças infecciosas – que possuem a característica de alta mortalidade – para outro onde predominam os óbitos por doenças crônico-degenerativas, por exemplo, cardiovasculares, neoplasias, causas externas, dentre outras. (Prata, 1992, p. 168). No entanto, como é discutido no trabalho de Schramm et al. (2004), a transição epidemiológica no Brasil não ocorre da mesma forma como foi observada nos países desenvolvidos ou nos seus vizinhos latino-americanos.

Segundo os autores, no Brasil:

Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (polarização epidemiológica). (SCHRAMM et al. 2004, p. 898)

Além dessa superposição entre as etapas, a população brasileira está envelhecendo rapidamente desde a década de 1960. O que aumentará a demanda por serviços e ações específicos para esse público. O Gráfico 7 refere-se ao peso da carga de doenças crônico-degenerativas na mortalidade. Destacam-se as doenças do aparelho circulatório com 150,2 mortes por 100 mil habitantes, seguidas pelas doenças do isquêmicas do coração com 48 mortes e, finalmente, as doenças cerebrovasculares com 42,3 mortes. A Tabela 10 apresenta o crescimento da população idosa no país.

Gráfico 7 – Mortalidade por doenças crônico-degenerativas selecionadas no Brasil, 2000-2015



Fonte: Elaborado a partir de PROADESS (2019).

Tabela 10 – Projeção da população do Brasil, 2000-2020

Faixa etária	2000	2005	2010	2015	2020*
0 a 9 anos	34.588.268	34.206.165	32.733.544	30.516.849	28.553.852
10 a 19 anos	35.616.351	34.687.521	34.372.834	34.032.443	32.602.483
20 a 29 anos	30.815.410	34.148.588	35.116.660	34.233.231	33.976.082
30 a 39 anos	25.933.988	27.560.859	30.161.388	33.493.662	34.516.847
40 a 49 anos	19.707.919	22.794.503	25.065.005	26.746.623	29.373.328
50 a 59 anos	12.550.679	15.385.289	18.446.512	21.486.956	23.764.121
60 a 69 anos	8.007.183	9.133.058	10.970.425	13.641.753	16.537.954
70 anos e mais	6.228.548	7.234.823	8.631.429	10.299.132	12.752.708
Total	173.448.346	185.150.806	195.497.797	204.450.649	212.077.375

Fonte: Elaborado a partir de DATASUS (2019).

Sobre o Gráfico 7 e a Tabela 10 expostos, podemos compreender mudanças no envelhecimento e no padrão de vida. Essas mudanças implicam a necessidade de passar de um padrão passivo e curativo para um cuidado baseado no gerenciamento e controle dos fatores de risco e na modificação dos hábitos de saúde, com implicações para a reorganização do SUS. Em resumo, o rápido processo de envelhecimento populacional apresenta o SUS - e o setor saúde em geral - com um duplo desafio. Em primeiro lugar, coloca uma pressão financeira maior sobre o SUS, num momento em que o sistema enfrenta uma resistência cada vez maior à mobilização de recursos adicionais sob o atual padrão de financiamento. Em segundo lugar, cria pressão para reorganizar a prestação de cuidados de saúde para lidar de forma mais eficaz com as doenças crônicas da população.

Essa reorganização do SUS deve passar pela composição de uma atenção primária de alta qualidade. Como exposto, as avaliações do ESF fornecem boas indicações que a estratégia adotada vem contribuindo para melhores indicadores de saúde. Uma avaliação inicial ao Saúde da Família foi realizada pelo Ministério da Saúde em 2000, onde foram entrevistados 1.219 municípios que implementaram o programa a partir de 1988, constatou-se que a ESF estava associada a um aumento relevante nas atividades de promoção e prevenção da saúde, incluindo ações de pré-natal e planejamento familiar. No entanto, como reforça a pesquisa, comparações simplistas entre os municípios com ou sem Saúde da Família são problemáticas, uma vez que a implementação e expansão da estratégia têm sido, até certo ponto, sistematicamente relacionadas às condições locais (necessidades de saúde, desenvolvimento econômico, circunstâncias políticas, dentre outras). Além disso, o

impacto da ESF provavelmente dependerá de quanto tempo ele foi implementado e do nível de cobertura alcançado.

Estudos mais recentes conseguiram obter amostras maiores e usar períodos mais longos para estudar o programa. Por exemplo, Macinko e Mendonça (2018, p. 28) apontam em artigo de revisão bibliográfica que: “Vários estudos publicados têm contribuído de maneira significativa para a redução de várias causas de mortalidade e morbidade no país”. Em linhas similares, Aquino, Oliveira e Barreto (2009), usando dados de 1996 a 2004, encontraram reduções na taxa de mortalidade infantil variando de 13% a 22%, dependendo do nível de cobertura (cobertura inferior a 30, 30 a 69,9, ou 70 por cento ou mais). Implementado, é impossível determinar o impacto do programa com certeza. Em conjunto, esses estudos fornecem uma forte indicação de que o lançamento da ESF contribuiu para a redução da mortalidade, em particular entre as crianças e nas regiões Norte e Nordeste.

A satisfação e a capacidade de resposta são dois objetivos intrínsecos aos sistemas de saúde. Embora importante, estes indicadores são difíceis de mensurar de maneira consistente e sistemática. Pesquisas recentes de opinião sobre o SUS forneceram uma perspectiva importante sobre os desafios atuais do sistema de saúde. Por exemplo, a pesquisa da Confederação Nacional da Indústria (CNI) de 2018 relatou que 75% considera os serviços públicos como ruins ou péssimos, com aumento desse percentual em 17 pontos desde a pesquisa realizada em 2011. Além desse número desfavorável, a avaliação sobre o sistema de saúde é pior quando são entrevistadas as pessoas de menor renda.

Os problemas mais comumente relatados são o atraso e dificuldade de atendimento (55%), falta de equipamentos (10%) e a falta de médicos (9%).

Uma pesquisa recente do Instituto Datafolha de 2018 apontou que 55% dos brasileiros avaliam o SUS como ruim ou péssimo, sendo que 34% avaliam como regular e 10% como boa. Os entrevistados também demonstraram preocupação com a demora do atendimento, sendo que 39% deles esperavam por algum tipo de serviço no momento da entrevista.

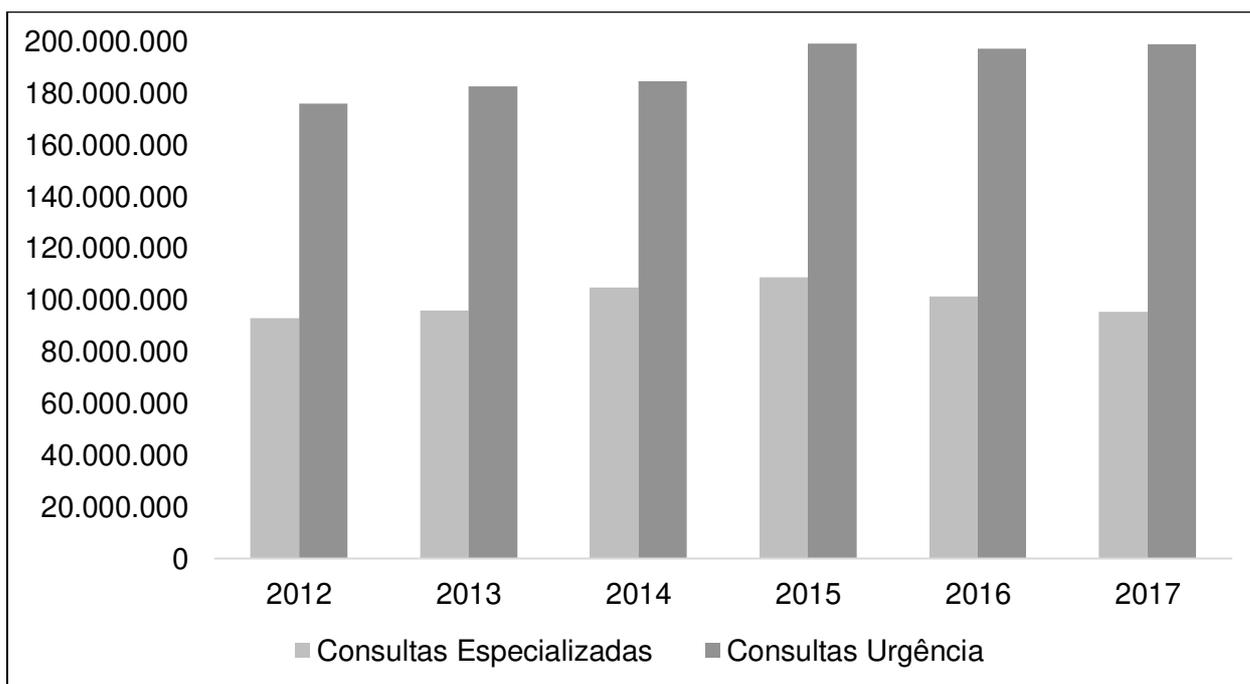
Em contraste, um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) forneceu uma avaliação mais positiva, com apenas 28,5% dos usuários avaliando que os serviços do SUS estariam ruins ou péssimos. O destaque ficou com a ESF recebendo a avaliação mais positiva e as UBS, sendo o que o atendimento de emergência o mais mal avaliado. Em termos de problemas-chave, as respostas da

pesquisa refletiram nas atuais realizadas pela CNI e Datafolha, destacando a falta de médicos e os longos períodos de espera por serviços de especialidade ou de mais alta complexidade.

Pesquisas de opinião muitas vezes são baseadas em amostras relativamente pequenas, e as respostas tendem a ser muito sensíveis à forma como as perguntas são realizadas. Os resultados devem, portanto, ser tratados com algum cuidado. No entanto, os resultados dessas pesquisas demonstram que há uma correlação nos resultados, revelando um alto nível de insatisfação com o sistema de saúde e destacam problemas relacionados ao acesso e aos longos períodos de espera como questões-chave, o que pode responder, em parte, a demanda por planos e seguros privados.

Dado que grande parcela da população brasileira se utiliza do SUS em algum momento, o volume de serviços prestados pelas unidades públicas do sistema fornece uma boa indicação do acesso realizado. A expansão da rede de instalações nas últimas três décadas foi acompanhada por um grande aumento na oferta de serviços pelo sistema público. O número de consultas médicas especializadas e de urgência realizadas entre 2012 e 2017 aumentaram respectivamente em 10,25% e 8,84%.

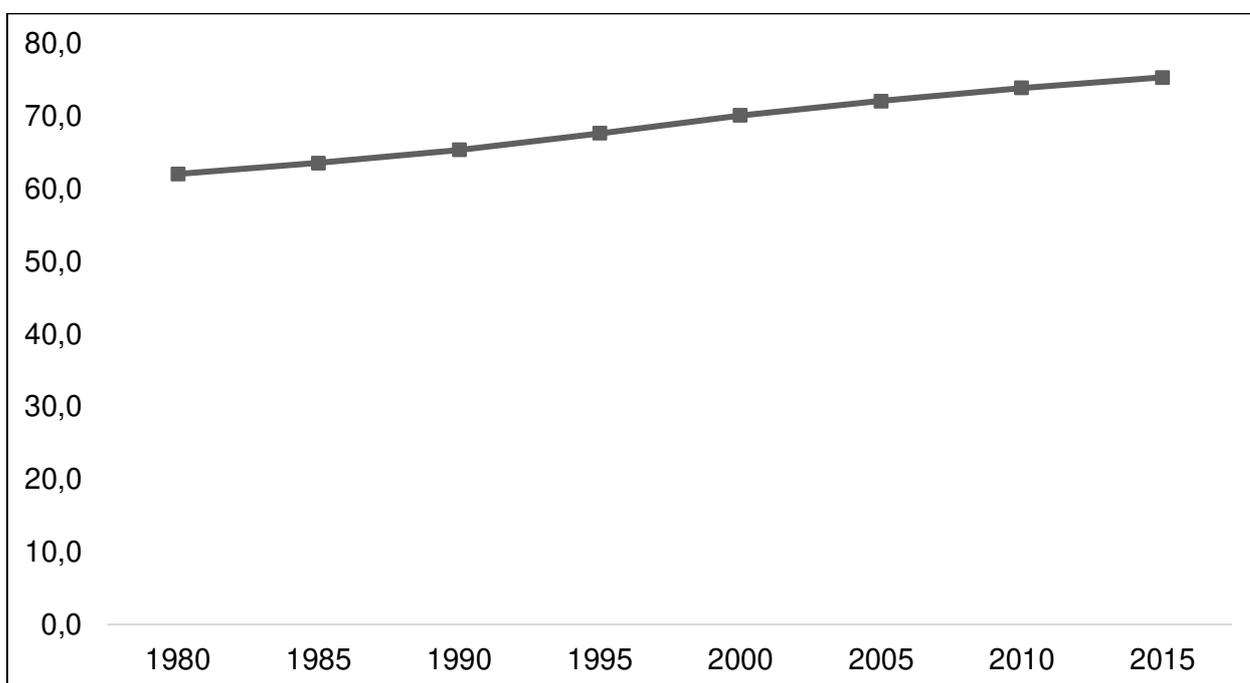
Gráfico 8 – Quantidade de consultas médicas especializadas e de urgência realizadas no SUS, 2012-2017



Fonte: Elaborado a partir do Ministério da Saúde (2019).

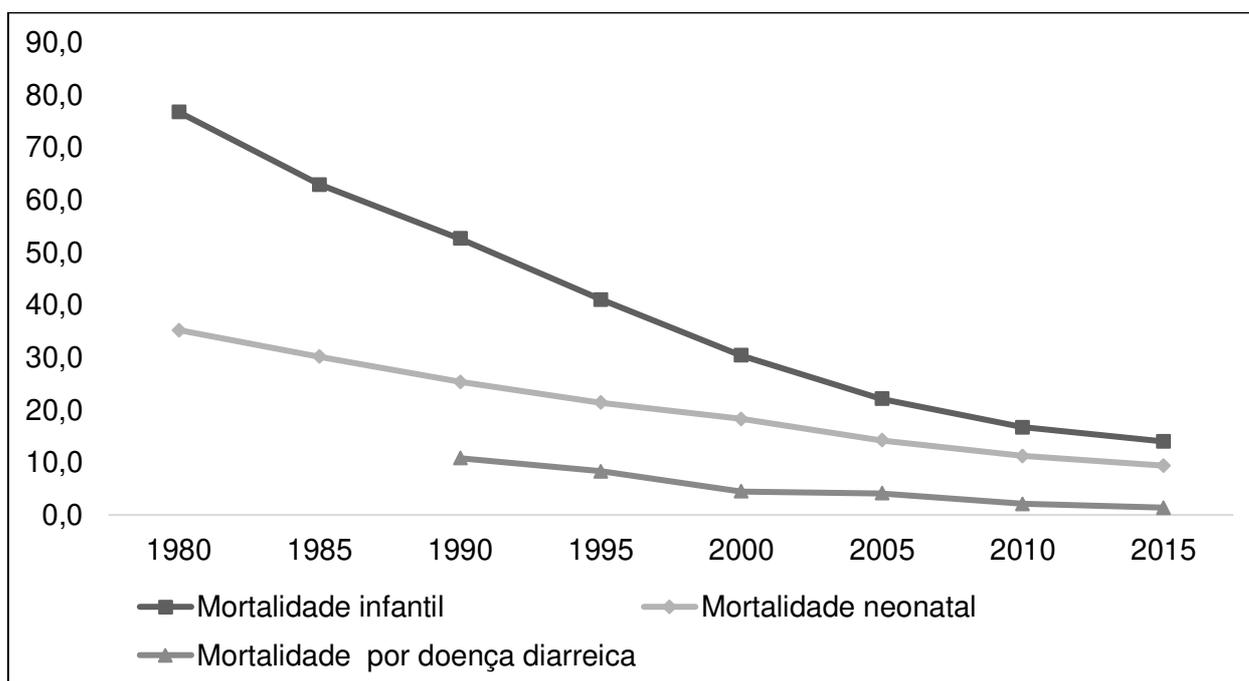
Além dos robustos números de utilização do SUS e o grande volume de serviços prestados, podemos compreender também que o sistema público foi uma importante base para a redução da morbidade e mortalidade. Primeiro, a esperança de vida ao nascer aumentou 13,3 anos, de 62 anos em 1980 para 75,3 em 2015 (Gráfico 9). Em segundo lugar, a mortalidade infantil diminuiu de 76,7 para 14 mortes por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil neonatal caiu de 35,2 para 9,4 mortes por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade por diarreia entre crianças menores de cinco anos diminuiu de 10,8 em 1990, para 1,4 mortes em 2015.

Gráfico 9 – Esperança de vida ao nascer, 1980-2015



Fonte: Elaborado partir de World Bank Data (2019).

Gráfico 10 – Mortalidade infantil, neonatal e por doença diarreica em menores de 5 anos, 1980-2015



Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2019) e PROADESS (2019).

Observados os avanços da APS no Brasil, cabe discutirmos seus principais desafios.

2.6. Principais desafios da atenção primária no Brasil

Desde a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde vem introduzindo mudanças na estrutura da atenção primária dentro do SUS. A maioria dessas mudanças foram fruto da Reforma Sanitária Brasileira e galgaram sua implementação no sentido oposto ao sentido da APS seletiva. A atenção primária no Brasil seguiu outro caminho, tentando obter cobertura universal gratuita através de um sistema público.

Mesmo com avanços importantes, a APS sofre do lado da equidade financeira e de utilização do sistema público como um todo. O quadro se mostra borrado quando analisamos cuidadosamente os padrões de uso. Da mesma forma que qualquer usuário regular do SUS possa vir a pagar por alguns serviços no setor privado, muitos outros usuários que normalmente pagam por planos ou seguros de saúde privados, ocasionalmente recorrem ao SUS. Outras evidências sugerem que a população brasileira “seleciona” os prestadores de serviços de saúde, dependendo do tipo de serviço e de suas circunstâncias. Por exemplo, grande parcela da população utiliza-se do SUS como fonte principal de atendimento para a atenção primária e

serviços mais custosos (hospitalização e terapias de alto custo, como radioterapia, quimioterapia e diálise), mas utilizam-se também do próprio financiamento para realizar consultas gerais, atendimentos odontológicos e demais procedimentos diagnósticos (Bahia, 2018). O fato de o seguro de saúde privado e os gastos diretos continuarem a crescer e representarem uma grande parcela do gasto total em saúde indica que as lacunas da cobertura universal estão presentes no sistema público de saúde ou que as preocupações com a qualidade e conveniência levam aqueles que podem pagar ao setor privado (Tabela 11).

Tabela 11 – Indicadores de gastos públicos e privados no Brasil, 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto total em saúde (em % do PIB)	7,97	7,82	7,82	7,99	8,43	8,91
Gasto público total em saúde (em % do PIB)	45,36	44,82	44,10	44,86	44,50	43,49
Gasto privado total em saúde (em % do PIB)	54,64	55,18	55,90	55,14	55,50	56,51
Gasto total em saúde per capita (US\$ em PPP)	1135,85	1170,46	1203,49	1275,58	1365,29	1391,52
Gasto direto em saúde (em % do gasto total)	29,28	29,19	29,38	28,14	28,06	28,29

Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2019).

Assim, do lado da equidade financeira, muitos problemas associados à distribuição dos recursos ainda permanecem com profundas lacunas. De um lado, o uso de recursos públicos não responde satisfatoriamente às necessidades epidemiológicas e, de outro, os grupos mais pobres gastam mais em proporcionalidade do que os mais ricos em saúde, denotando evidente desigualdade na direcionalidade dos recursos públicos (Mendes, Carnut e Guerra, 2018). Por essas razões a distribuição dos recursos públicos para a atenção primária deve ser objeto de novas políticas públicas que fortaleçam a APS, contribuindo para amenizar a posição do país frente aos indicadores básicos de saúde.

A criação do PAB fixo e variável se mostrou estratégia inteligente, assegurando a melhoria da eficiência no processo de descentralização, com o estabelecimento de indicadores de desempenho, impacto e cobertura para avaliação do alcance das metas de saúde. Mesmo assim, essas medidas não são suficientes para garantir a melhor eficiência na alocação de fontes. A APS carece de critérios epidemiológicos, geográficos e sociais para distribuir os recursos. Por essas razões, o SUS ainda está centrado na atenção hospitalar e nos gastos com saúde orientados

pelas necessidades populacionais de média e alta renda. Por esta razão, as famílias mais pobres comprometem uma parcela substancial de seus orçamentos com pagamentos por medicamentos e assistência médica (Oliveira et al., 2017).

Soma-se ao cenário de baixa eficiência, a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (Brasil, 2016), implementado o “Novo Regime Fiscal” que por vinte anos impõe um teto de gastos para o crescimento das despesas do Estado vinculado à inflação.

No campo da atenção primária, o estudo de Rasella et al. (2019) apresentou que a EC-95 deve reduzir a cobertura da ESF, refletindo no aumento das taxas de mortalidade infantil. A redução da cobertura também deverá afetar a mortalidade de pessoas com até 70 anos, pois o impacto será dado no conjunto de mortes evitáveis, principalmente aquelas causadas por doenças infecciosas. O estudo também mostra um impacto maior nos municípios mais pobres, além de aumento nas desigualdades entre brancos, pretos e pardos. Finalmente, os autores apontam que:

A ESF é um modelo de APS reconhecido internacionalmente que aspira a fornecer as principais características da visão de Alma-Ata [...] incluindo cuidados proativos e contínuos baseados na comunidade que são geograficamente acessíveis e de baixo custo. O Novo Regime Fiscal reduzirá substancialmente a cobertura da ESF e os benefícios associados à saúde, especialmente entre os pobres do país irá prejudicar o progresso em direção aos Objetivos do Milênio, incluindo a realização da cobertura universal de saúde. Nesse sentido, os impactos na saúde e na equidade das políticas de austeridade no Brasil devem ser monitorados de perto para otimizar a aprendizagem política globalmente. (RASELLA et al., 2019, p. 9, tradução livre)

Quanto às dificuldades de atrair e fixar profissionais médicos na atenção primária, o Ministério da Saúde criou em 2011 o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), sua prerrogativa é de alocar equipes de saúde para atuarem em áreas remotas e de extrema pobreza. Segundo Pinto et al. (2014), em 2013 o programa possuía 3.579 médicos, para os quais, como forma de atração e estímulo, o PROVAB proporciona pontuações adicionais em exames de residência médica e bolsas de estudos. Contudo, como demonstram os Gráficos 5 e 6 a iniciativa não foi capaz de solucionar de forma eficaz o problema.

O Programa Mais Médicos (PMM) nasceu em 2013 dessa conjuntura de necessidades somadas ao contexto político (Gonçalves Junior, Gava e Silva, 2017). Alocando, em apenas pouco mais de um ano, mais de 14 mil médicos em 3.785

municípios (Oliveira et al., 2015), sendo que sua principal iniciativa foi admitir a inserção de médicos estrangeiros no país, sobretudo provenientes de Cuba.

Apesar de importante, o PMM sofreu com a extinção do acordo entre o Brasil, Cuba e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O rompimento do contrato se deu de forma unilateral pelo Ministério da Saúde e os médicos cubanos, em sua grande maioria, deixaram o país entre janeiro e fevereiro de 2019. Novos editais foram realizados, com a perspectiva que as vagas ociosas fossem ocupadas por brasileiros, por enquanto, as regiões mais afastadas e, portanto, mais necessitadas desses profissionais, não foram totalmente preenchidas, tornando o problema da carência desses profissionais um dos graves problemas para a implementação da atenção primária de maior qualidade, sobretudo no que se refere ao vínculo.

Em contraste com países que possuem sistemas universais de saúde e onde os GPs estão inseridos dentro da organização destes, Canada, Espanha, Portugal e Reino Unido possuem em média números superiores de médicos por mil habitantes (2,5; 3,9; 4,4; e 2,8, respectivamente) (Tabela 12).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012):

Não existe norma global quanto ao número ideal de médicos, pois a necessidade desse profissional está condicionada à forma de organização do sistema de serviços de saúde e da participação e distribuição de tarefas com outros profissionais na equipe. Ainda assim, a comparação internacional permite mostrar que a oferta de médicos é insuficiente em diversas regiões do país. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 536)

Tabela 12 – Distribuição de médicos por mil habitantes em países selecionados, 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canadá	2,0	-	-	2,5	2,5	2,5
Espanha	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9
Portugal	3,8	4,0	4,1	4,3	4,4	-
Reino Unido	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8

Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2019).

Além da carência dos profissionais médicos e enfermeiros, o país sofre com a existência de filas de espera para atendimento especializado, sendo este um problema recorrentemente citado pelos usuários em pesquisas de opinião (CNI, 2018). Diferentes causas são diagnosticadas pelos especialistas e gestores do SUS para este problema, mas há conexão com a baixa resolução da APS no país (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018). Soma-se a baixa resolutividade os valores pagos pelo

Ministério da Saúde para procedimentos especializados, os problemas de integração na rede, pressão pela demanda por atendimento especializado, absenteísmo e baixa oferta de especialistas em algumas áreas, entre outras dificuldades.

Dessa forma, o monitoramento das filas de espera não é uma prática institucionalizada e depende da organização de cada sistema municipal de saúde, em outras palavras, do fortalecimento das RAS. Municípios que adotarem sistemas informatizados de regulação podem ter acesso e conhecer as listas e os tempos de espera, que ainda não são públicos. As taxas de referência e a qualidade dos encaminhamentos também podem ser monitoradas pelos municípios, dependendo do grau de organização e informatização de seus complexos de regulação do atendimento.

Ainda sob a perspectiva das filas de espera, Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) argumentam que:

Além de problemas estruturais e de provisão de pessoal, a organização dos serviços, a gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho. No caso do pré-natal, apenas 15% das gestantes receberam todos os procedimentos, exames e orientações preconizadas. O exame de mamas foi referido por 56% das gestantes, enquanto os exames ginecológico e da cavidade oral sequer foram dispensados à metade delas.

Para o controle do câncer do colo uterino, 11% das usuárias dos serviços de APS estavam com exames atrasados, e 19% deixaram de receber orientações. A estrutura para esse controle estava adequada para 49% das UBS, sendo a indisponibilidade de espéculos vaginais, fixadores e formulários do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) uma realidade para uma em cada cinco unidades de saúde. Informações referentes a aspectos da organização e da gestão do cuidado revelaram que apenas 30% das equipes podem ser classificadas com processo de trabalho adequado. (FACCHINI, TOMASI e DILÉLIO, 2018, p. 213)

A experiência brasileira da APS demonstra um conjunto diversificado de práticas, embora o arcabouço normativo e regulatório do Ministério da Saúde seja considerável. De forma geral, percebe-se que a concepção, organização e avaliação da APS desde a implementação da ESF e agora de novas eSB são fortemente referenciadas aos trabalhos de Barbara Starfield, cujos atributos essenciais e derivados se tornaram o ponto de encontro para a busca de uma APS fortalecida e integralizada.

Com esse contexto, a PNAB de 2017 demonstrou estar atenta às características do processo de descentralização brasileiro, onde houve considerável grau de autonomia municipal e pouca participação dos estados, contribuindo assim para que a diversidade das experiências de sucesso e mais próximas às necessidades locais e regionais possam ser implementadas com menor risco de financiamento. Por outro lado, essas mesmas características também contribuíram para a multiplicidade de formas de recrutamento profissional, infraestrutura heterogênea e condições de trabalho. Acima de tudo, a excessiva descentralização dificultou a criação de redes capazes de garantir a integralidade do cuidado, o que constitui um importante desafio para o SUS.

No entanto, alguns autores argumentam que a APS apresenta insuficiente graus de coordenação e integração no funcionamento de sua rede para que possa ser realmente estabelecido um sistema como descrito pelas normativas do Ministério da Saúde (Giovanella e Mendonça, 2012; Mendes, 2015; Lavras, 2011).

Mesmo que a difusão e institucionalização que a atenção primária alcançou nas três últimas décadas no Brasil seja inquestionável, alguns pontos parecem fundamentais para a materialização efetiva do discurso e garantia do acesso universal a um atendimento de saúde de qualidade. Tais apontamentos reforçam a dificuldade da implementação da atenção primária no país e reforçam a necessidade de que o país possa espelhar-se em experiências internacionais para melhor compreender a resolutividade de seus problemas.

2.7. Considerações finais do capítulo

Pesquisas avaliativas e literatura sobre a atenção primária revelam que há desafios de vários tamanhos que podem impedir a atenção primária de exercer seu papel de porta de entrada para o SUS e para que os pacientes possam ser recebidos quando o exigem.

No entanto, a implementação de um conjunto de procedimentos depende de diferentes condições nos municípios brasileiros relacionadas à infraestrutura, à disponibilidade de profissionais, à educação permanente, às desigualdades sociais e, também, à concepção sobre o papel da APS no sistema de saúde. Vale destacar que tais condicionantes não minimizam os efeitos positivos da ampliação do acesso e qualificação da APS observada desde a implementação da ESF, que incluiu a diminuição significativa de barreiras geográficas e econômicas em função da

envergadura e capilaridade das UBS e que permitiu o acesso de milhares de novos usuários.

Nosso objeto apresentado neste capítulo focalizou as características da atenção primária como parte do SUS, no entanto, o modelo coexiste com um importante sistema de saúde suplementar. Dessa forma, alguns elementos resgatados pela bibliografia indicam graus de segmentação do SUS e, em especial, da APS. O financiamento público do SUS não conseguiu atingir os valores necessários para condicionar a proposta da universalidade e a segmentação pode ser observada na presença de uma expressiva população coberta pelo sistema privado de saúde, especialmente aqueles grupos sociais que detém maior renda ou que possuem planos e seguros privados de saúde por participarem do mercado formal de trabalho, em última instância, estes grupos têm acesso a serviços e procedimentos em saúde condicionada pela sua capacidade de pagamento. Na atenção primária, existe em algum grau de segmentação entre a população coberta pelo modelo tradicional – sobretudo nos grandes centros urbanos – e pela ESF, que, em geral, apresenta melhores resultados quando avaliada em termos de seus atributos essenciais. As diferenças entre os municípios em termos de rede, infraestrutura e disponibilidade de profissionais também condicionam a oferta e o acesso diferenciado na atenção à saúde, em geral, e na atenção primária.

Pode-se afirmar que o enfrentamento desse quadro de necessidade em saúde exige uma atenção primária altamente qualificada e resolutiva. Desta forma, selecionamos a experiência portuguesa por fornecer elementos que devem compor a APS brasileira.

3. A atenção primária à saúde em Portugal

O sistema nacional de saúde pública, denominado Serviço Nacional de Saúde (SNS), foi criado em 1979 e desde então tem estado na primeira linha da proteção da saúde de todos os cidadãos portugueses de uma forma universal. Mesmo antes da criação do SNS, num período ditatorial, o governo português procurou promover a atenção primária nos serviços de saúde, introduzindo soluções que só seriam confirmadas internacionalmente mais tarde pela Declaração de Alma Ata de 1978.

Em meio ao aparato legal e institucional, essas ações de promoção e prevenção à saúde, permitiram que Portugal evoluísse para um sistema de saúde moderno, promovendo a criação de centros de saúde em todo o país e, assim, sustentando o direito à saúde de forma estruturada e coordenada. Como precursora do SNS, a Constituição da República Portuguesa foi criada em 1976, defendendo o princípio da proteção à saúde de forma gratuita para todos os cidadãos. Assim, o SNS foi criado em 1979 com a incorporação desse princípio constitucional. Este serviço impulsionou a prestação de serviços de saúde, da promoção da saúde e da prevenção de doenças no país e no que diz respeito aos cuidados hospitalares e pós-hospitalares.

O SNS é coordenado centralmente pelo Ministério da Saúde e é composto por um grupo de prestadores regionais e locais de serviços de saúde que trabalham sob a supervisão das Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estas relações resultaram numa melhoria global dos indicadores de saúde da população portuguesa desde o fim da ditadura (1974).

As bases essenciais do SNS não foram modificadas nos últimos 40 anos de história. O sistema continua a oferecer cobertura universal para todos os residentes de Portugal; é regulamentado pelo Ministério da Saúde e continua a ser um sistema público. As principais tendências de mudanças podem ser descritas como: 1971-1979: sua constitucionalização e expansão; 1980-1995: revisões constitucionais e expansão da assistência médica para o setor privado e sem fins lucrativos, tanto no financiamento quanto na privatização, descentralização rápida e aumento no número de profissionais do setor saúde e também de instituições hospitalares e centros de saúde; 1995-2000: inserção das primeiras formas de contratualização de serviços, sobretudo na atenção primária e hospitalar; 2000-2004: experiências com a gestão

privada de unidades de saúde pública, com construção e institucionalização de organismos reguladores; 2005 aos anos atuais: estabelecimento de uma estratégia de saúde pública e a criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF) com mudanças organizacionais na atenção primária e os desafios impostos pela crise econômica ao seu financiamento.

É essencial iniciarmos a discussão com uma contextualização de Portugal, apresentando uma série de dados demográficos e econômicos, sua organização administrativa e alguns indicadores selecionados de saúde. Após essa contextualização, focalizamos a discussão sobre a implementação da atenção primária e em qual direção vem evoluindo nas últimas décadas, procurando identificar os principais avanços, desafios da reforma da atenção primária portuguesa.

3.1. Contextualização de Portugal: características e indicadores selecionados

Portugal está localizado ao lado ocidental da Península Ibérica, no sudoeste da Europa, compreendendo o Continente e dois arquipélagos situados no Oceano Atlântico: os Açores (nove ilhas) e Madeira (duas ilhas principais – Madeira e Porto Santo – mais dois grupos de pequenas ilhas. Sua extensão territorial total é de 92.391 Km² (sendo 88.967,1 Km² em Portugal Continental).

Ao nível da organização administrativa do território, para além da Administração Central, a Constituição da República Portuguesa estabelece, a nível autárquico, a existência de freguesias, municípios e regiões administrativas¹¹. Estas últimas não foram (ainda) criadas¹², mantendo-se a figura do Distrito¹³ enquanto aquela não for concretizada.

¹¹ Art. 236º e Art. 255º a 262º do Capítulo I e IV, Título VIII, Parte III da Constituição da República Portuguesa.

¹² O referendo realizado a 8 de novembro de 1998 aprovou por larga maioria o modelo apresentado de 8 regiões: Entre Douro e Minho, Trás-os-Montes e Alto Douro, Beira Litoral, Beira Interior, Região de Lisboa e Setúbal, Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Algarve. Desde então a questão não foi mais retomada.

¹³ Os Distritos foram criados em 1835 substituindo a anterior divisão administrativa baseada em províncias e comarcas. Sofreu poucas alterações ao longo do tempo: em 1926 é criado o distrito de Setúbal autonomizando-se do distrito de Lisboa; e em 1976 a Constituição, substitui os três distritos das ilhas dos Açores e o distrito da Madeira por autonomias, regidas pelos seus respetivos Estatutos Político-Administrativos. Cada Distrito seria dirigido por um Governo Civil, órgão da administração pública que representa o Governo da República no respectivo território. As suas funções foram diminuindo ao longo do tempo e, em 2011, foram extintos de fato, embora não na Constituição. No entanto continuam servindo de base territorial para medidas de descentralização administrativa por parte do Governo Central. Atualmente existem 18 distritos (Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Guarda, Leiria, Lisboa, Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu) e duas regiões autónomas (Açores e Madeira).

Portugal adotou uma nova Constituição após o golpe militar – que durou de 26 de novembro de 1933 até 25 de abril de 1974 –, estabelecendo uma república democrática, com o Presidente da República, o Parlamento, os demais governos e tribunais sendo suas principais instituições. O mandato presidencial é realizado por sufrágio universal a cada 5 anos, o Parlamento é composto por 230 membros que também são eleitos por sufrágio universal pelo período de 4 anos, com base nos resultados eleitorais e alianças realizadas entre os partidos políticos cabe ao Presidente a nomeação do Primeiro Ministro. O papel do Primeiro Ministro é de recomendar os membros que irão compor o seu governo, estes também são nomeados pelo Presidente.

Portugal realizou eleições gerais em 2011, na sequência da crise econômica financeira e do forte ajuste econômico perpetrado pelas organizações multilaterais (Troika), substituindo o Partido Socialista, de centro-esquerda, no poder desde 2005, por uma coalizão de centro-direita entre o Partido Social Democrata e o Partido Popular. O acordo realizado entre as autoridades portuguesas, a União Europeia e o FMI foi denominado de Programa de Assistência Econômica e Financeira (PAEF), a aliança de centro-direita foi responsável pelos três anos de vigência do acordo (2011-2014), o PAEF tinha como objetivo central melhorar os indicadores econômicos de Portugal, buscando restabelecer a confiança do mercado financeiro internacional e promover o crescimento sustentável do país.

Mesmo sob a vitória nas eleições gerais de 2015, a coalizão de centro-direita não logrou renovar maioria nas cadeiras do Parlamento, ao invés disso ocorreu uma grande coalização de partidos de esquerda permitindo a eleição de um Primeiro Ministro do Partido Socialista. A coalizão formada pelos partidos de esquerda, além dos socialistas, é nomeadamente formada pelo Partido Comunista, os Verdes e o Bloco de Esquerda.

Em consonância com outros países europeus, Portugal teve profundas mudanças demográficas, refletidas no aumento da longevidade e da população idosa e na redução da taxa de natalidade e dos jovens. O número de idosos triplicou nos últimos 20 anos, e espera-se que esta tendência aumente nos próximos anos. Segundo dados do Banco Mundial¹⁴ (2019), Portugal possuía, em 2017, 10.291.027

¹⁴ World Bank Data.

habitantes, espalhados pelos três territórios: Portugal Continental e as Regiões Autônomas de Açores e Madeira.

Desde o último censo demográfico realizado em 2011, a população residente em Portugal diminuiu cerca de 2,38%, além disso a densidade demográfica também caiu de 114,3 habitantes por Km² para 111,6 habitantes por Km². No entanto, a distribuição da população portuguesa é altamente desequilibrada e foi ainda mais ampliada pela migração para as regiões metropolitanas de Lisboa e do Porto, o que contribuiu para a diminuição em regiões predominantemente rurais (Tabela 13).

Tabela 13 – Indicadores populacionais e demográficos de Portugal, 1995-2017

	1995	2000	2005	2010	2015	2017
População total (em milhares)	10.0	10.3	10.5	10.6	10.3	10.2
População com 0-14 anos (% do total)	17,8	16,0	15,4	15,0	14,1	13,6
População com 65 ou mais anos (% do total)	15	16,3	17,2	18,8	20,8	21,5
Densidade populacional (habitantes por Km²)	109,6	112,5	114,8	115,4	113	111,6
Crescimento populacional (taxa de crescimento anual)	0,3	0,7	0,2	0	-0,5	-0,3
Taxa de fertilidade (nascimentos por mulher)	1,4	1,6	1,4	1,4	1,3	1,3*
População urbana (% do total)	51,1	54,4	57,5	60,6	63,5	64,7

*Dado de 2016.

Fonte: Elaboração própria a partir de World Bank Data (2019).

Como retratado anteriormente no Capítulo 1, a crise financeira internacional iniciada em 2008 teve um grande impacto na Europa e Portugal não foi exceção. Com baixo crescimento econômico entre 2001 e 2010, a economia portuguesa registrou três anos consecutivos de recessão. Com a desaceleração da economia, o país passou a ter crescimento nas taxas de desemprego, do subemprego e de pobreza (Tabelas 3, 4 e 5 e Gráficos 1 e 2) em conjunto do aumento na dívida pública. A dificuldade de acesso ao mercado financeiro foi ampliando-se conforme a recessão avançava e os turbulentos resgates gregos e irlandeses eram postos à prova pelos acordos internacionais. Com desequilíbrios macroeconômicos Portugal não obteve respaldo internacional para racionalizar sua dívida pública e privada, optando ao PAEF a partir de 2011.

O PIB per capita a preços constantes de 2011 ficaram praticamente estáveis entre o período de recessão econômica, aumentando consideravelmente nos anos mais recentes, a dívida pública superou os patamares de 100% do PIB,

alcançando em 2017 o valor aproximado de 124,8% do PIB, diminuindo em comparação a 2015, no entanto, ainda é uma das mais altas da UE (Tabela 14).

Tabela 14 – Dados macroeconômicos de Portugal, 1995-2017

	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Dívida pública (% do PIB)	58,3	50,3	67,4	96,2	128,8	124,8*
PIB per capita (PPP de 2011)	8.880	12.484	15.105	17.017	17.359	17.964
Taxa do PIB (%)	4,28	3,78	0,76	1,9	1,82	2,68

*Dado aproximado.

Fonte: Elaborado a partir de Pordata (2019).

Na Tabela 15 estão demonstrados os resultados da evolução da esperança média de vida. Em 1995, esta era de 74,1 anos tendo subido para 80,6 em 2015. A esperança média de vida aumentou 7 anos na população masculina e 5,7 anos na feminina neste período. Contudo, a diferença entre homens e mulheres ainda é bastante elevada, diminuindo apenas de 5,7 anos nos últimos dez anos. Para a OCEDE (2015), essa melhora expressiva foi fruto da ampliação da cobertura da APS e do maior investimento dentro desta esfera.

Tabela 15 – Esperança de vida em Portugal, 1995-2015

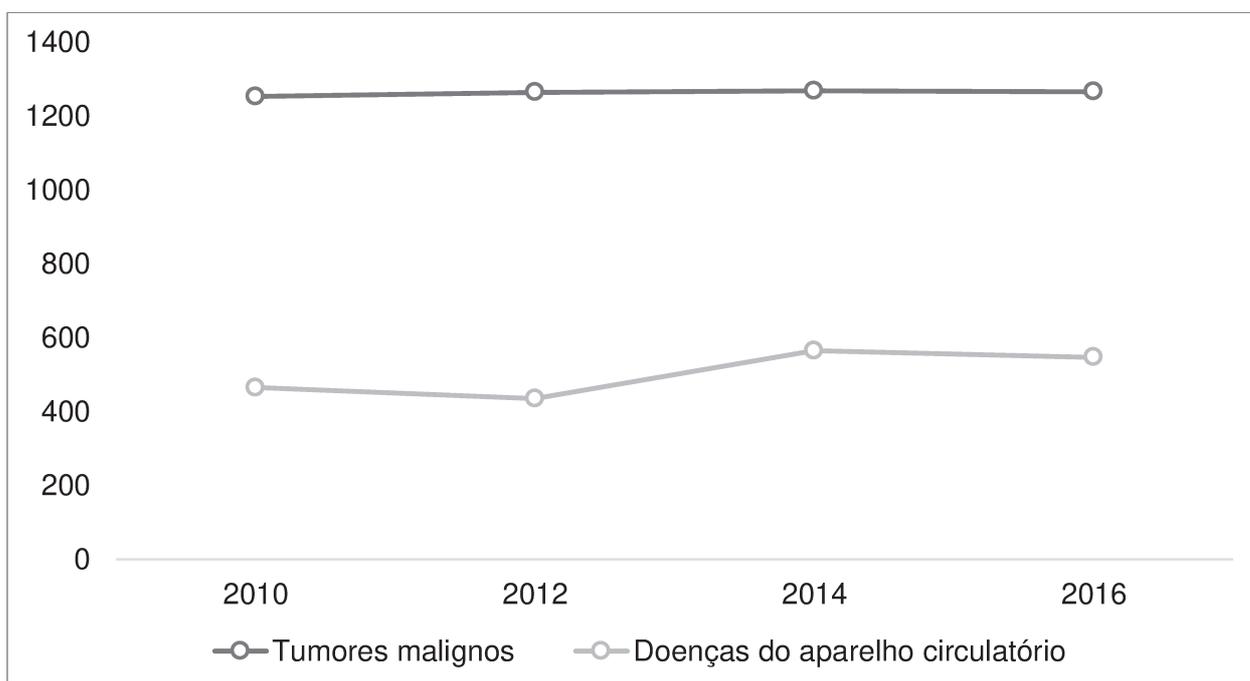
Anos	Total	Homens	Mulheres	Diferença (H-M)
1995	74,1	70,6	77,6	7,0
2000	76,4	72,9	79,9	7,0
2005	78,2	74,8	81,3	6,5
2010	79,6	76,6	82,4	5,8
2015	80,6	77,6	83,3	5,7

Fonte: Elaborado a partir de Pordata (2019).

A taxa de anos potenciais perdidos¹⁵ por doenças do aparelho circulatório foi maior em 2016 (546,6 anos potenciais de vida por 100 mil habitantes), para os tumores malignos o potencial de anos perdidos foi ainda maior, com 1.266,8 por 100 mil habitantes, o que demonstra que os tumores malignos afetam menos pessoas, mas com impacto muito maior em termos de anos potenciais de vida perdidos (Gráfico 11).

¹⁵ De acordo com o INE (2018, p.10), a taxa de anos potenciais de vida perdidos é o número de anos potenciais perdidos em cada 100 mil habitantes. É obtido através do quociente entre os anos potenciais de vida perdidos e a população média (com menos de 70 anos), num determinado período de tempo, normalmente o ano civil.

Gráfico 11 – Taxa de anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, por 100 mil habitantes, Portugal, 2010-2016



Fonte: Elaborado a partir de INE (2019).

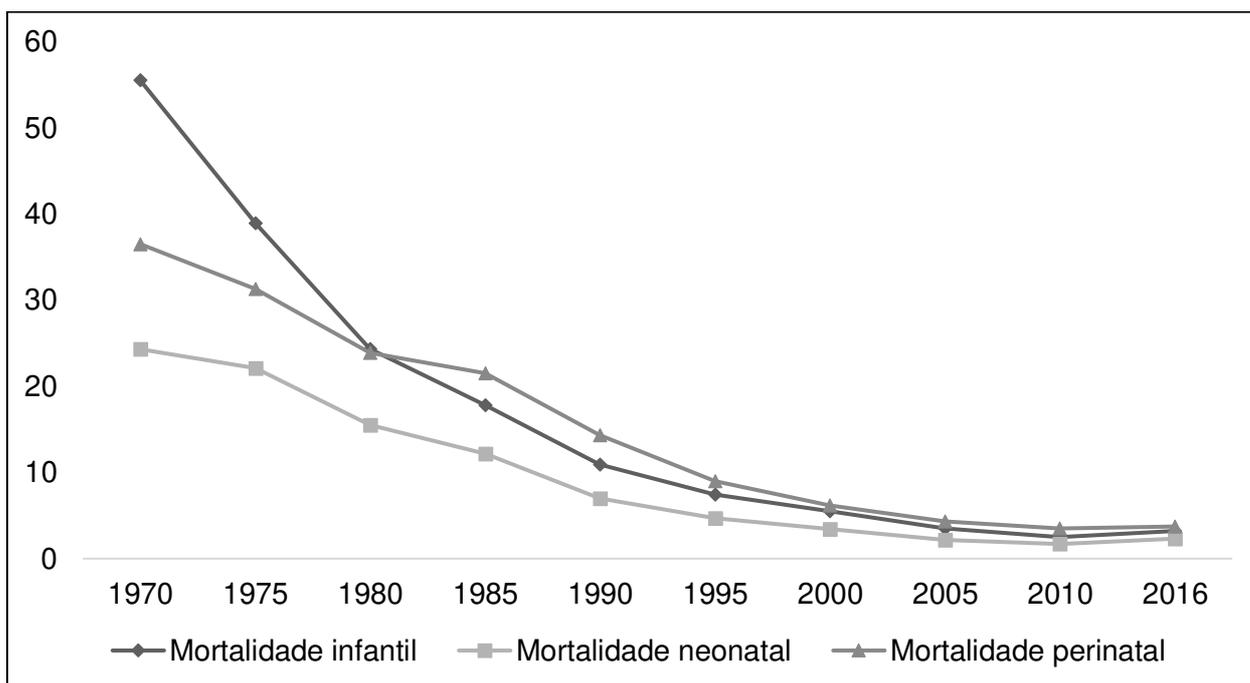
A mortalidade infantil¹⁶ – outro indicador importante da APS - apresentou uma redução robusta, com 55,5 mortes para cada 1.000 nascidos vivos em 1970, para 3,2 mortes em 2016. O mesmo ocorreu com a mortalidade neonatal¹⁷, de 24,3 mortes para cada 1.000 nascidos vivos para 2,3 mortes em 2016 e para a mortalidade perinatal¹⁸, de 36,5 mortes para 1.000 nascidos vivos, para 3,7 mortes. A mortalidade materna¹⁹ também caiu expressivamente nas últimas décadas, passando de 73,4 mortes para cada 100.000 nascimentos em 1970, para 6,9 mortes em 2016. Destaca-se que o baixo número de mortes maternas se deu pelo desenvolvimento de programas verticais para as mulheres grávidas, por exemplo do Programa de Saúde Materno-Infantil, aumento no número de partos realizados por especialistas e, pelo processo de despenalização do aborto. Os Gráficos 12 e 13 abaixo apresentam esses resultados. (OCDE, 2015)

¹⁶ É a taxa de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado território geográfico, no ano considerado.

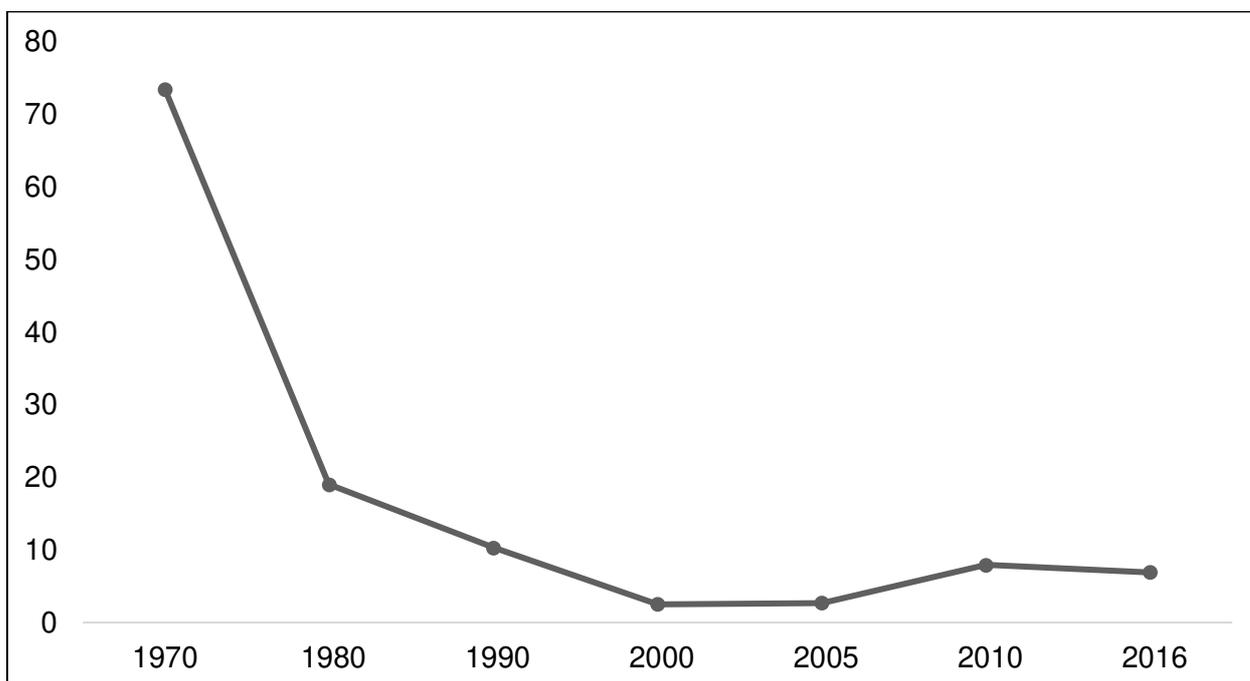
¹⁷ Taxa de óbitos em menores de 28 dias de idade, por mil nascidos vivos, observada em um ano.

¹⁸ Taxa de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) acrescida dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, observada em um ano.

¹⁹ É a taxa de óbitos de mulheres por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, observada em determinado período, normalmente de um ano civil.

Gráfico 12 – Mortalidade infantil, neonatal e perinatal em Portugal, 1970-2016

Fonte: Elaborado a partir de Eurostat (2019).

Gráfico 13 – Evolução da mortalidade materna em Portugal, 1970-2016

Fonte: Elaborado a partir de Pordata (2019).

As principais causas de morte em Portugal em 2016 (últimos dados disponíveis) foram as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, com 29,6% e 24,7%, respectivamente, ambas doenças foram responsáveis por mais da metade (54,2%) de todas as mortes ocorridas naquele ano (Instituto Nacional de

Estatística – INE, 2016). As mulheres são as mais atingidas pelas mortes do aparelho circulatório (55,1%), sendo que a idade média ao óbito foi de 83,7 anos, a dos homens foi de 78,0 anos.

Os tumores malignos foram responsáveis por mais óbitos masculinos (59,6%), com idade média de 73,1 anos para ambos os sexos. As doenças do aparelho respiratório foram responsáveis pela morte 12,1% do total de mortes no país (Tabela 16).

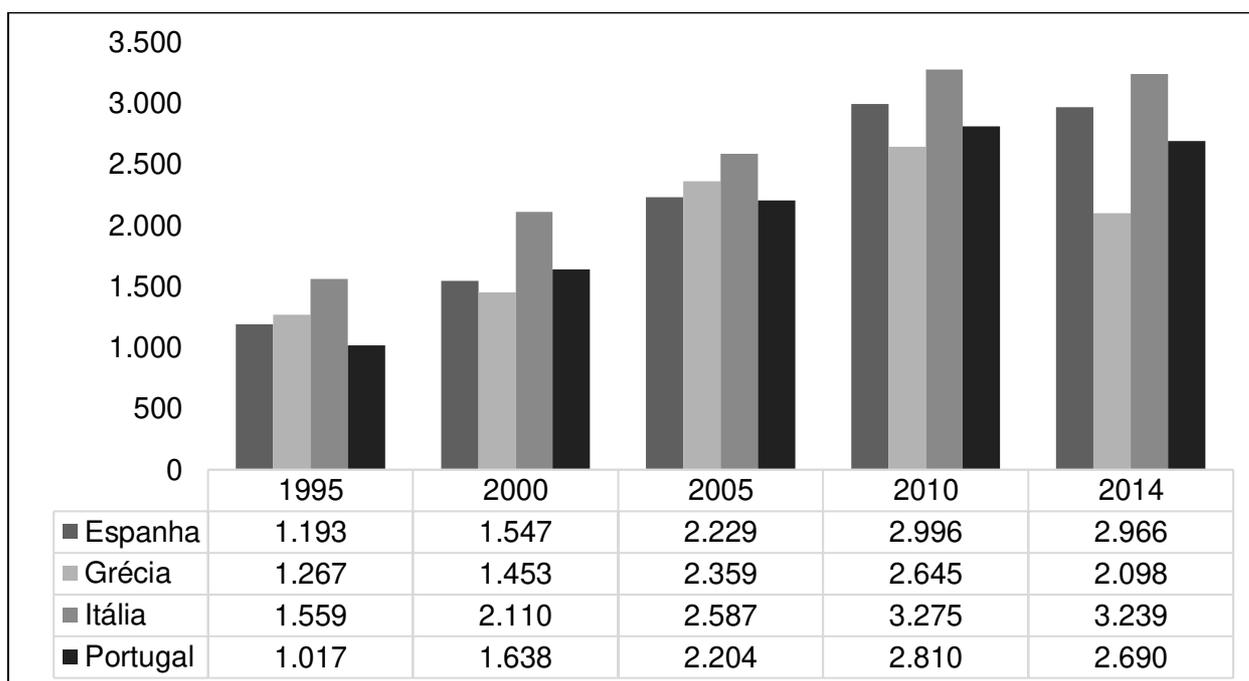
Tabela 16 – Óbitos por doenças selecionadas em Portugal (%), 2015 e 2016

	2015	2016
Doenças	95,5	95,6
Doenças do aparelho respiratório	29,8	29,6
Tumores malignos	24,5	24,7
Doenças do aparelho respiratório	12,4	12,1
Diabetes mellitus	4,0	3,9
Causas de morte externas	4,5	4,4
Acidentes e sequelas	2,4	2,6
Suicídio	1,0	0,9

Fonte: Elaborado a partir de INE (2019).

Em comparação com os demais países da OCDE, Portugal não apresenta gastos per capita elevados em saúde. Em 2014 os gastos eram de U\$ 2.619 per capita em poder de paridade de compra (PPC), em comparação com a média da OCDE de U\$ 3.322 per capita. Em outra comparação, esta realizada com os países do Sul da Europa (Espanha, Grécia e Itália), Portugal apresentou uma relativa melhora em seus gastos per capita em saúde. Em 1995 os gastos eram de U\$ 1017 per capita, o que representava o menor gasto dentre os quatro países. O cenário começa a mudar a partir de 2000, com os gastos per capita de U\$ 1.638, ultrapassando a Espanha (U\$ 1.546) e a Grécia (U\$ 1.453), respectivamente. Entre 2010 e 2014, o gasto per capita diminuiu, mercê das políticas de austeridade, tendo passado de U\$ 2.810 para U\$ 2.689. O Gráfico 14 contém esses dados.

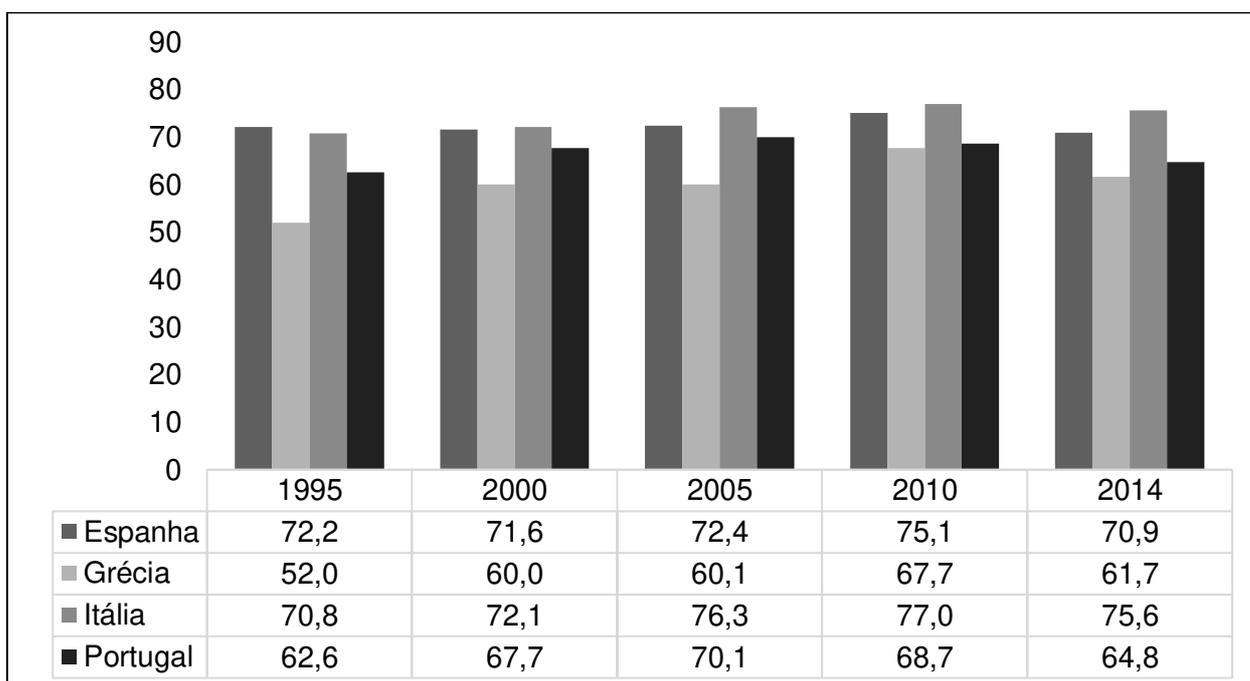
Gráfico 14 – Evolução dos gastos per capita em saúde - Espanha, Grécia, Itália e Portugal, 1995-2014



Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2019).

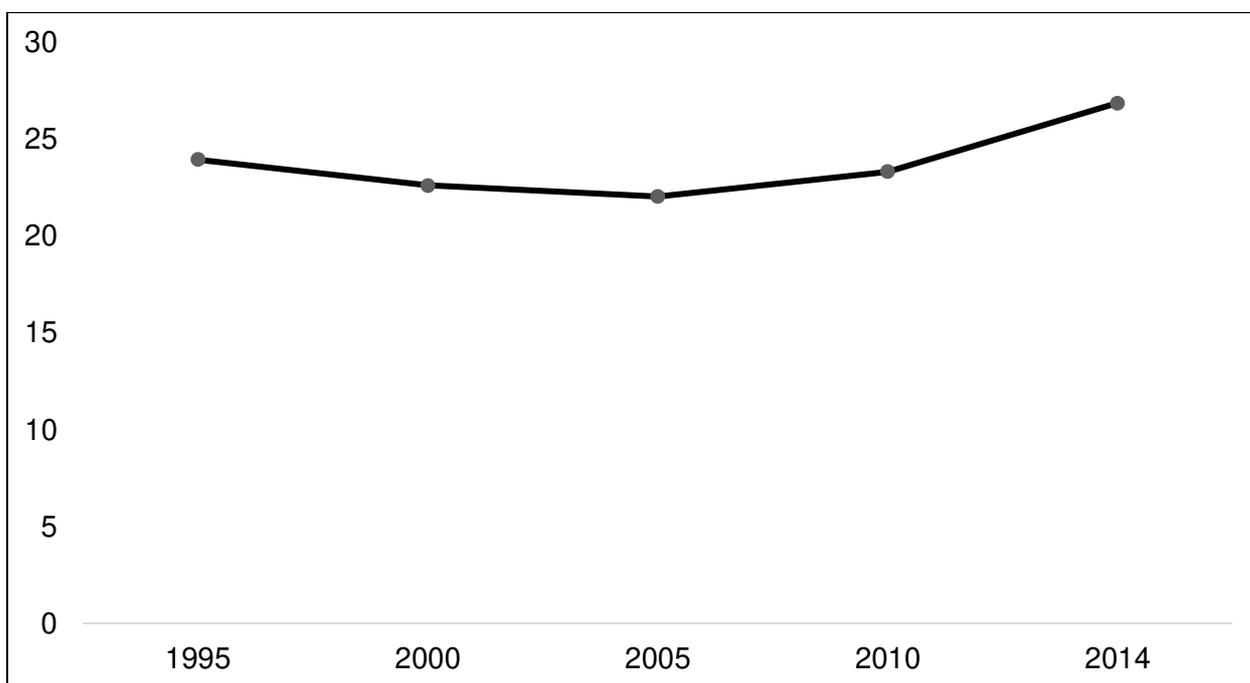
O SNS é financiado principalmente pelo setor público. A progressividade do sistema é moderada, com regressividade a partir da década de 1980 (Oliveira e Bevan, 2003 apud Ferrinho et al., 2014, p. 99). Dentre os quatro países do Sul, Portugal aparece como o terceiro que mais gastou seus recursos públicos em saúde, muito embora, desde 2005, o financiamento público venha sucessivamente perdendo capacidade frente ao gasto privado. Nessa situação, os gastos diretos (*out-of-pocket*) com a saúde aumentaram 3,5 p.p. entre 2010 a 2014 (passando de 23,3% em 2010, para 26,8% em 2014), tornando-se um fator de empobrecimento para famílias que possuem doentes crônicos, crianças ou pessoas com incapacidades (Gráficos 15 e 16). Junta-se a esta pressão financeira a diminuição da oferta de serviços públicos em um cenário de transição epidemiológica, o que possivelmente irá encarecer ainda mais os serviços prestados pelo SNS (OCDE, 2015). Diante deste panorama, o fortalecimento da APS é imprescindível.

Gráfico 15 – Evolução do gasto público em saúde (%) na despesa total em saúde, 1995-2014



Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2019).

Gráfico 16 – Evolução dos gastos diretos com saúde (*out-of-pocket*), 1995-2014

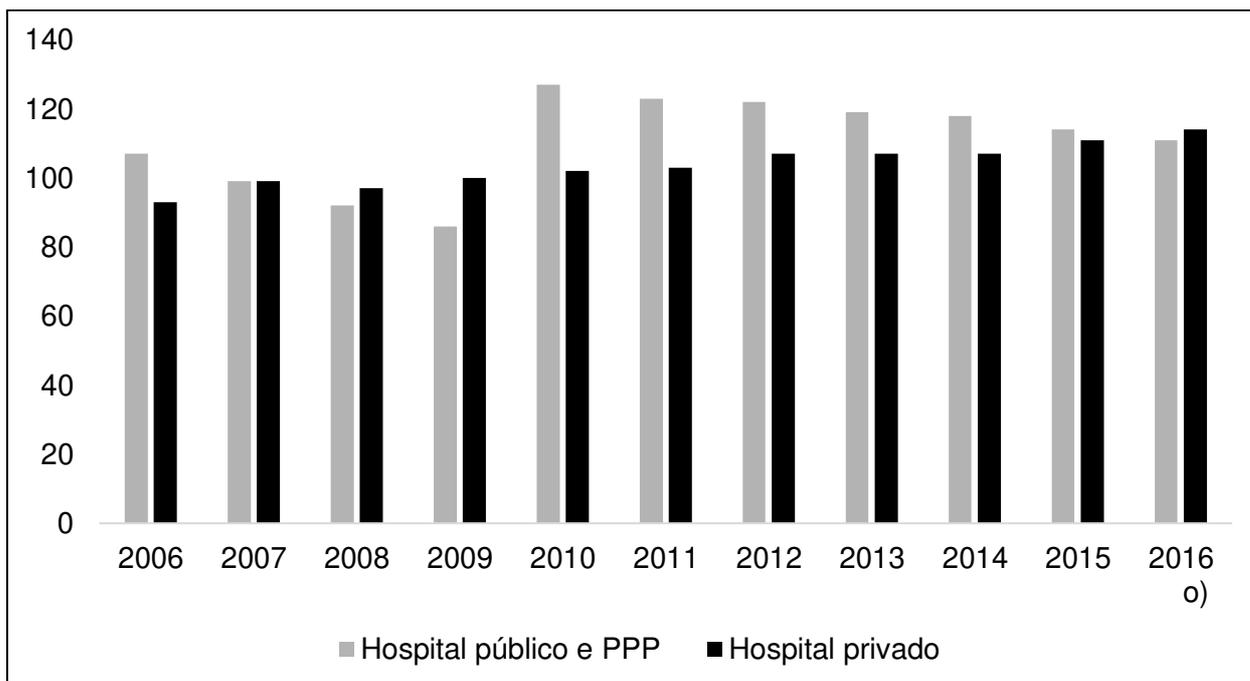


Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2019).

Há cada vez mais hospitais privados em Portugal, dos seus 225 hospitais, 111 são pertencentes ao Estado ou estão realizando parceria público-privada (PPP). Os hospitais públicos são repartidos em: 101 hospitais de acesso universal e 6

hospitais militares ou prisionais, segundo a publicação mais recente do INE²⁰ (2018), os hospitais privados atingiram a marca de 114 unidades, superando pela primeira vez o número de hospitais pertencentes aos serviços do SNS. Os atendimentos de urgência continuam sendo realizados em sua grande parcela pelos hospitais públicos ou em PPP (84,2% dos atendimentos em serviços de urgência).

Gráfico 17 – Número de hospitais públicos ou em PPP e privados em Portugal, 2006-2016

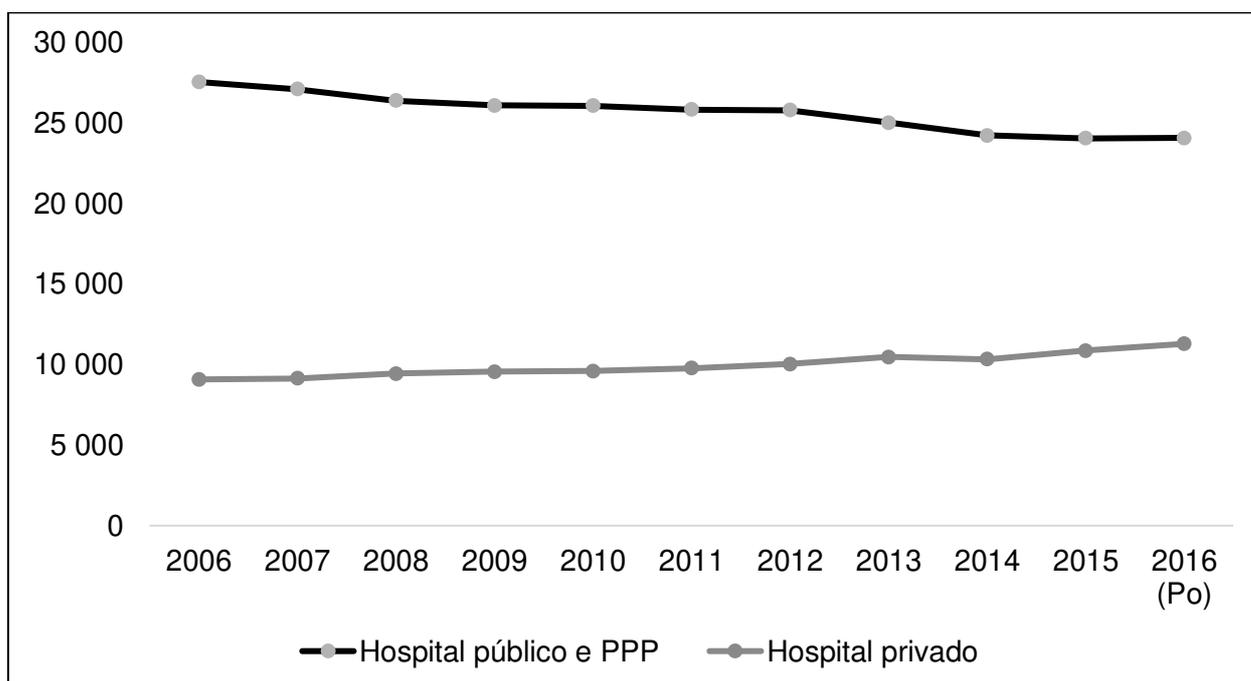


Fonte: Elaborado a partir de INE (2019).

O número de leitos hospitalares esteve em queda nos últimos 10 anos, crescendo apenas em 2016 e em número pequeno (mais 29 leitos que em 2015). Os hospitais privados continuaram na tendência de crescimento no número de leitos disponibilizados, saindo dos 10.863 para 11.281, uma taxa de acréscimo de 3,8% (Gráfico 18).

²⁰ INE. Estatísticas de 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/Fnv4QX>>.

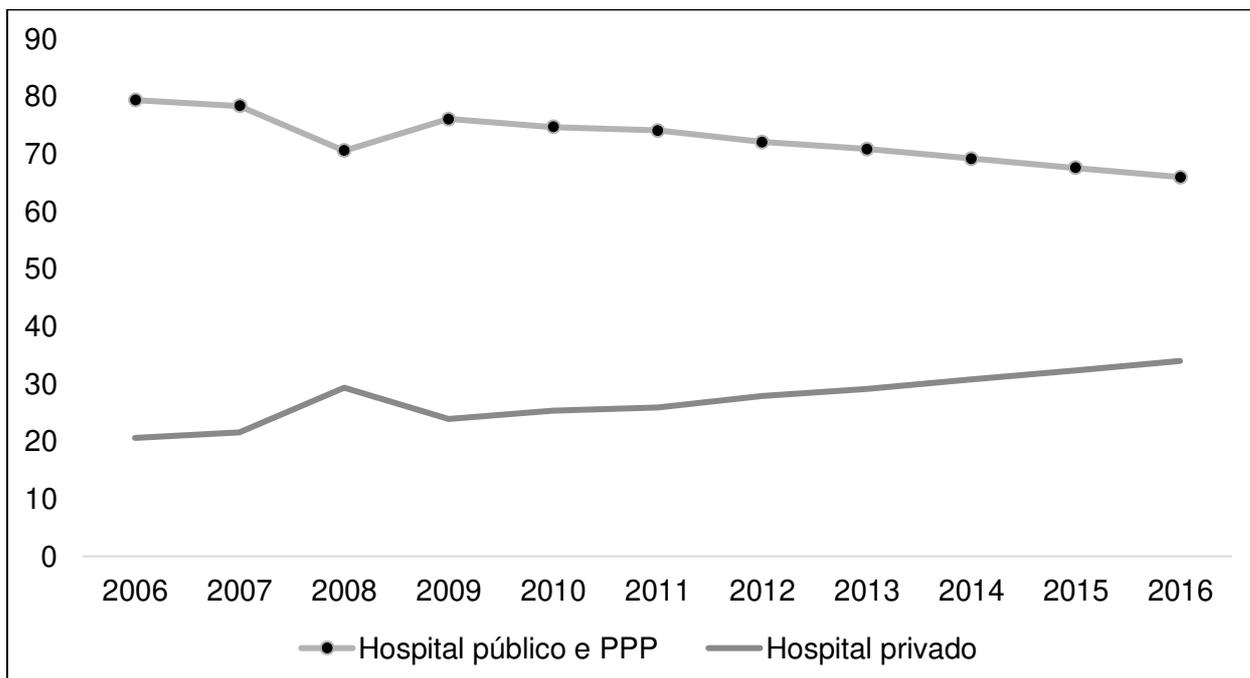
Gráfico 18 – Número de leitos hospitalares segundo natureza institucional em Portugal, 2006-2016



Fonte: Elaborado a partir de INE (2019).

Ainda com os dados disponibilizados pelo INE (2018), é possível compreender o aumento no número de consultas médicas nos hospitais privados desde 2009, sendo 34% do total de consultas realizadas em 2016. De outro lado, o número de consultas realizadas pelos hospitais públicos e PPP vem diminuindo, passando de 79,4% do total de consultas realizadas em 2006 para 66% em 2016 (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Número de consultas médicas realizadas por hospitais segundo a natureza institucional em Portugal, 2006-2016



Fonte: Elaborado a partir de INE (2019).

Ainda no âmbito das consultas realizadas em 2016 pelos hospitais públicos ou em PPP foram: oftalmologia (8,0%), ginecologia-obstetrícia (7,1%) e ortopedia (6,5%). Para os hospitais privados foram: ortopedia (13,3%), oftalmologia (8,9%) e ginecologia-obstetrícia (7,2%) (Tabela 17).

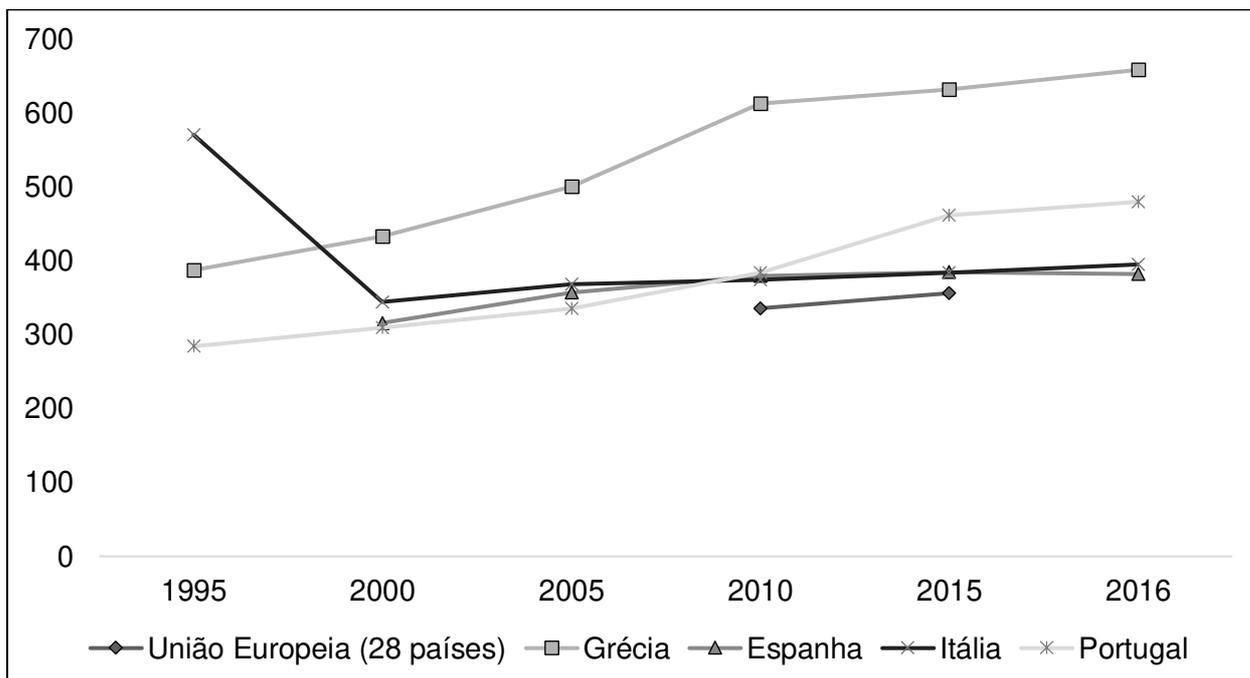
Tabela 17 – Consultas médicas realizadas por hospitais em Portugal, segundo a natureza institucional e a especialidade

	Hospital público e PPP	Hospital privado
Especialidade	%	%
Ortopedia	6,5	13,3
Oftalmologia	8,0	8,9
Ginecologia-obstetrícia	7,1	7,2
Pediatria	5,1	5,4
Cirurgia geral	6,4	2,8
Otorrinolaringologia	4,2	6,5
Medicina interna	5,0	3,1
Psiquiatria	5,2	1,9
Medicina física e de reabilitação	2,6	6,6
Dermatologia	3,0	4,9
Cardiologia	3,7	3,3
Hemoterapia	4,1	0,0
Outras especialidades	38,9	36,0
Total	100	100

Fonte: Elaborado a partir de INE (2019).

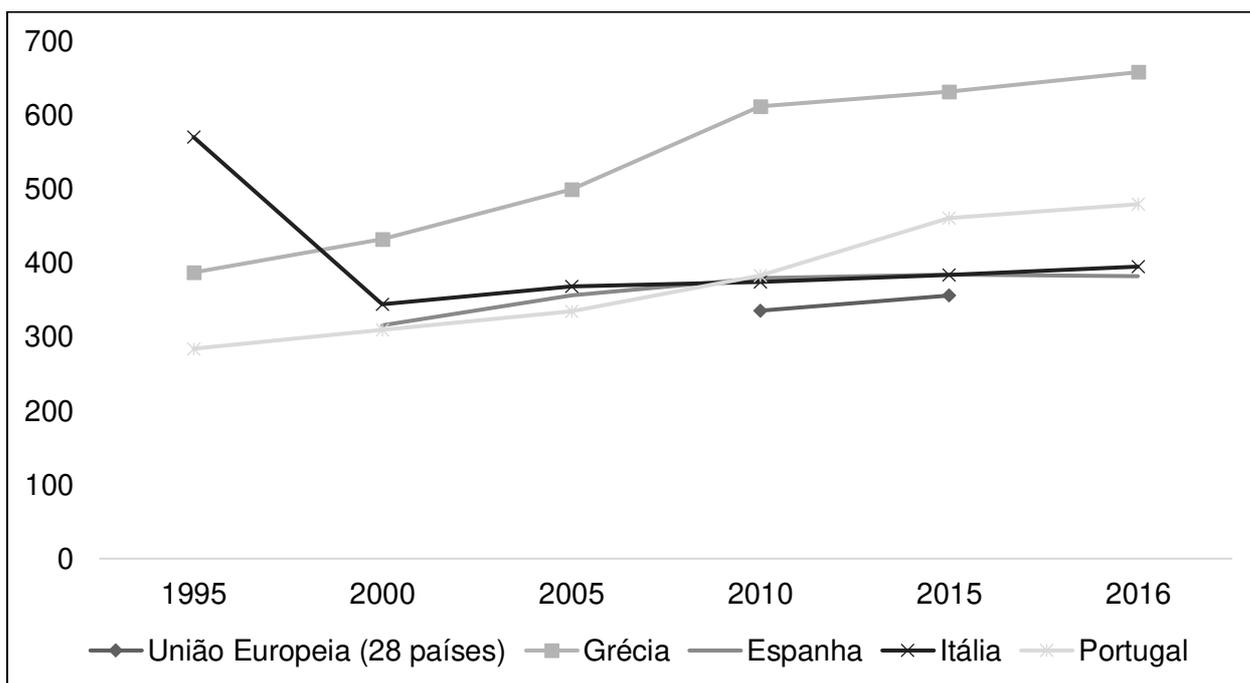
O número de médicos aumentou em relação a 2015, tendo-se registrado 50.239 médicos, sendo 61% especialistas (habilitados em exercer, pelo menos, uma especialidade em medicina) e 39% (30.669) generalistas. O aumento se deu, especialmente, no registro de médicos generalistas, crescimento de 0,7% em comparação a diminuição de especialistas entre 2015-2016. Os dados reforçam a presença de mulheres em mais da metade dos postos médicos (54,2% do total), dentre a natureza institucional, 20.993 mil médicos estavam trabalhando no serviço público ou em PPP hospitalar (41,7%), enquanto apenas 6,1% estavam localizados nos hospitais privados. Houve um salto também na proporção de médicos por habitantes, passando de 284 por 100.000 habitantes em 1995 para 480 médicos em 2016, número acima da média da UE (356 médicos por 100.000 habitantes em 2015) e o segundo dentre os países do Sul da Europa, atrás da Grécia com 658 médicos e à frente de Espanha (382) e Itália (395) (Gráfico 20). (INE, 2018)

Gráfico 20 – Número de médicos por 100.000 habitantes em Portugal e países selecionados, 1995-2016



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat (2019).

Em contrapartida, a situação dos profissionais de enfermagem é bem diferente. O número relativo de enfermeiros está bem acima da média da UE (356 enfermeiros para 100 mil habitantes). Segundo Simões et al. (2017, p. 91), o número maior de tarefas que podem ser realizados por enfermeiros têm aumentando continuamente nos últimos anos, o que permite contribuir para uma menor proporção, contudo os autores salientam da importância do fortalecimento no número de enfermeiros e que esse movimento continue nos próximos anos, sendo este “um dos principais desafios para a próxima década, ainda não traduzido em ações de política, é a redefinição de papéis para os profissionais da saúde”. Portugal possui a segunda maior proporção de enfermeiros para 100.000 habitantes (658) quando comparado aos demais países do Sul da Europa: Espanha (382), Grécia (658), Itália (395) e a média da UE (356) (Gráfico 21).



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat (2019).

Simões et al. (2017, p. 92) reforçam que desde 1998 houve – ao contrário dos médicos – uma preocupação política em torno do desenvolvimento da enfermagem, incluindo a expansão da licenciatura nas universidades e a abertura de pelo menos uma escola de enfermagem financiada com recursos públicos por distrito.

Com o contexto português exposto, aprofundamos acerca do desenvolvimento da atenção primária.

3.2. Contexto, evolução e principais desafios da experiência portuguesa na atenção primária

Como descrito no tópico anterior, o sistema de saúde português é caracterizado por manter praticamente três subsistemas de saúde sobrepostos: o SNS; modelos de planos e seguros de saúde para certos profissionais do mercado de trabalho; e, finalmente, os seguros e planos de saúde privados voluntários. A maioria da população portuguesa recebe assistência médica do SNS, sendo sua cobertura universal e próxima da gratuidade, sendo financiado por impostos gerais.

Em Portugal, a atenção primária tem uma história de cerca de 40 anos. Nessas quatro décadas, o SNS e a APS sofreram inúmeras reformas, o que torna necessária a compreensão acerca de sua evolução. É importante distinguir dois

períodos distintos: o primeiro, entre 1974 e 2004, quando foram criadas a primeira, segunda geração de centros de saúde e o segundo, de 2005 até agora.

3.2.1. De 1971 até 2004: primeiras iniciativas na atenção primária

Barros, Machado e Simões (2011, p. 17-20) fortalecem as definições acerca do desenvolvimento de um sistema de proteção social em Portugal aos moldes conservadores de França e Alemanha, especialmente a partir da década de 1940 com o crescimento da indústria portuguesa. A progressão da provisão de cuidados de saúde com benefícios aos trabalhadores do setor formal e de seus dependentes – posteriormente incluídos –, se deu através de seguros sociais, financiados através de contribuições compulsórias dos empregadores e empregados, com a oferta de serviços básicos de saúde curativos e ambulatoriais em segundo plano. A expansão do sistema de proteção social alcançou aos demais trabalhadores e seus dependentes de forma gradativa, sobretudo com as reformas entre às décadas de 1960 e 1970.

No campo da saúde, o Estado não assumiu a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde à população, apenas a partir de 1971 com a aprovação do Decreto-Lei 413/71, de 27 de setembro (conhecido como a “reforma de Gonçalves Ferreira”) que o direito à saúde dos cidadãos foi reconhecido. Anteriormente a provisão dos serviços ficava concentrada apenas em subsistemas independentes, fragmentados e não coordenados. De fato, a maior parte dos serviços de saúde era fornecida por hospitais de caridade (“Santas Casas de Misericórdia”), unidades de assistência social, postos de saúde ou entidades privadas. A Tabela 18 fornece os números institucionais da área da saúde em Portugal em 1970.

Tabela 18 – Instituições de saúde em Portugal em 1970

	Geral	Especialidades	Total
Instituições com hospitalização	480	154	634
 Governamental	87	84	171
Santas Casas de Misericórdia	273	11	284
 Privadas	116	44	160
Outas entidades	4	15	19

Fonte: Elaborado a partir de OCDE (1994).

Os centros de saúde tornar-se-iam referência na oferta de serviços de vacinação, do acompanhamento da saúde de grávidas e crianças e de atividades próprias de vigilância sanitária. No entanto, os serviços ficaram limitados a oferecer assistência apenas para a população mais vulnerável e que não possuía acesso ao

mercado de trabalho e que, portanto, não estava coberta pelos Serviços Médico-sociais das Caixas de Previdência (Miguel e Brito de Sá, 2010).

Nesse contexto, desenham-se dois modelos de intervenção na saúde: o primeiro era focalizado em programas e ações de promoção e prevenção, com a disponibilidade de programas verticais; o segundo modelo era centrado nos usuários que demandassem atendimentos expressos, o que se traduziu “em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planejamento por objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa” (Branco e Ramos, 2001, p. 6). A razoável complementaridade que se desenvolveu entre ambos os modelos se refletiu numa melhora nos indicadores de saúde - em especial o materno-infantil e da incidência de doenças evitáveis pela maior cobertura de vacinação.

Portanto, a reforma de 1971, embora jamais totalmente implementada, deu prioridade à prevenção sobre a cura e procurou integrar a política de saúde no contexto de políticas sociais mais amplas, isto é, incluir a proteção da família e das pessoas em vulnerabilidade e outras atividades de bem-estar social relacionadas com a saúde, fornecendo as bases para o futuro da atenção primária em Portugal.

Mesmo diante de esforços na atenção primária de grande envergadura, Portugal antes de implementar o seu sistema público de saúde detinha vários problemas que Barros, Machado e Simões (2011, p. 20) resumem em:

- Assimetrias entre a distribuição geográfica de centros de saúde, hospitais e de recursos humanos;
- Carência de saneamento, especialmente em regiões rurais e/ou economicamente vulneráveis;
- Embora não existisse até aquele momento dados concretos sobre a cobertura populacional pelos serviços de saúde pública (58%, segundo Campos e Simões, 2014), a maioria dos estudos apresentavam uma cobertura não universal, segmentada conforme rendimentos;
- A tomada de decisão sobre as mais diversas políticas de saúde eram centralizadas;
- Pouca avaliação quanto aos provedores e instalações privados e públicos, com ausência de coordenação entre estas instituições;

- Disparidade quanto aos benefícios entre os diversos grupos sociais e com múltiplas fontes de financiamento;
- Discrepância entre a legislação, a política e a prestação efetiva de serviços de saúde; e
- Baixa remuneração aos profissionais do setor saúde.

O advento democrático de 25 de Abril de 1974 foi o marco histórico que permitiu tanto o fim do colonialismo português, como o rompimento com quase cinco décadas de regime político autoritário, que tinha moldado um país com uma industrialização tardia e incipiente, uma economia dependente de matérias-primas e de mercado com as antigas colônias, com restrição das liberdades políticas e um sindicalismo tutelado pelo regime corporativo e um sistema de proteção social praticamente inexistente. (GAVA e DIAS, 2018, p. 20)

A partir de 1974, o Estado passou a tutelar os hospitais distritais e centrais pertencentes anteriormente pelas instituições de caridade. Os hospitais locais foram incorporados aos serviços de saúde pública logo em seguida, em 1975. Em 1977, o Estado passou a controlar e se responsabilizar por aproximadamente dois mil centros ou unidades de saúde distribuídos por todo o território nacional. (BARROS, MACHADO e SIMÕES, 2011, p. 20)

Com a criação do SNS, em 1979, assistiu-se à constituição da nova carreira médica de clínica geral e à junção dos primeiros centros de saúde com os postos herdados das antigas Caixas de Previdência, aglutinando a infraestrutura material, humana e cultura organizacional, no que se convencionou chamar de “centros de segunda geração”. No curto prazo, os novos centros de saúde mostraram-se eficientes: na melhoria da acessibilidade a consultas e no aumento das visitas domiciliares; e numa melhoria geral do cumprimento dos objetivos traçados para a prevenção à saúde, como no caso da área materno-infantil (SAKELLARIDES, 1979 apud BRANCO e RAMOS, 2001).

O Decreto-Lei nº 254/82 reforçou o processo de descentralização e foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Tratam-se de organismos sob a tutela do Ministério da Saúde, mas com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio que assumem funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do

funcionamento das instituições e serviços prestados pelas demais instituições de cuidados de saúde²¹.

Os centros de segunda geração não obtiveram sucesso esperado. Dentre os principais problemas detectados estavam a “falta de enfoque no usuário, gestão afastada dos problemas do território, organização focada essencialmente nos seus problemas internos e déficit acentuado dos sistemas de informação” (Soranz e Pisco, 2017, p. 681). Dificilmente os objetivos de garantir o aumento da acessibilidade e melhorar a satisfação de usuários e dos profissionais da saúde em conjunto com um incremento da eficiência dos serviços poderiam ser alcançados sem uma reforma de reorientação do modelo assistencial na atenção primária.

Durante a década de 1990 são desenvolvidas algumas experiências que fornecerão inspiração para a elaboração da reforma de 2005. A mais relevante foi sem dúvida o Projeto Alfa, implementado na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em 1996. O objetivo era de fortalecer as equipes de profissionais com a permissão de criarem modelos de trabalho em grupo, substituindo a burocrática e insuficiente forma de remuneração das equipes.

Dos 30 grupos criados, apenas 15 seguiram adiante com o projeto. Para Conceição et al. (2005 apud Miguel, 2013, p. 88), as motivações que levaram as equipes de trabalho a permanecerem no Projeto Alfa foram: autonomia da gestão de trabalho; a experiência e conhecimento da equipe na territorialidade; o trabalho em equipe; o foco na satisfação na resolução das necessidades dos pacientes e dos profissionais; a melhora na acessibilidade e da cobertura, sobretudo aos pacientes que não tinham médicos de família; e, finalmente, ter maiores responsabilidades e meios de trabalho para alcançar os objetivos de melhoria de qualidade e acesso.

O Projeto Alfa foi amplamente avaliado por instituições externas (trabalhos acadêmicos, documentos do Ministério da Saúde e relatórios de instituições do setor saúde) e internas. Assim, houve uma necessidade de se promover um debate acerca da remuneração mais justa para as equipes de saúde que apresentavam melhores resultados (Branco e Ramos, 2001).

²¹ Posteriormente modificado pelo Decreto-Lei nº11/93 de 15 de Janeiro. Em 1982 são criadas ARS para cada um dos 18 distritos de Portugal Continental. Em 1993, estas são fundidas em cinco Regiões de Saúde, a saber: ARS do Norte (Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real); ARS do Centro (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu), ARS de Lisboa e Vale do Tejo (Lisboa, Santarém e Setúbal), ARS do Alentejo (Évora, Beja e Portalegre) e ARS do Algarve (Faro). As cinco regiões correspondem a Unidades de Nível 2 da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), desenvolvida pela União Europeia.

O Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de Maio, acompanhou os desdobramentos do Projeto Alfa e deu a permissão de criação do Regime Remuneratório Experimental (RRE) aos médicos de clínica geral, baseado em critérios de capacidade ajustada aos pacientes inscritos em suas respectivas listas e em um número selecionado de fatores de desempenho: “O objetivo seria o de permitir que pequenos grupos de profissionais criassem novos modelos de trabalho, com formas de retribuição mais justas, ligadas ao desempenho e à complexidade das situações cobertas e com a responsabilidade de responder personalizadas à procura dos utentes inscritos” (Campos e Simões, 2011, p. 189).

O Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, reconheceu os centros de saúde como as principais entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população. Consequentemente, o Governo português considerou adotar a personalidade jurídica para esses centros, dando maior autonomia administrativa, financeira e técnica. Essa mudança é considerada o terceiro modelo de centros de saúde (Campos e Simões, 2011).

O quarto momento inicia-se em 2003 com a aprovação do Decreto-Lei 60/2003, de 1 de Abril, que tinha como objetivo implantar um novo modelo para a organização dos cuidados primários. A celebração de contratos entre os centros de saúde e entidades públicas ou privadas (com ou sem fins lucrativos) era a principal alteração no modelo, além de se basear em critérios de produtividade e qualidade de desempenho das equipes dos centros de saúde. Dando prosseguimento à avaliação dos centros de saúde com RRE, foi realizado, em 2004, o Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Direção-Geral da Saúde²².

O Relatório da Direção-Geral da Saúde, apresenta em sua conclusão:

A experiência confirma a hipótese de que contratualizando um regime remuneratório específico associado a um modelo inovador de organização da prestação de cuidados em que se entrega nas mãos de profissionais a capacidade para se auto organizarem, apresentando objetivo e metas concretas e comprometendo-se com a sua execução, é possível obter maior rigor no desempenho, maior responsabilidade individual e da equipe, pelo grau de eficiência obtido, com ganhos evidentes em qualidade associados a uma racionalização

²² Na primeira avaliação das unidades que participaram do RRE, foram utilizados indicadores como: (i) número de pacientes inscritos por médicos; (ii) média de visitas domiciliares médicas por 1.000 inscritos; (iii) número de consultas agendadas/programadas em cada unidade; (iv) horário diferenciado de consultas agendadas/programadas; e média de consultas por crianças de 12 aos 23 meses (DIREÇÃO-GERAL da SAÚDE, 2004).

da utilização de recursos (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2004, p. 113).

O quinto modelo de organização do sistema dos cuidados de saúde será desenvolvido com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (CSP, equivalente no Brasil a APS) em 2005 e com a implantação de novas unidades de saúde.

3.3. A reforma da atenção primária: 2005 a 2010

Dentre os objetivos da Reforma de 2005, Biscaia e Heleno (2017, p. 702-703) enumeram alguns específicos: “a melhoria na acessibilidade aos pacientes, na pontualidade dos atendimentos, na satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde, e no conforto na utilização dos serviços pelos pacientes e dos trabalhadores”.

Com os objetivos traçados, foi desenvolvida a Missão que teve um papel essencial para a implementação da Reforma de 2005 (Biscaia e Heleno, 2017; Soranz e Pisco, 2017; Pisco, 2011; Monteiro et al., 2017a). O Quadro 4 abaixo apresenta uma síntese das principais tarefas exercidas pela Missão no período de 2005 até 2010.

Quadro 4 - Síntese das tarefas da Missão dos Cuidados de Saúde Primários

Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde de terceira geração em USF, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde;
Desempenhar funções de natureza avaliadora. Reguladora de conflitos e de apoio efetivo às candidaturas das USF;
Propor orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humano, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas USF;
Elaborar os termos de referência da contratualização das ARS com os centros de saúde e destes com as USF;
Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados; e
Propor nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e USF.

Fonte: Adaptado de Pisco (2011).

Os centros de saúde foram transformados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). O ACES são serviços públicos de saúde descentralizados, sob a dependência da respectiva ARS, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde. Cada unidade funcional presta um determinado tipo de serviço. A título de exemplo, as Unidades de Saúde Familiar (USF) oferecem serviços de promoção e prevenção à saúde no

tocante a APS; enquanto as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) oferecem serviços públicos de apoio psicológico e social no âmbito domiciliar e comunitário.

Segundo Monteiro et al. (2017b), os profissionais da saúde foram envolvidos com a Reforma ao poderem candidatar-se voluntariamente ao processo de reorganização dos seus centros de saúde de terceira geração em USF. Para tal se concretizar, seria necessário o cumprimento de um conjunto de requisitos submetidos a avaliação técnica por parte da Missão. As primeiras candidaturas foram iniciadas em março de 2006, com a formalização das primeiras USF em setembro do mesmo ano.

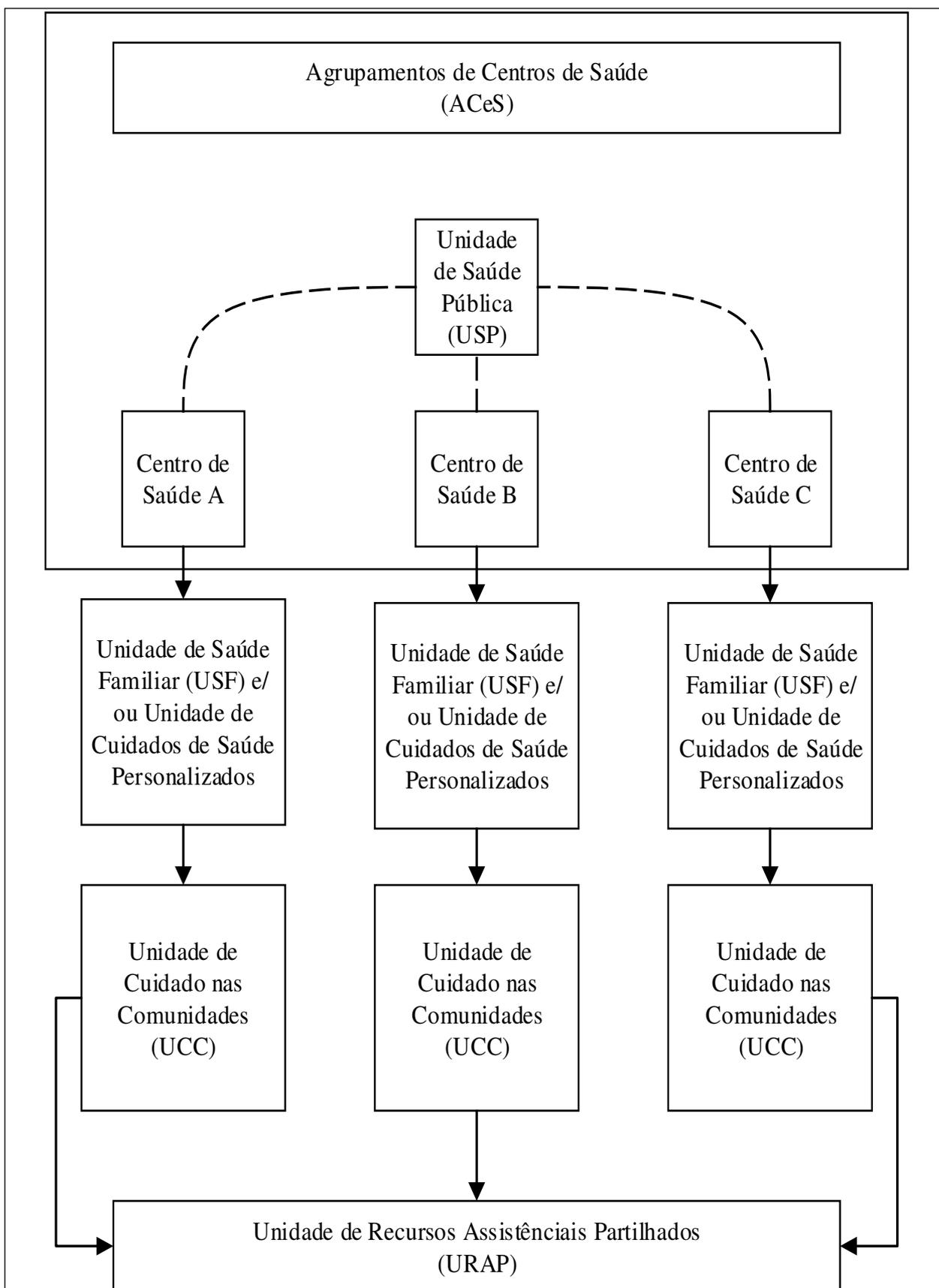
A reforma previu a existência de três modelos de USF: A, B e C. As USF de modelo A estão em fase de aprendizagem e possuem baixa experiência entre os membros da equipe de saúde e praticam a contratualização com menores níveis de exigência de desempenho. Ao contrário, as USF B estão inseridas em um contexto de amplo trabalho em equipe, com elevada experiência e que, portanto, estão adaptadas a um regime de contratualização com elevados níveis de exigência. A USF C tem como característica principal não ser do setor público, podendo provir de organizações privadas sem ou com fins lucrativos. A sua criação está ainda em fase experimental e depende da (in)capacidade do SNS em responder às demandas pelos cuidados de saúde de sua população (Biscaia e Heleno, 2017). O Quadro 5 apresenta as principais instituições e unidades de saúde do SNS focalizadas na atenção primária e a Figura 2 representa o organograma do SNS com esse mesmo referencial.

Quadro 5 – Principais instituições e unidades de saúde do SNS com foco na APS

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	São constituídos por várias unidades que ofertam serviços públicos de saúde para uma determinada área geográfica. Possuem autonomia administrativa, são descentralizadas das administrações regionais de saúde (ARS), mas estão sob o seu poder de direção.
Unidades de Saúde Familiar (USF)	Modelos A, B e C. Possuem equipes multidisciplinares formadas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos – estes profissionais além de apresentarem aptidões no serviço administrativo também dominam a terminologia médica e são responsáveis pela comunicação entre usuários e os demais membros da equipe.
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	Antigos Centros de Saúde. Tem a mesma estrutura das USF, distinguindo-se destas por terem um nível mais baixo de desenvolvimento e dinâmica de equipe, não possuindo autonomia. Dependem do Diretor Executivo e estão vinculadas às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governança clínica.
Unidades de Saúde Pública (USP)	Essas unidades trabalham com a elaboração de informação e planos convenientes à saúde pública da área demográfica onde está inserida. Atividades de vigilância epidemiológica, de prevenção, proteção e promoção da saúde são designadas para esta unidade.
Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)	Integram, por exemplo, assistentes sociais e psicólogos, fisioterapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais. Sua missão é de fornecer apoio as demais unidades.
Unidades de Cuidado nas Comunidades (UCC)	Prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. São atuantes em grupos mais vulneráveis e de maior risco na saúde.

Fonte: Adaptado de Biscaia e Heleno (2017) e Pisco (2011).

Figura 2 – Organograma do SNS com referência aos serviços de atenção primária



Fonte: Adaptado de Mendes et al. (2017).

Com o desenvolvimento das primeiras USF houve uma inovação na hierarquia técnica, com a formação do Conselho Clínico, sendo o seu Diretor Clínico obrigatoriamente um médico de família. Ainda integram o Conselho um enfermeiro, um médico de saúde pública ou de outra profissão como, por exemplo, um nutricionista ou psicólogo. O Conselho Clínico possui inúmeras tarefas, dentre as principais, podemos destacar:

A avaliação da efetividade dos cuidados de saúde prestados, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente aprovando orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutico, assim como protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes. Apoiam o diretor executivo em assuntos de natureza técnica, monitorizam o grau de satisfação dos profissionais e organizam as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação (PISCO, 2011, p. 2847).

Retomando as características das USF, cada unidade possui entre 15 a 30 profissionais de saúde, com 5 a 10 médicos especializados em medicina da família. Este formato de organização (número e diversidade de especializações) visaria maximizar o desempenho das equipes. Equipes menores apresentam resultados menos satisfatórios, tanto devido à pouca diversidade profissional, quanto à dificuldade em substituir um profissional. Em equipes maiores, verifica-se a fragmentação entre os profissionais e, até mesmo, a desarticulação dos grupos, afetando a USF como um todo. Segundo os autores:

O trabalho em equipe permite partilhar vivências, otimiza o trabalho de cada elemento e de todo e ajuda a prevenir ou a reduzir a incidência de *burnout*. Favorece a formação e incentiva a atualização científica dos profissionais através de reuniões de índole técnico-científica, bem como de outros projetos. Facilita e multiplica competências e conhecimentos. Cria patrimônio comum do qual todos retiram ganhos pessoais e profissionais. Os maiores ganhadores são os destinatários finais – os cidadãos e as famílias a quem a equipe presta cuidados (CARRAPIÇO, RAMIRES e RAMOS, 2017, p. 693).

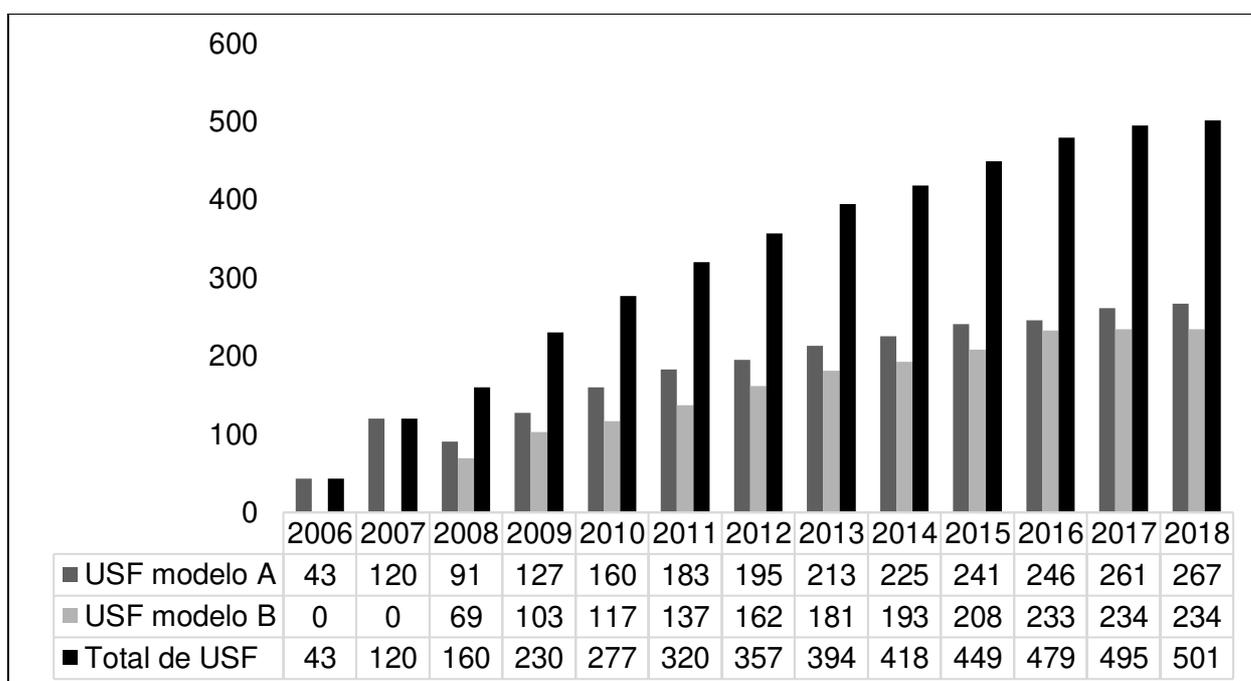
A principal diferença entre a USF e as demais unidades de APS é sua autonomia organizativa e técnica. Assim, o processo de contratualização ganha foco a partir do momento que cada USF precisa responder diretamente aos ACES de sua região através de inúmeros indicadores. A contratualização dos serviços é realizada geralmente com o prazo de um ano.

Carrapiço, Ramires e Ramos (2017, p. 696) apresentam alguns indicadores:

1. Denominador populacional de referência;
2. Garantia de acesso e prontidão nas respostas;
3. Disponibilidade de acolhimento e integralidade de cuidados; e
4. Enumeração detalhada do leque de serviços e de cuidados que a equipe se compromete a assegurar às pessoas e famílias ao seu cuidado.

O Gráfico 22 mostra a evolução do número de USF entre 2006 e 2018. Em 2006 existiam apenas 43 USF de modelo A. Por sua vez, o modelo B foi implementado a partir de 2008 com 69 unidades. Atualmente existem em Portugal 501 USF, 267 USF do modelo A e 234 de modelo B (Biscaia et al., 2019).

Gráfico 21 – Evolução no número de USF em Portugal, 2006-2018



Fonte: Biscaia et al. (2018)

Os indicadores entre as ARS e os ACES são divididos em três eixos, de nível nacional são 14 indicadores, divididos em desempenho econômico, satisfação e assistencial, no âmbito regional são 4 indicadores, no local são apenas 2 indicadores. Os indicadores de contratualização interna entre os ACES e as USF e, mais recentemente, com as UCSP, são assentados em 22 indicadores (Escoval, Santos e Barbosa, 2016, p. 21). No documento *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019* (Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, 2018), podemos compreender que:

Os indicadores utilizados devem ser centrados no paciente (baseados nos resultados, na ótica dos pacientes); de resultado (urgência e internações evitáveis, dentre outros); indicadores compostos ou índices, nos processos de cuidados complexos que exigem uma leitura e monitorização multidimensional (acesso, eficiência, resultado, adequação técnico científica). (ACSS, 2018, p. 16)

As áreas (desempenho, serviços, qualidade organizacional, formação profissional e atividade científica) contém subáreas e dimensões, complementando uma matriz multidimensional para a contratualização para USF e UCSP, representados no próximo Quadro 6 abaixo.

Quadro 6 – Matriz multidimensional para USF e UCSP

Áreas	Subáreas	Dimensões
Desempenho	Acesso	Cobertura ou utilização, personalização, atendimento telefônico, tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), Consulta no próprio dia, trajeto do paciente na unidade funcional e distribuição das consultas presenciais no dia
	Gestão da saúde	Saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso
	Gestão da doença	Diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças do aparelho respiratório e multimorbilidade e outros tipos de doença
	Qualificação da prescrição	Prescrição farmacoterapêutica, prescrição de cuidados e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)
	Satisfação dos pacientes	Satisfação de pacientes
Serviços	Serviços de caráter assistencial	Serviços de caráter assistencial
	Serviços de caráter não assistencial	Atividades de governança clínica no ACES, outras atividades não assistenciais
Qualidade organizacional	Melhoria contínua da qualidade	Acesso, programas de melhoria contínua da qualidade e processos assistenciais integrados
	Segurança	Segurança dos pacientes, dos profissionais e gestão do risco
	Centralidade no cidadão	Centralidade no cidadão
Formação profissional	Interna	Formação da equipe multiprofissional, formação de internos e alunos
	Externa	Serviços de formação externa
Atividade científica	Autoria de artigos escritos, apresentação de comunicações e participações em conferências	Autoria de artigos escritos, apresentação e participação em conferências
	Trabalhos de pesquisa	Trabalhos de pesquisa

Fonte: Elaboração própria a partir de ACSS (2018).

Segundo o mesmo documento da ACSS (2018, p. 228), foram desenvolvidos indicadores de acompanhamento e avaliação dos TMRG na atenção primária, são eles:

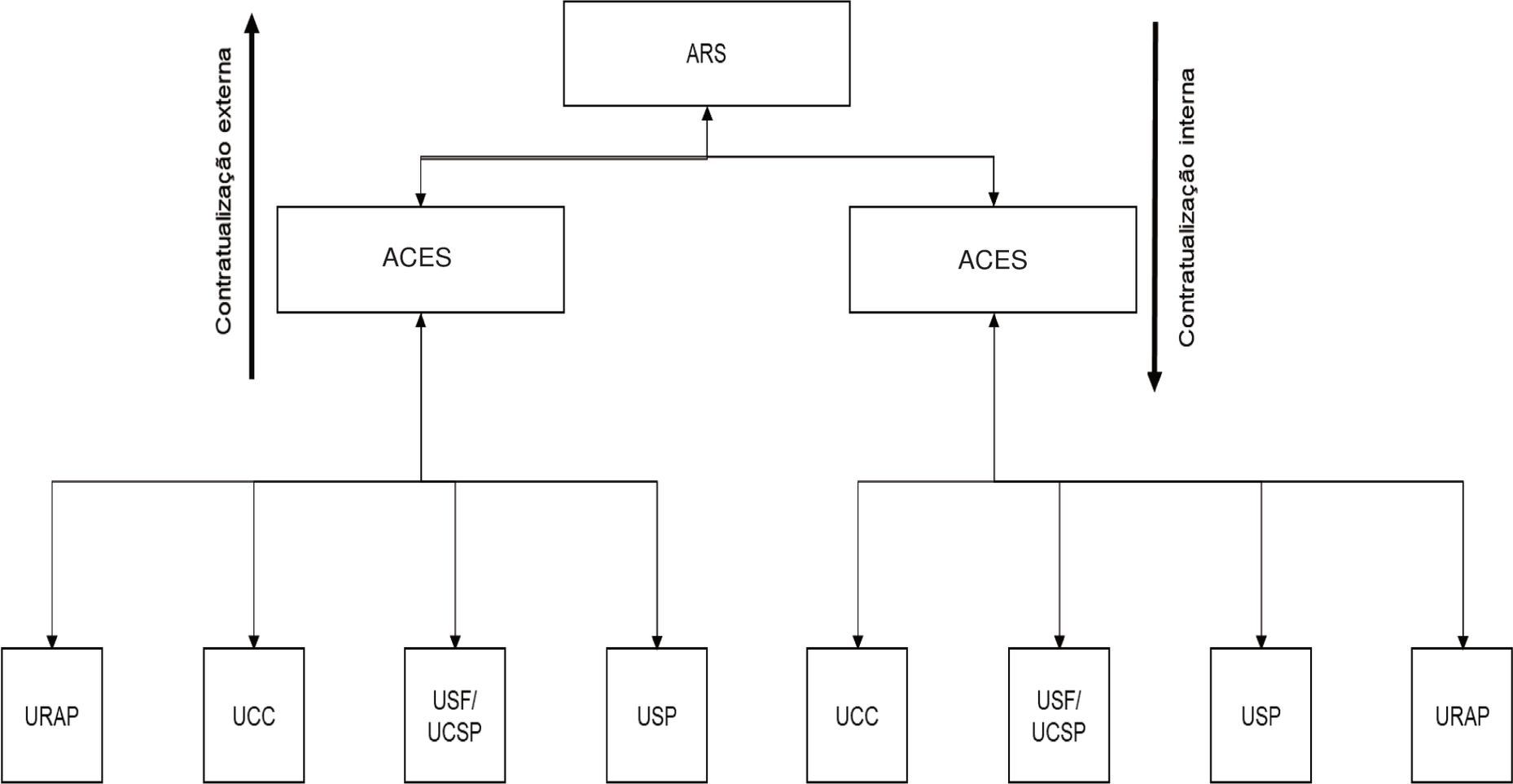
- Proporção de consultas de renovação de receituário com resposta em 3 dias úteis;
- Proporção de consultas de enfermagem realizada no dia do agendamento;
- Proporção de consultas realizadas no período de trabalho, das 17:00h às 20:00h;
- Proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento;
- Proporção de consultas médicas por iniciativa do paciente realizadas até 15 dias úteis; e
- Proporção de pacientes avaliados pela equipe multiprofissional nas primeiras 48h.

A contratualização dos serviços de atenção primária pode ser dividida em dois processos. O primeiro processo se dá pela **contratualização externa**, ou seja, é quando a ARS e os respectivos ACES formalizam o Plano de Desempenho e assinam contratos-programa de cada ACES. O segundo processo é denominado de **contratualização interna**, formalizado quando há assinatura de um Plano de Ação entre os ACES e as respectivas unidades funcionais pertencentes ao agrupamento. A Figura 3 apresenta esses dois processos.

Desde 2018 é fornecida uma plataforma clínica online (Plataforma BII SClínico²³), permitindo aos profissionais da saúde, acadêmicos e cidadãos observarem alguns indicadores selecionados, segundo a ACSS (2018, p. 159) a utilização da plataforma tem como objetivo garantir maior integração e compartilhamento das informações, além de fomentar o acompanhamento da assistência e dos serviços de saúde (exemplos de indicadores disponíveis na plataforma: proporção de consultas médicas realizadas pelos médicos de família e enfermeiros e proporção de mulheres grávidas que realizaram sua primeira consulta nos três primeiros meses de gravidez).

²³ Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://goo.gl/kCkaes>>.

Figura 3 – Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respectivas unidades (interna)



Fonte: Elaborado a partir de ACSS

Além do crescente número das USF de ambos os modelos, a satisfação dos usuários é um dos principais indicadores para a avaliação da atenção primária, com uma correlação com melhores resultados em saúde. Sendo assim, o estudo de Ferreira et al. (2017, p. 756) analisou o grau de satisfação dos usuários das 125 USF e algumas das UCSP da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Foram disponibilizadas através de um questionário 16.965 respostas divididas em quatro dimensões: cuidados médicos, cuidados não médicos, organização de cuidados e qualidade das instalações. Dentre os principais resultados podemos elencar: (i) 77,4% de satisfação dos usuários frente aos serviços de APS, com maior satisfação nas dimensões com os cuidados e atenção prestados pelos médicos de família (81%), pelos enfermeiros (82,5%) e pelos demais profissionais de secretariado clínico (76,4%); (ii) as USF do modelo B foram as mais recomendadas pelos pacientes aos amigos (91,7%), as unidades de modelo A vieram em seguida com 86,4%, as UCSP seguiram em último lugar como referência (75,5%); e, (iii) os homens possuíam uma satisfação maior à das mulheres (78,4% e 77,1%, respectivamente), assim como os idosos tinham maior satisfação (81,0%) frente aos jovens de 16 a 34 anos (75,3%).

Com objetivo semelhante, mas com o foco nos cuidados de enfermagem, o estudo de Chaves et al. (2016) mensurou o grau de satisfação dos pacientes das variadas unidades de atenção primária da ARS do Centro. Dentre os 827 pacientes consultados, em sua maioria mulheres (64,4%), classificou os serviços prestados como “muito bom” (97,3%). Em relação às consultas realizadas pelos enfermeiros, a maioria (51,9%) respondeu ser pertinente a sua realização.

Ainda sobre a mensuração da satisfação de pacientes, Mendes et al. (2013) realizam uma avaliação em catorze Centros de Saúde e duas USF da ARS do Alentejo, com o uso de questionário em uma amostra de 1872 usuários. Para os Centros de Saúde, com 91,4% de aprovação, os serviços prestados pelos enfermeiros foi o mais bem avaliado, seguido pelo atendimento por parte da recepção (89,1%) e o atendimento realizado pelos demais profissionais da atenção primária (88,7%). Nas duas USF, o atendimento médico foi maior (96,4%), com a recepção em seguida (95,3%) e o atendimento dos demais profissionais de saúde (92,5%).

Em suma, os resultados apresentados pelos três estudos apresentam uma avaliação positiva por parte dos pacientes dos serviços de APS e apresentam a análise da satisfação como um importante indicador para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Além disso, como apontam Ferreira et al. (2017):

Uma fraca pontuação de uma unidade de saúde que decorra da aplicação deste sistema de classificação nunca quer necessariamente significar que estejamos perante uma unidade de saúde que não pratica níveis aceitáveis de cuidados médicos. Apenas que a experiência dos utilizadores é fraca e, por consequência, a avaliação que fazem é penalizada. Estas intervenções podem ir desde a atribuição de maior autonomia e controle às unidades mais bem classificadas, até ajudas financeiras e intervenções externas para as mais mal classificadas, não deixando de fora a clara necessidade, tendo em conta os resultados atingidos, na aposta da transição do modelo UCSP para o modelo USF (Ferreira et al., 2017, p. 757).

Com resultados importantes em indicadores de saúde como o aumento expressivo da esperança de vida, da diminuição robusta da mortalidade infantil e da mortalidade materna, a reforma da APS vem sendo traduzida como uma experiência de grande êxito na UE (OMS, 2008). Portanto, é importante que se estabeleça novas metas e que se possa traçar estratégias para o fortalecimento da atenção primária em todo o território português, tornando a cobertura dos serviços de saúde mais acessíveis aos cidadãos. Segundo o Ministério da Saúde, no documento de 2010, denominado de Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir serão necessários esforços como:

- Continuação da reforma no âmbito dos ACES, com ajustes que ajudem a aumentar a sua implementação e autonomia e que diversifiquem a oferta de serviços de atenção primária;
- Reforço das competências dos ACES nas áreas de gestão e contratualização, nomeadamente através de indicadores de eficiência e qualidade;
- Reforço da eficácia dos cuidados prestados através de indicadores de resultados em saúde assentes em critérios baseados na evidência;
- Reforço na racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica;
- Reforço da integração de cuidados do ponto de vista do cidadão, criando um contínuo ao longo todas as áreas de prestação;
- Implantação de sistemas de informação robustos, credíveis e facilmente utilizáveis na prática clínica, tendendo para um registo eletrónico comum centrado no cidadão;

- Criação de mecanismos de atração de estudantes de medicina para medicina familiar e saúde pública;
- Introdução de novos modelos organizativos da prestação de cuidados, nomeadamente o modelo C preconizado pela Missão. Esta medida ganha especial relevo no contexto de contratação de médicos de família em que nos encontramos; e
- Reforço da desburocratização da atenção primária.

No entanto, desde a crise econômica de 2008 Portugal atravessa um período de predomínio da política de austeridade, referendada pelo país ao assumir o Memorando de Entendimento com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu (conhecidos popularmente como Troika). Desta maneira, na busca pelo reajuste fiscal os objetivos acima foram perdendo espaço para a política econômica austera.

3.4. Financiamento da saúde e crise econômica: impactos na reforma da atenção primária: 2010-2015

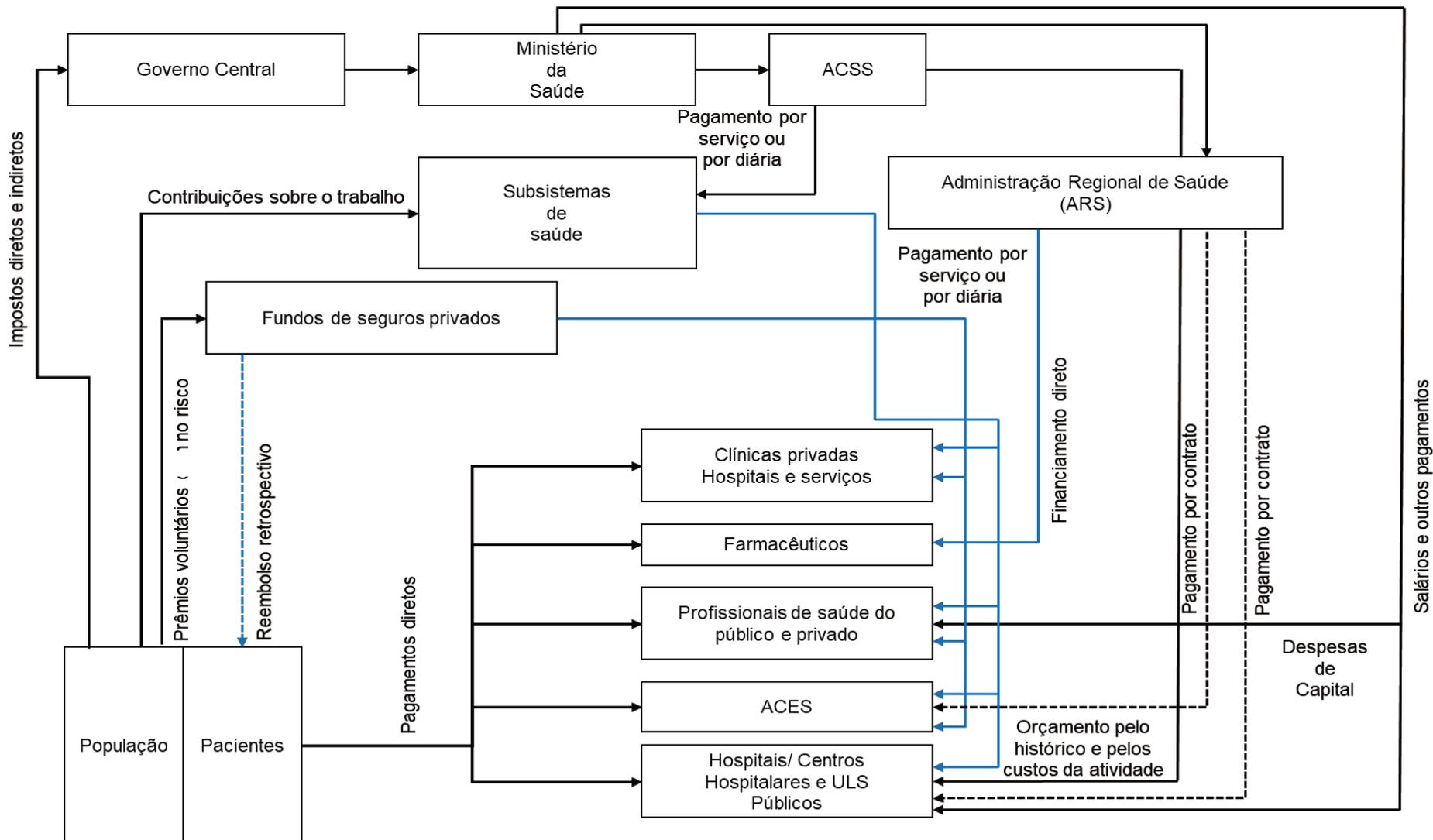
O financiamento para a assistência médica é decidido através de negociações políticas durante a formalização do Orçamento Geral do Estado pelo parlamento português e é dividido em vários fluxos (Figura 4). O SNS é financiado predominantemente por tributações diretas. Os subsistemas são divididos em três: os públicos, privados e os seguros de saúde privados voluntários, geralmente contratados por empresas ou individualmente. Estes subsistemas são financiados principalmente através de contribuições de empregadores e empregados, o Estado também financia, quando é o empregador. (SIMÕES et al., 2017 e ESCOVAL, SANTOS e BARBOSA, 2016)

O Ministério da Saúde repassa os recursos financeiros a ACSS, hospitais e/ou centros hospitalares públicos e unidades locais de saúde (ULS) e aos profissionais de saúde pública ou privada através do salário e outros pagamentos. Cabe a ACSS distribuir os recursos de acordo com características populacionais para cada uma das cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), também é de sua responsabilidade institucional repassar o financiamento aos demais subsistemas de saúde. Os subsistemas, por sua vez, realizam pagamentos por serviços ou por diárias com clínicas e hospitais privados e públicos, unidades farmacêuticas, profissionais do setor saúde privado e público e com os ACES. Como

relatado anteriormente, os pagamentos por contratualização são realizados através da ARS e os ACES e demais hospitais/ centros públicos.

Os cidadãos podem optar por financiamentos privados com fundos de saúde. Estes fundos financiam não apenas as instituições privadas (hospitais e clínicas) como também podem realizar pagamentos diretos aos prestadores públicos (ACES). Há reembolso aos pacientes que se utilizam de fundos privados.

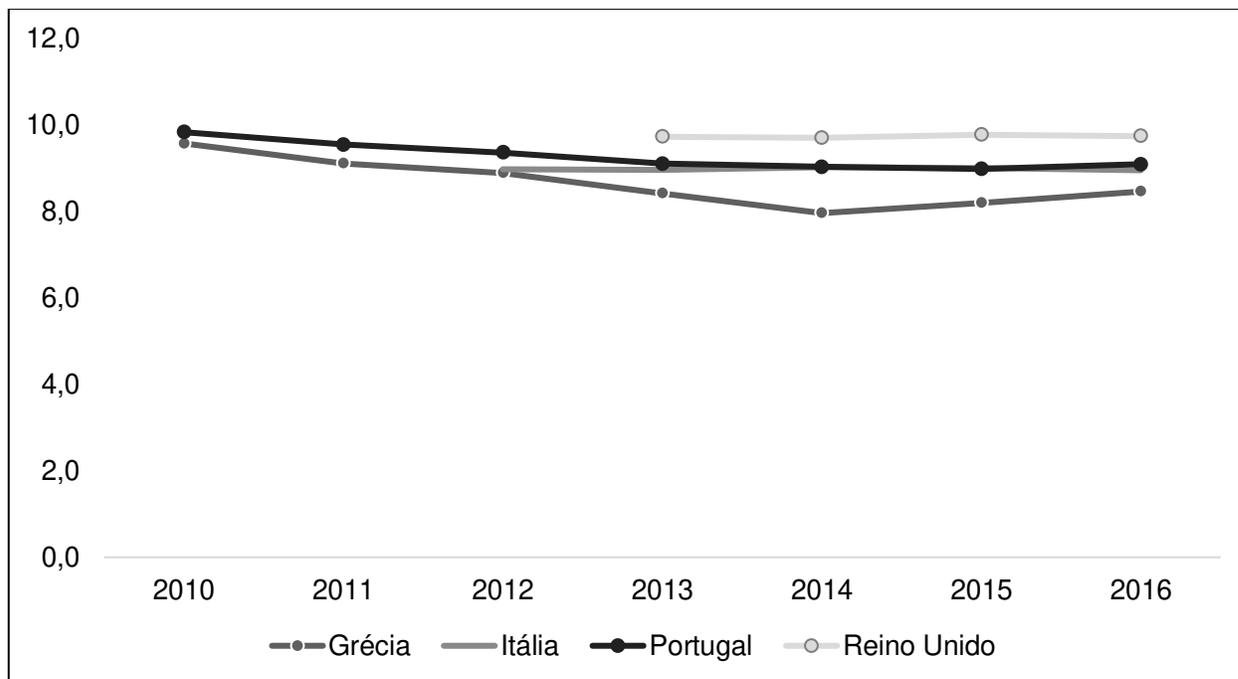
Figura 4 – SNS: fluxos financeiros



Fonte: Adaptado de Simões et al., 2017 e Escoval, Santos e Barbosa, 2016.

As despesas com saúde como percentagem do PIB diminuíram no período de 2010 a 2016, de 9,8% em 2010 para 9,0% em 2016 (Gráfico 23).

Gráfico 22 – Gastos em saúde (% do PIB) em Portugal e países selecionados, 2010-2016



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat (2019).

A nova fase da política de saúde foi embasada no Memorando. O programa de ajuste detalhou uma série de medidas para reformar o SNS, a fim de obter economias significativas nos serviços de saúde. Barros (2012) dialoga que o objetivo foi alcançado principalmente pela redução de custos nos hospitais e no setor farmacêutico, cortes salariais nos serviços públicos de saúde, aumento do copagamento e diminuição dos gastos com a atenção primária e de saúde pública. Muito embora as reformas no setor de saúde tenham envolvido diversas áreas de intervenção, o foco se deu principalmente no setor farmacêutico. O Memorando de Entendimento definiu metas para reduzir os gastos públicos com medicamentos, a economia se deu pelo controle administrativo de preços e de revisões sistemáticas nos valores de referência até então praticados, houve a promoção de produtos farmacêuticos genéricos e acabou-se alterando às práticas de prescrição médica, com definições de diretrizes clínicas e prescrições eletrônicas.

Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2016), o corte de gastos interferiu justamente nas áreas sociais, em particular com a diminuição dos gastos em saúde, desaguando em aumentos sucessivos dos gastos diretos efetuados

pelas famílias e indivíduos (Gráfico 8). Este processo se deu, particularmente, pelo uso intensivo da cobrança de copagamentos. No início de 2012, os copagamentos dos cidadãos por alguns serviços de saúde (atenção primária e de emergência) sofreram aumento, aliviando o setor público, mas colocando um fardo sob as famílias. Além disso, diminuíram isenções às taxas moderadoras, aprimorando-se os testes de meios. Houve também a redução gradativa de recursos humanos no setor saúde lotados nos cargos de gestão, novas regras foram inseridas para garantir fluxos mais flexíveis de mobilidade dos profissionais da saúde e menos gastos com compensação de horas extras. (BARROS, 2012)

Mesmo baixas as taxas moderadoras passaram a representar cerca de 2% de todas as receitas do SNS em 2015 (Simões et al., 2017). Consciente da alta despesas com recursos próprios, o Ministério da Saúde implementou algumas medidas para reduzir seu impacto. Em 2016, as taxas foram reduzidas, as isenções alargaram e o transporte aos pacientes de grupos vulneráveis (pacientes com deficiência, portadores de câncer, transplantados e portadores de doenças renais) passou a ser gratuito (Portaria nº 83/2016). Foram também realizadas algumas medidas para ofertar apoio financeiro aos cidadãos pobres em relação aos serviços de saúde, diminuindo suas despesas com medicamentos. Como aponta o atual relatório Estatísticas da Saúde 2016 (Ministério da Saúde, 2018, p. 292), as despesas correntes com saúde pública estão aumentando, destaque para os gastos per capita, saindo de € 981,7 de 2012 para € 1061,2 em 2016. Contudo, os gastos privados em saúde per capita também estão em constante aumento desde 2013, saltando de € 515,5 para € 540,7 em 2016 (Tabela 19).

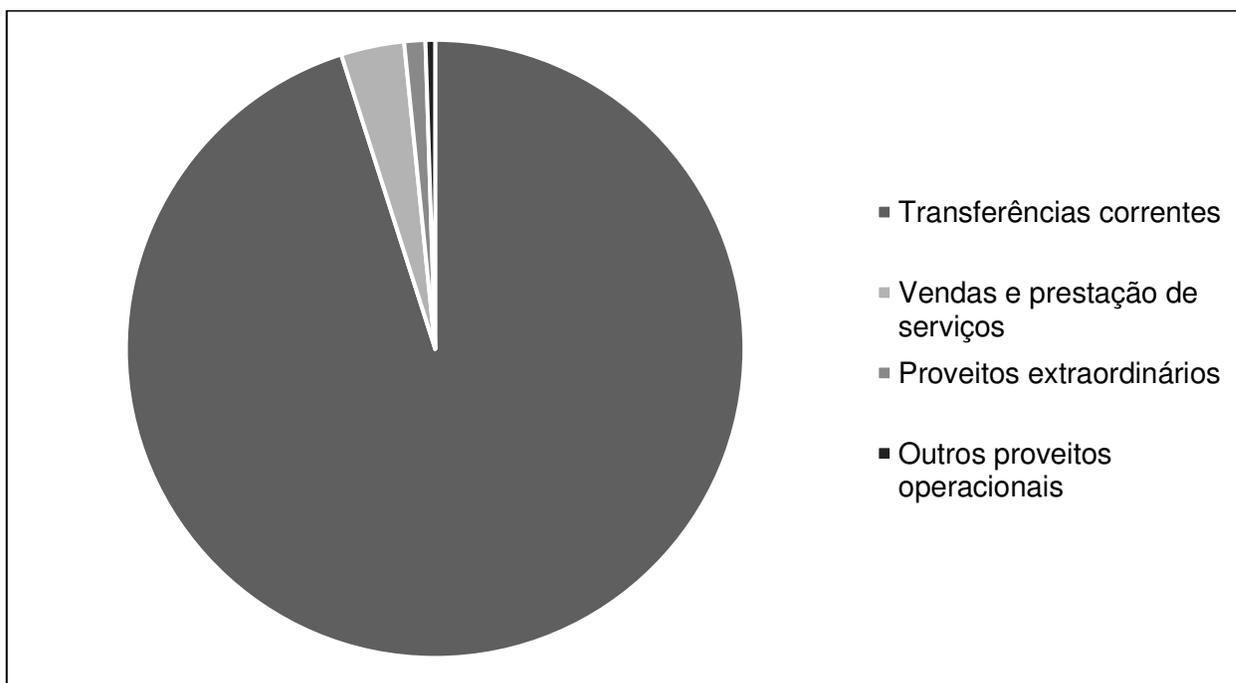
Tabela 19 – Despesa corrente pública e privada em saúde, 2012-2016

Ano	Despesa corrente pública em saúde				Despesa corrente privada em saúde			
	Valor 10 ⁶ €	Tx. Var. %	Per capita €	% do PIB %	Valor 10 ⁶ €	Tx. Var. %	Per capita €	% do PIB %
2012	10.322,1	-	981,7	6,1	5.420,2	-	515,5	3,2
2013	10.357,4	0,3%	990,4	6,1	5.119,3	-5,6%	489,5	3,0
2014	10.319,2	-0,4%	992,1	6,0	5.296,5	3,5%	509,2	3,1
2015	10.664,8	3,3%	1.029,6	5,9	5.441,0	2,7%	525,3	3,0
2016	10.960,2	2,8%	1.061,2	5,9	5.585,1	2,6%	540,7	3,0

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde (2018).

De forma generalizada o SNS apresentou no último exercício de 2017, um prejuízo de aproximadamente 346 milhões de euros. No entanto, o sistema está melhorando sua sustentabilidade fiscal, com resultado líquido de 45 milhões de euros frente a 2016 e de 62 milhões de euros face a 2015. Suas transferências correntes do Orçamento do Estado são responsáveis por 94,8% do total de proveitos, aumentando de 449 milhões de euros em comparação a 2016, o Gráfico 23 aponta também que as vendas e prestação de serviço foram responsáveis pela transferência de 3,3% de todo o orçamento, com proveitos extraordinários ficando com 1,1% e, finalmente, outros proveitos operacionais com apenas 0,5% de responsabilidade orçamentária pelo SNS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 83-84).

Gráfico 23 – Principais fontes de financiamento do SNS, 2017



Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde (2018).

Pesquisa realizada por Doetsch et al. (2017, p. 13) apontou que a crise econômica e a reorientação da política de saúde portuguesa aos moldes do Memorando de Entendimento estabelecida pela Troika foram decisivas para o crescimento e permanência de barreiras ao acesso à saúde da população idosa (acima de 65 anos) na capital Lisboa. Segundo os autores, as principais barreiras identificadas foram: 1) acessibilidade financeira: com cortes de pensões, limitação e redução de concessões de

isenções, aumento do co-pagamento e acesso limitado a produtos farmacêuticos; 2) acessibilidade: disponibilidade inadequada de serviços de atendimento de maior complexidade, limitações de acesso pela pouca informação disponível e falta de acompanhamento de casos complexos; 3) disponibilidade: restrições da própria equipe de saúde, falta de estabelecimentos com atendimentos de maior prazo, cortes nos transportes públicos ofertados para atendimento de baixa e média intervenção; e 4) adequação: aumento do tempo de espera, menor qualidade do atendimento devido a redução de pessoal e aumento da carga horária de trabalho, falta de respostas políticas em âmbito nacional e ausência da participação da população idosa na tomada de decisão da política de saúde. Segundo os autores, houve incompreensão por parte dos formuladores da política de austeridade econômica ao não observarem que grande parcela da população idosa portuguesa se encontrava empobrecida individualmente pela crise financeira antes mesmo da implementação do Memorando, conseqüentemente, os idosos passaram a ter ainda mais limitações dentro do acesso ao SNS e a atenção primária.

3.5. Desafios e avanços para a atenção primária em Portugal: 2015-2019

Dentre os desafios encontrados para a expansão dos cuidados de saúde, podemos diagnosticar a incapacidade do SNS em repor seus recursos humanos, sobretudo dos médicos de família. A redução de médicos de família foi prevista por Santanda e Vaz (2009 apud Ministério da Saúde, 2010), onde aproximadamente 56% dos médicos de família deixem sua atividade profissional entre o período de 2008-2020.

Segundo Dussault et al. (2014), mesmo com programas e políticas de fomento a criação da carreira de médicos de família e generalistas já na década de 1980, a opção por essas carreiras continua pouco atrativa aos jovens, os quais buscam nas especialidades sua profissão. Além desse fato, a procura ascendente por cuidados de saúde deverá ser ainda maior com o envelhecimento da população, colocando em risco os níveis atuais de cobertura, desaguando em maiores custos e menor eficiência do SNS. Para os autores, é necessária a rápida construção de políticas e práticas organizacionais que alterem um futuro de carência de médicos, nesse contexto, o trabalho em equipe e da medicina colaborativa devem focar nas “necessidades dos doentes e não das profissões de saúde, seguindo o exemplo das USF” (DUSSAULT et al., 2014, p.176).

O desafio da escassez da mão de obra médica também é enfatizado pela OCDE (2015). No entanto, a organização tende a priorizar a contribuição dos enfermeiros que trabalham com atenção primária. Portugal possui um número menor desses profissionais do que a média dos países que compõem a OCDE (6,1 para a média da OCDE de 8,8) e uma proporção baixa de enfermeiros por médicos de família (1,5 em comparação com índice da OCDE de 2,8). Com um papel importante nos cuidados primários, a profissão de enfermeiro de família deve ser estimulada por políticas públicas, algo que já está ocorrendo com as USF, onde é necessário ter o mesmo número de enfermeiros e médicos. Além disso, espelhando-se nos sistemas de saúde de países como Dinamarca, Suécia e Inglaterra, Portugal está implementando a carreira desses profissionais, o que deve diminuir o custo e pode potencializar a capacidade e a qualidade na provisão dos cuidados primários.

Outro desafio para a APS é de ampliar os esforços quanto aos processos de prevenção à saúde. Dentre os indicadores que podemos elencar como mais preocupantes estão a prevalência de diabetes na população portuguesa (9,8% em comparação com a média da OCDE de 6,9%), do aumento sucessivo da obesidade infantil e do aumento das taxas de tabagismo, sobretudo nas mulheres. No entanto, os esforços de prevenção dirigidos pelos cuidados primários atualmente parecem irregulares, e as intervenções efetivas devem ser incorporadas na prática da atenção primária de forma sistemática e em ambas as UCSP e USF. Os incentivos para que os provedores de atenção primária ofereçam mais atividades de prevenção provavelmente podem ser introduzidos através de estruturas de contratação e desempenho atuais, pelo menos para USF (OCDE, 2015).

O corte de gastos focalizado no sistema de saúde refletiu em maiores níveis de desigualdade, com predominância nos grupos mais vulneráveis (idosos, pobres e sem ou com baixíssimo nível de escolaridade). Segundo estudo realizado pelo OPSS (2016, p. 46-47), em 2014 o risco de adoecimento dos menos escolarizados foi “6 vezes maior do que quando comparados aos mais escolarizados, o mesmo indicador apresenta que o risco de diabetes é 4 vezes superior no grupo sem formação, e o risco de hipertensão é 3 vezes maior”.

Para os idosos sem escolaridade o risco de adoecimento é 5 vezes maior e os idosos que possuem pelo menos o nível básico é 2 vezes superior aos idosos com maior escolaridade. O risco de possuírem uma doença crônica (diabetes e hipertensão) é de 4 vezes mais. Os dados demonstram que as capacidades de resposta do SNS frente aos desafios da política econômica austera são ainda enormes e devem ser pautados pela elaboração de políticas econômicas que possam disponibilizar um maior leque de proteção aos seus cidadãos (OPSS, 2016, p. 55).

Somado aos resultados apresentados por Doestsch et al. (2017), o estudo de Legido-Quigley et al. (2016, p. 837-838) reforça o papel da austeridade econômica na piora ao acesso aos serviços de saúde, desigualdade demarcada sobretudo pelos cidadãos não isentos dos aumentos contínuos nos copagamentos como parte do pacote de austeridade. Os resultados assinalam que houve um incremento na desigualdade de acesso aos serviços de cuidados primários, ou seja, na porta de entrada ao SNS, aos portugueses localizados nas regiões mais pobres do país. De acordo com os autores, as razões para a desigualdade de acesso aos serviços podem ter inúmeras explicações, mas são contundentes em afirmar que houve diminuição na oferta e na demanda pelos serviços. Pelo lado da oferta, houve cortes na prestação dos serviços e no número de profissionais do setor saúde, principalmente de enfermeiros (Gráfico 13), fortalecendo a tendência de pressão sobre os demais profissionais. De outro lado, da demanda, como mencionado houve aumentos consecutivos das taxas moderadoras, inclusive nos serviços de atenção primária, além disso, os cidadãos isentos enfrentam testes de meios rigorosos que podem resultar da menor procura pelos serviços ou mesmo a sua desistência.

Mesmo com políticas farmacêuticas melhores (prescrição medicamentosa, inclusão de genéricos, receitas eletrônicas, reorientação da clínica médica, dentre outras práticas), nos últimos anos o SNS observou a baixa adesão de pacientes com doenças crônicas aos receituários médicos devido ao aumento sucessivo dos preços dos medicamentos. (LEGIDO-QUIGLEY et al., 2016, p. 837-838)

Finalmente, Legido-Quigley et al. (2016) discorrem que houve uma piora econômica no SNS que conseqüentemente elevou a deterioração nos níveis de acesso ao sistema, atingindo especialmente aos cidadãos mais vulneráveis e aqueles não

elegíveis de isenções. A desigualdade também afetou a Espanha e a Grécia, onde a política de austeridade foi imposta. Serapioni (2017, p. 9-10), reforça sua preocupação em afirmar que as implicações da política austera afetam todos os países do Sul da Europa, com cortes e privatizações nos hospitais e centros de saúde, deteriorando a qualidade dos serviços e dos sistemas de saúde como um todo, dificultando o acesso através do alongamento nas filas de espera, na inclusão do copagamento de medicamentos e serviços de saúde. Afetando os mais vulneráveis e desempregados, inclusive com piora na saúde mental desses grupos populacionais.

Com pequena melhora na economia a partir de 2015 e a eleição do Partido Socialista também no mesmo ano, Portugal passou para um período de recuperação econômica – saindo de fato do déficit excessivo em 2017. De acordo com o programa do XXI Governo Constitucional, era particularmente importante fornecer ao SNS a capacidade de responder de maneira mais rápida às necessidades dos cidadãos, ao mesmo tempo em que a desigualdades e barreiras ao sistema de saúde seriam reduzidas. Esse objetivo deveria ser implementado de maneira gradativa.

Uma das primeiras medidas tomadas para reduzir as desigualdades entre os cidadãos em termos de acesso aos serviços de saúde foi mudar as taxas de copagamento (Portugal, 2016). Essa nova lei trouxe as seguintes inovações: 1) redução de 25% para as taxas cobradas aos desempregados quando recorressem aos serviços de saúde; 2) isenção total do pagamento de taxas aos doadores de sangue, células-tronco, tecidos e órgãos e bombeiros; e 3) a isenção de co-pagamentos para os pacientes em tratamento de doenças oncológicas, na primeira consulta médica após o encaminhamento. O programa do novo governo também restaurou o transporte gratuito para os pacientes mais vulneráveis, com doenças e/ou em risco de vida.

Para reduzir a desigualdade no acesso entre os cidadãos, foram definidos tempos mínimos de respostas para grande parte dos serviços de saúde pré-agendados. Assim, para melhorar o acesso, a liberdade de escolha foi introduzida através do sistema de gerenciamento de acesso integrado. Esse sistema permite que o paciente, juntamente com o médico de família responsável pelo encaminhamento, escolha qualquer um dos hospitais do SNS de acordo com critérios de proximidade e disponibilidade de serviços. Os serviços incluídos são consultas médicas especializadas, cirurgias e exames

diagnósticos e terapêuticos complementares. No caso de uma consulta médica cirúrgica, não apenas o tempo médio de resposta para a consulta, mas também o tempo médio de resposta para a intervenção cirúrgica devem ser considerados, para permitir a resposta correta e eficaz às necessidades do paciente (Portugal, 2017).

Segundo Lapão e Pisco (2019), este período é compreendido pela iniciativa de desenvolver a avaliação do sistema de saúde e o desenvolvimento dos sistemas de informação na saúde:

A contratação dos serviços dos ACES (consultas, domicílios, rastreios) tem sido alvo de estudo aprofundado e vem sendo paulatinamente alterada e melhorada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). A estratégia de contratação para 2018 incluiu um ajuste às metas para que os que obtenham melhor desempenho não sejam prejudicados por terem melhores indicadores à partida. Essa alteração resultou de um projeto de colaboração com pesquisadores. O desafio é o processo negocial, a dinâmica entre contratação interna e externa que beneficia da envolvimento dos profissionais e de uma maior proximidade à realidade da organização e das suas capacidades. Procura-se, cada vez mais, que esse processo fomente a responsabilização e a transparência, jogando os sistemas de informação um papel fundamental. (LAPÃO e PISCO, 2019, p. 6)

Como forma de complementar a atenção primária no país, foram criadas medidas de prevenção e de promoção à saúde. Novamente, Lapão e Pisco (2019) discorrem:

[...] (a) foi proibida a venda de produtos ricos em açúcar e sal adicionado, e determinada a tipologia de alimentos saudáveis que devem ser disponibilizados nas máquinas de venda automática; (b) passou a existir uma tributação das bebidas adicionadas de açúcar ou outros edulcorantes, de forma a contribuir para a redução do seu consumo, especialmente entre os jovens e os adolescentes; (c) foi lançado o programa Menos Sal, Mesmo Sabor, com vistas a estabelecer um conjunto de medidas com o objetivo de reduzir o teor do sal no pão; (d) desenvolveu-se a campanha promocional “O Açúcar Escondido nos Alimentos”, com o objetivo de promover a saúde, alertando para os perigos que estão escondidos nos rótulos dos alimentos associados ao elevado consumo de açúcar.

No âmbito da promoção da atividade física, agora é possível registrar no prontuário clínico a prática da atividade física e da frequência e duração com que se realiza, bem como cadastrar o aconselhamento e a prescrição de atividade física e de outros aspetos do estilo de vida, como o tempo passado em comportamentos sedentários. (LAPÃO e PISCO, 2019, p. 7)

Mesmo com avanços notórios em seu sistema nacional de saúde e, em específico, na implementação de uma reforma na atenção primária com destaque internacional, Portugal ainda apresenta brechas para fechar no futuro do SNS e na ampliação de sua APS. Entre os principais desafios, destacamos: 1) o contexto de ampla e rápida mudança demográfica; 2) o contexto econômico do país dentro de uma UE em processo de transformação; e 3) a sustentabilidade financeira do SNS e, em específico, da atenção primária.

Portugal, em linha com outros países do Continente Europeu, sofreu profundas mudanças demográficas, refletidas no aumento da longevidade e da população idosa e na redução da taxa de natalidade e da população jovem (Tabela 13). Segundo Simões et al. (2017), o número de idosos triplicou nos últimos vinte anos, e espera-se que essa linha de tendência aumente nas próximas décadas, prevendo-se que a população diminua, em 2080, para apenas 7,5 milhões de portugueses. Somando-se a esse novo contexto, o número de nascimentos vem diminuindo nas últimas décadas.

No documento *Health System Review Portugal Phase I Final Report*, de 2018, divulgado pelo Ministério da Saúde português, apresenta que o contexto demográfico em Portugal será um dos principais desafios ao país nos próximos anos. De acordo com o relatório, nos últimos anos, houve um declínio gradual na imigração, juntamente com um aumento repentino na emigração. Essas mudanças podem ser atribuídas à necessidade de escapar da crise econômica vivida pela população portuguesa. Contudo, este aumento da emigração terá consequências importantes para o desempenho da economia portuguesa a longo prazo, em particular através da “fuga de cérebros” associada à combinação de aumento da emigração, envelhecimento da população e redução da imigração. Portugal enfrenta um duplo desafio: impedir a fuga de cérebros e atrair imigração qualificada.

Com o avanço da população idosa e do aumento da carga de doenças crônicas, a APS deve ser reforçada como porta de entrada ao SNS, baseando-se em seu papel de coordenação do cuidado. Segundo Lapão e Pisco (2019, p. 9), a APS deve ser implementada para acompanhar e, se possível, integralizar os demais níveis de complexidade.

A crise econômica abalou grande parte dos países do mundo, contudo, Portugal e os demais países do Sul da Europa (Espanha, Grécia e Itália) sofreram maiores consequências. Este grupo de países se consolidou sob a perspectiva de imposições de uma política econômica austera, com uma estrutura ainda mais neoliberal orientada exclusivamente para a acumulação. Nos dias atuais, seu poder e capacidade de ação estão direcionados para o que eram até décadas atrás duas propriedades sociais essenciais das sociedades mais desenvolvidas social e economicamente: o progresso no sistema de proteção social e da distribuição de recursos de forma menos desigual²⁴.

Ambas as propriedades seguem sendo atacadas após a crise e, com isso, provavelmente o fim ou uma transformação da configuração social irá ocorrer nas próximas décadas em Portugal, com todas as suas nuances.

A crise financeira reduziu a disponibilidade de recursos financeiros públicos para cobertura e investimentos em serviços de saúde. Isso levou a alguma redução de serviços, maior ônus financeiro para as famílias e indivíduos e menor renda para as equipes de saúde. As reduções afetaram diretamente os padrões de utilização dos usuários portugueses. Mesmo que Portugal não tenha um dos co-pagamentos mais altos dos países da UE, no entanto, em alguns casos em que os custos caem para os usuários do serviço, há evidências de que isso levou a alterações indesejáveis nos padrões de uso do serviço.

3.6. Considerações finais do capítulo

Resumidamente, a reforma da atenção primária de 2005 correspondeu ao processo de criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários e consistiu na organização dos antigos centros de saúde em USF, no estabelecimento dos ACES e, finalmente, no desenvolvimento de uma nova organização com foco na governança e na regulação do Estado português através da contratualização dos serviços.

Com o desenvolvimento econômico e social, mas também com a efetividade do SNS, Portugal aproximou-se dos países da Europa na relação de importantes indicadores de saúde. Com a reforma, o país fomentou importantes investimentos

²⁴ Nesse sentido, os países do Sul da Europa (Espanha, Grécia, Itália e Portugal) receberam a adoção desse princípio de redistribuição e progresso, mas implementaram de formas específicas os seus Estados de Bem-Estar.

econômicos e técnicos na busca por garantir uma melhor atenção primária para sua população.

A reforma portuguesa reorientou o modelo assistencial de saúde, com o fortalecimento das ações de promoção e prevenção. É necessária uma reflexão estratégica em torno da direção dessas mudanças para garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde com alta qualidade. Uma prioridade deve ser a ampliação das USF e o fortalecimento de todos os outros prestadores da APS. No curto prazo as UCSP poderiam usufruírem das contratualizações como forma de introduzir a qualidade e os incentivos de desempenho que estão incluídos nas USF. No longo prazo, todas as UCSP poderiam ser transformadas em USF.

Na carência de médicos de família, a possibilidade de intensificar a contribuição dos enfermeiros de família constitui uma opção que busca um maior equilíbrio entre os profissionais de saúde, transformando esse profissional num recurso fundamental para a promoção da saúde individual em um contexto familiar, além de tornar a ligação entre usuários e profissionais da saúde mais equânime no acesso aos serviços da atenção primária. No campo da prevenção é necessária a intensificação da contratualização com indicadores que reflitam a realidade da população portuguesa e que levem em conta a sua transição epidemiológica.

Assim, uma pergunta torna-se necessária: que tipo de atenção primária os portugueses querem? A análise apresentada neste capítulo sugere que o governo socialista português está adotando políticas de saúde enquadradas abaixo das necessidades de saúde de seus cidadãos, ou seja, o Estado está jogando o jogo da economia enquanto aceita que número crescente de pessoas é abandonado. A realidade não é tão ruim, no entanto. Até agora, a economia vem se recuperando e as forças destrutivas parecem não ter tido os efeitos devastadores previstos. Além disso, a pesquisa demonstrou que os gastos

Finalmente, é importante que se estabeleça uma agenda de acompanhamento sobre os potenciais efeitos negativos das medidas de contenção de gastos em saúde e da transferência de responsabilidade para o âmbito familiar.

Conclusões

Com grandes avanços alcançados nos últimos trinta anos, o SUS deve enfrentar ainda desafios ligados à sua implementação, buscando ser realmente um sistema único em um país com diversidade continental. Como qualquer sistema de saúde, o SUS deve realizar ajustes, reformas e adaptações para corresponder aos desafios que lhe são impostos, seja pela mudança demográfica, pelo seu subfinanciamento crônico, pelas maiores necessidades de saúde da população brasileira ou seja pela incorporação cada vez maior, mais cara e mais dinâmica das tecnologias em saúde.

Podemos descrever que o enfrentamento desse quadro de necessidades irá exigir uma atenção primária ainda mais resolutiva e de melhor qualidade. Como destacado nesta tese um serviço de atenção primária que funcione bem é uma condição prévia fundamental para o desempenho geral da saúde de uma sociedade. A APS é projetada para melhorar o acesso universal aos cuidados de saúde, o que por sua vez leva a comunidades mais saudáveis, maior qualidade de atendimento e um sistema de saúde mais eficaz e eficiente. Conseqüentemente, muitos países realizaram reformas em seus respectivos sistemas de saúde, na tentativa de fortalecer sua APS.

De acordo com a literatura, portanto, a atenção primária deve ser um nível essencial de atenção à saúde em todos os sistemas de saúde. É neste nível de atendimento profissional com o qual um paciente ou uma família entra em contato quando decide procurar ajuda. Neste primeiro nível de contato há compreensão das principais condições de menor complexidade e de doenças crônicas comuns à saúde do paciente. Prevenção de doenças, promoção da saúde e alívio de problemas sociais são também importantes para a atenção primária.

Observamos nestes países uma característica básica reproduzida por todos, a construção de uma Carteira de Serviços para a atenção primária. A Carteira de Serviços é uma ferramenta necessária para a gestão racionalizada das unidades de saúde e deve ser incorporada pelos mais diversos municípios, elencando prioridades de seu território e população. Reforçamos que apenas com a introdução da Carteira de Serviços, a contratualização poderá ser realizada de forma plena.

No decorrer desta tese, a contratualização dos serviços da atenção primária aparecera de formas variadas em cada país, mas em Portugal ganhou destaque pois foi através de seu modelo que os indicadores de desempenho foram desenvolvidos e aperfeiçoados, garantindo melhor qualidade da atenção primária e mesmo satisfação de usuários.

No entanto, não basta adaptar a contratualização para a atenção primária brasileira, vide os desafios impostos pelo seu contexto econômico e, sobretudo, cultural. É necessária a construção de ferramentas fortes de regulação por parte do Estado brasileiro, buscando nos exemplos internacionais soluções para lacunas locais, implementando maior transparência na administração pública.

É importante destacar a intencionalidade de criação da Secretária de Atenção Primária em Saúde, inclusive com objetivos de: ampliar o acesso a atenção primária; definição de um novo modelo de financiamento baseado em resultados e eficiência; formação e provimento de médicos para municípios pobres e áreas vulneráveis do país; fortalecimento da clínica e de trabalho das equipes; e, da oferta de ampliação de prontuários eletrônicos e informatização de unidades de saúde. Demonstra que o atual Ministério da Saúde observa com atenção os modelos de atenção primária realizados nos países com sistemas universais.

Uma questão em debate é se o atendimento na atenção primária está seguro apenas nas mãos de um clínico geral ou se a medicina moderna é tão complexa que requer um grupo multiprofissional, mesmo nesta fase inicial de triagem.

Os países estudados (Inglaterra, Cuba e Canadá e Portugal) possuem semelhanças quanto ao possuírem um modelo baseado no profissional médico de família ou *general practitioner* (GP). Este médico deve se tornar amigo, filósofo e guia de seus pacientes, advogado e protetor e coordenador de serviços especializados apropriados e fornecer cuidados abrangentes e continuados a longo prazo 24 horas por dia. Não existe um único protótipo de um bom médico de família; ele ou ela pode ser um generalista ou um especialista, trabalhar sozinho ou em grupo. Quem quer que seja, o médico deve aceitar os papéis necessários. A base de trabalho é geralmente o consultório médico, mas a casa dos pacientes e a comunidade devem ser incluídas. Hospitais locais, asilos e unidades semelhantes podem ser outros locais. O trabalho de atenção primária deve

estar sujeito aos mesmos princípios científicos de análise crítica e uma auditoria que se aplica a outras especialidades para determinar procedimentos eficazes e úteis.

No Brasil, o médico de família não foi elevado aos padrões encontrados internacionalmente, estes profissionais encontram-se espalhados por todo o território brasileiro, sobretudo nas unidades de saúde, mas não lograram possuir maior autonomia de trabalho. Como destacou-se na experiência portuguesa, a autonomia dos médicos de família foi umas das principais mudanças na reorganização da assistência, colhendo bons indicadores de que a experiência de contratualização é uma ferramenta importante de gestão pública e poderia ser mais bem explorada no contexto brasileiro, vide algumas práticas locais como nas capitais de Florianópolis, Natal e Rio de Janeiro. Novamente, o Ministério da Saúde constata sua preocupação com este profissional e analisa melhores formas de iniciativas para a construção da especialidade de medicina de família e comunidade.

O médico de família no Brasil deve atuar como um protetor e defensor de seus pacientes. É muito provável que esse papel aumente no futuro, à medida que a oferta de serviços na atenção primária cresça. Existem, como diagnosticamos nesta tese, implicações de recursos orçamentários e humanos que podem limitar esse desenvolvimento. Além disso, como profissional de saúde de primeira linha na comunidade, o médico de família tem oportunidades de coordenar e manipular os serviços disponíveis em nome de seus pacientes. Portanto, cada vez mais deve haver mais atenção ao lado comercial da prática, exigindo que o médico tenha habilidades de contador, gerente, diretor, presidente e político.

A ambição desse profissional deverá conter as melhores qualidades de um médico pessoal, além de conhecer a família do paciente e aceitar as preocupações e responsabilidades da comunidade e território local. Além das aplicações científicas, os pacientes ainda buscam cuidados e necessidades pessoais com um médico pessoal e familiar conhecido e confiável. Além de fornecer um papel dentro da atenção primária, os médicos de família devem estar intimamente envolvidos na prestação de cuidados compartilhados com especialistas para condições como diabetes, asma, alguns distúrbios cardiovasculares, câncer e outros. A partir de uma ampla consideração do conteúdo da atenção primária, existem dois conjuntos de desafios para o futuro.

O primeiro é fornecer cuidados pessoais para problemas clínicos menores, crônicos ou agudos-graves, para problemas psicoemocionais, para promoção da saúde e prevenção de doenças como parte de todas as consultas e para atenção a possíveis fatores sociais que podem ser passíveis de correção e alívio. Segundo, as práticas de atenção primária precisam aceitar responsabilidades pelo atendimento às comunidades locais, em colaboração com colegas nas áreas clínica e de saúde pública. Assim, a filosofia essencial da excelência para os cuidados primários deve ser a de que os pacientes tenham acesso a um médico da família a quem os indivíduos e as famílias possam consultar, e que esteja preparado e apto a aceitar responsabilidades e orientações.

No entanto, basta lembrar que a APS no Brasil se desenvolveu com um modelo próprio, permitindo a inserção de demais profissionais da saúde dentro das unidades. A criação de equipes multiprofissionais que atuam nos mais diversos territórios e comunidades, realizando ações de prevenção e, sobretudo, de promoção à saúde é um modelo brasileiro, desta forma, a inclusão do médico de família e comunidade é extremamente importante para a atenção primária, mas não deve ser apenas este o profissional a trabalhar na unidade. Em outras palavras, não pode haver monopólio da atenção primária por nenhum grupo, ela deve ser praticada por uma variedade de profissionais e não profissionais. Mas quem faz isso deve observar os papéis, objetivos e qualidades descritos em indicadores de desempenho.

Assim, existe a necessidade de se criar ou ampliar a gama de ações e operações dos profissionais enfermeiros brasileiros, permitindo, através de protocolos de cuidados desenvolvidos pela profissão, o fornecimento de serviços para diagnósticos de menor complexidade (dores de cabeça, cistites e pequenos procedimentos cirúrgicos). As tarefas futuras devem mover as linhas de frente da atenção primária da unidade de saúde para a comunidade para definir problemas prioritários e buscar soluções planejadas e coordenadas junto com outros profissionais de saúde em uma infraestrutura local.

Vale ressaltar que a construção da contratualização deve ser observada com transparência e de condições que permitam criar e desenvolver indicadores de desempenho factíveis com a realidade econômica, cultural e de reais necessidades de

saúde, não apenas no âmbito clínico, mas também que interliguem a promoção e a prevenção à saúde.

Como observamos no caso português, a criação das ARS e os ACES foi uma importante ferramenta de gestão organizativa de sua atenção primária. No entanto, esses benefícios esperados estão longe de ocorrer no Brasil, a municipalização dos serviços de saúde ocorreu de forma distinta e percorreu o caminho simples do financiamento federal. Portanto, se torna necessário um olhar mais próximo sobre a necessidade da descentralização. Em outras palavras, a questão é se o movimento permite a prestação de serviços de saúde melhores e equitativos a todos os cidadãos brasileiros a um custo aceitável. A literatura concentrou-se principalmente na eficiência geral, estimando o impacto da descentralização no crescimento econômico, mas para o setor saúde ainda há lacunas e não parece estar sendo objeto de estudo se a descentralização foi a melhor opção, sobretudo, quando observamos pequenos municípios brasileiros sem condições de operacionalizar mudanças profundas em seus serviços de APS.

Desta maneira, concordamos com o texto da PNAB de 2017 de que a atenção primária deve adotar formas diferentes na prestação dos serviços públicos de saúde, buscando alternativas para cada contexto local, cultural, social e econômico. Os governos estaduais e municipais podem, portanto, ser responsáveis pelo planejamento, organização, entrega e financiamento de serviços de saúde. Contudo, são possíveis vários arranjos e a descentralização e organização em RAS deve assumir formas distintas para cada especificidade. O financiamento federal e estadual deve, portanto, respeitar essas especificidades locais e possuir formas de regulação objetivas e transparentes. A proposta de um novo financiamento para a atenção primária envolvendo novos indicadores deve ser analisada como uma ferramenta importante de transformação, formidável para mensuração e adaptação das realidades locais, mas não deve se perder a necessária mudança na perspectiva do subfinanciamento do SUS.

Tendo em conta essa distinção, sugerimos que os serviços de atenção primária no Brasil possam ser atribuídos com maiores competências operacionais e estruturais para a tomada de decisões em níveis organizacionais mais baixos, a fim de estimular o envolvimento dos profissionais de saúde e aumentar a capacidade de decisão

da organização, e ao mesmo tempo levar em conta as diretrizes formuladas centralmente pelo Ministério da Saúde.

Essa organização da atenção primária descentralizada não apenas pressupõe a existência de descrições claras de cargos, incluindo a formulação de competências e responsabilidades, mas também exige a liderança estimulante em todos os níveis organizacionais, começando pelo gerente das unidades de saúde – ocupação descrita pela nova PNAB de 2017.

O importante para a organização da atenção primária é um plano organizacional claro que não frustre a criatividade e a inovação dos membros da organização. Não é apenas responsabilidade do gerente projetar e implementar essa estrutura organizacional, é também uma necessidade, já que observar e lidar com o ambiente interno de complexidade de uma UBS e tirar proveito desse ambiente é um trabalho exigente, difícil de combinar com às preocupações diárias da unidade de saúde. Assim, a criação do cargo de gerentes de UBS oferece a oportunidade de operar onde deveriam, ou seja, na extremidade da organização da unidade, onde eles podem supervisionar o ambiente externo e interno da unidade de saúde, limitando sua atenção principalmente à tomada de decisões estratégicas.

Referências bibliográficas

Almeida, E.R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). Revista Panamericana de Salud Pública. 2018, v. 42.

Disponível em: <http://bit.ly/2VPBsMH>

Almeida, C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella, L. et al. (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Aquino, R.; Oliveira, N.F.; Barreto, M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. American journal of public health, v. 99, n. 1, p.

87-93, 2009. Disponível em: <http://bit.ly/2VPBsMH>

Arantes, L.J.; Shumizu, H.E.; Merchan-Hamann, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/33DkaFn>

Baggott, R. Health and health care in Britain. Macmillan International Higher Education, 1998. Disponível em: <http://bit.ly/2MCAQ8Q>

Bahia, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00067218, 2018.

Disponível em: <http://bit.ly/2MHkUCx>

Bahia, L.; Scheffer, M. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. Editora UNESP: São Paulo, 2010

Brandão, J.R.M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. 1-4, 2017. Disponível em:

<http://bit.ly/2FEoqKE>

Barreto, J.O.M.; Nery, I.S.; Costa, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, p. 515-526, 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2MMC9Cb>

Barros, P.P. Portugal's health policy under a financial rescue plan. Eurohealth, v. 18, n. 3, p. 10, 2012.

Barros, P.P.; Machado, S.R.; Simões, J.A. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, v. 13, n. 4, p. 1-156, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2BeOSbF>

Biscaia, A.R. et al. O momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2017/2018: questionário aos coordenadores de USF. Disponível em: <http://bit.ly/2BeOSbF>

Biscaia, A.R.; Heleno, L.C.V. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 701-712, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2prK9k0>

Blumenthal, D.; Abrams, M.; Nuzum, R. The Affordable Care Act at 5 Years. Disponível em: <http://bit.ly/2ITHHdc>

Branco, A.G.; Ramos, V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, p. 5-12, 2001. Disponível em: <http://bit.ly/2pqW4yU>

Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2MkZV9G>

_____. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Disponível em: <http://bit.ly/2MjJ07d>

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, v. 20, 1990. Disponível em: <http://bit.ly/31iy1iS>

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 1, 1990. Disponível em: <http://bit.ly/2MK5r4C>

_____. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bit.ly/2VJQr17>

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bit.ly/2qj9E7O>

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bit.ly/2VLzTzd>

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bit.ly/2IVWR1q>

_____. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bit.ly/2MMAjBj>

_____. Portaria nº 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, n. 204, 2011. Disponível em:

<http://bit.ly/2prlpHy>

_____. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2012.

Disponível em: <http://bit.ly/35Jngtp>

_____. Ministério da Saúde. Retrato da Atenção Básica no Brasil 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bit.ly/32v4N1H>

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:

<http://bit.ly/33sXWFY>

_____. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bit.ly/2OYDg4g>

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios. Brasília: CONASEMS, 2007.

Bresser-Pereira, L.C. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. Revista do Serviço Público, v. 50, n. 4, p. 5-29, 1999. Disponível em: <http://bit.ly/2OTsMUj>

CAJUEIRO, J.P.M. O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região de Metropolitana de Campinas. Tese (doutorado) – UNICAMP, Instituto de Economia, 2019.

Campion, E.W.; Morrissey, S. A Different Model — Medical Care in Cuba. *New England journal of medicine*, v. 368, n. 4, p. 297-299, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/2ONSKbH>

Campos, A.C.; Simões, J. O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Almedina, 2012.

Cardoso, F.H. La sociedad y el Estado. *Pensamiento Iberoamericano*, nº 5, ICI, Madrid, 1984. Disponível em: <http://bit.ly/2OSHdHS>

Carneiro, R. Desenvolvimento em crise: a economia brasileira no último quarto do século XX. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

Carrapiço, E.I.N.; Ramires, J.H.V.; Ramos, V.M.B. Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família – essências e semelhanças. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 691-700, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/32kzOFt>

Castro Filho, E.D. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 3, n. 11, p. 210-215, 2007. Disponível em: <http://bit.ly/31k3lxB>

Castro, A.L.B., Fausto, M.C.R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: Machado, C.V.; Baptista, T.V.F.; LIMA, L.D. (Org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Cecilio, L.C.O.; Reis, AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00056917, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/32myMbj>

CNI. Retratos da sociedade brasileira: saúde pública. Brasília: CNI, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/31nZLSV>

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. Rev. bras. saúde mater. infant, p. s14-s27, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/2MI5aWU>

_____. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. Cadernos de Saúde Pública, v. 16, p. 963-971, 2000. Disponível em: <http://bit.ly/36FIZDG>

_____. Mendonça, M.H.; Silva, R.A.P.R; Gawryszewski, V. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 3, p. 328-346, 1991.

Cooper, R.S; Kennelly, J.F.; Orduñez-Garcia, P. Health in Cuba. International Journal of Epidemiology, v. 35, n. 4, p. 817-824, 2006. Disponível em: <http://bit.ly/2MikuU7>

Cueto, M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. American journal of public health, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <http://bit.ly/31iZMrv>

Dantas, A.V. A questão democrática e a Reforma Sanitária brasileira: um debate tático e estratégico. In: Fleury, S. (Org.). Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978. Alma-ata, URSS, v. 6, p. a12, 1978. Disponível em: <http://bit.ly/33zF5sF>

Denhardt, R.B.; Denhardt, J.V. The New Public Service: Serving Rather than Steering. Public administration review, v. 60, n. 6, p. 549-559, 2000. Disponível em: <http://bit.ly/2MJAHrf>

Doetsch, J. et al. Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International journal for equity in health*, v. 16, n. 1, p. 184, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2lVZ1hP>

Dunleavy, P.; Hood, C. From old public administration to New Public Management. *Public money & management*, v. 14, n. 3, p. 9-16, 1994. Disponível em: <http://bit.ly/2OSJYsl>

Scorel, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, L et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*.

Escoval, A.; Santos, A.T.L.; Barbosa, P. Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: o caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 17-27, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/35Ofz58>

Facchini, L.A.; Tomasi, E.; Dilélio, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/2OSrrNt>

Fagnani, E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. Tese de doutorado, Instituto de Economia da UNICAMP. Disponível em: <http://bit.ly/2VKeUgc>

Faria, L.R.; Alves, CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 72-85, 2015. Disponível em: <http://bit.ly/2ITUPPB>

Feinsilver, J.M. Médicos por petróleo: La diplomacia médica cubana recibe una pequeña ayuda de sus amigos. Nueva Sociedad, v. 216, p. 107, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/2psTo3O>

Ferrinho, P. et al. O percurso dos fatores determinantes da saúde. In: Campos, A.C.; Simões, J. (Org.). 40 anos de abril na saúde. Coimbra: Almedina, 2014.

Filippon, J. et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, p. e00034716, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/35C2D20>

Fleury, S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: Fleury, S. (Org.). Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Folha de São Paulo. Maioria dos brasileiros avalia saúde como ruim ou péssima, diz Datafolha. São Paulo: Folha de São Paulo, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/2oPQLsy>

Giovanela, L. et al. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00012219, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/32j7hzS>

Giovanella, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/2Bd460S>

Giovanella, L.; Almeida, P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. 1-21, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2QGR04r>

Gonçalves Junior, O.; Gava, G.B, Silva, M.S. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. Saúde e Sociedade, v. 26, p. 872-887, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/32IEbjw>

Greene, R. Effective community health participation strategies: a Cuban example. *The International journal of health planning and management*, v. 18, n. 2, p. 105-116, 2003. Disponível em: <http://bit.ly/33wLTY0>

Guimarães, T.M.R.; Alves, H.G.B.; Tavares, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 868-876, 2009. Disponível: <http://bit.ly/2MLu1SB>

Hammett, D. Physician Migration in the Global South between Cuba and South Africa. *International Migration*, v. 52, n. 4, p. 41-52, 2014. Disponível em: <http://bit.ly/32mAhXs>

Hauge, S. Primary Care in Cuba. *Einstein Journal of Biology and Medicine*, v. 23, n. 1, p. 37-42, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2nOWsXh>

Hutchison, B et al. Primary Health Care in Canada: systems in motion. *The Milbank Quarterly*, v. 89, n. 2, p. 256-288, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2MKdDlo>

SCHIAVINATTO, F. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). Brasília: IPEA. <http://bit.ly/32kRa4X>

Lancman, S.; Barros, J.O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/31peQnD>

Lapão, L.V.; Pisco, L. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00042418, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/33yw6lk>

Lavras, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/32vbQaF>

Legido-Quigley, H. et al. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*, v. 120, n. 7, p. 833-839, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2nPmJEW>

Lima, J. C.F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: Pereira, J.M.; Pronko, M. (org.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. Disponível em: <http://bit.ly/3a0xqjK>

Lobato, L.V.C; Giovanella, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, L et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*.

Machado, C.V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Macinko, J et al. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health services research*, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003. Disponível em: <http://bit.ly/2ONZo1D>

Macinko, J.; Mendonça, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 18-37, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/2OVEH3J>

Madureira, P.S.P. *Sistema de saúde cubano*. Dissertação de Mestrado em Coimbra (Portugal): Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/2pmaNuX>

Magalhães Junior, H.M; Pinto, H.A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg. saúde debate*, p. 14-29, 2014.

Disponível em: <http://bit.ly/2Mj6o4W>

Marchildon, G. Health System in Canada. *Health Services Evaluation*, p. 769-777, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/31jSPGv>

Marchildon, G.P, Hutchison, B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*, v. 120, n. 7, p. 732-738, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2MKfV3Y>

Marchildon, G.P. Canada: Health system review. Toronto: University of Toronto Press, 2013.

Matta, G.C.; Morosini, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*, v. 2, p. 44-50, 2009. Disponível em: <http://bit.ly/2ITZtwl>

Mendes, A.; Carnut, L.; Guerra, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 224-243, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/32lxuxQ>

Mendes, E.V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <http://bit.ly/32x5XcE>

Mesa-Lago, C. Social and economic problems in Cuba during the crisis and subsequent recover. *CEPAL review*, 2005. Disponível em: <http://bit.ly/2VRHsob>

Miguel, L.S.; Brito de As', A. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. *Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/31g392d>

Monteiro, B.R. et al. Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo,

Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 807-818, 2017a. Disponível em: <http://bit.ly/2VNf7zx>

Monteiro, B.R. et al. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 725-736, 2017b. Disponível em: <http://bit.ly/35DL6qi>

Morosini, M.V.G.C; Fonseca, A.F; Lima, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/35EWIcB>

Noronha, J.C, Lima, L.D; Machado, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanela, L et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*.

Noronha, J.; Giovanella, L.; Conill, E. Sistemas de saúde da Alemanha, Canadá e dos EUA: uma visão comparada. In: Almeida Filho, N.; Paim, J.S. (org). *Saúde Coletiva – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

OECD The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries. OECD, 1994.

OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015-Raising Standards. OECD Publishing, 2015. Disponível em: <http://bit.ly/2pmdrkn>

Oliveira, F.P et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 623-634, 2015. Disponível em: <http://bit.ly/35EL6pQ>

OMS. Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bit.ly/31h6j64>

OMS. Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários - agora mais que nunca. Switzerland: WHO, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/2qeXWLF>

OPSS. Saúde: procuram-se novos caminhos. Relatório de primavera 2016. Disponível em: <http://bit.ly/33Ap1H9>

OMS. The world health report 2000: health systems improving performance. Switzerland: WHO, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/2nUodxO>

Osborne, S.P.; Radnor Z.; Nasi, G. A New Theory for Public Service Management? Toward a (public) service-sominant approach. The American Review of Public Administration, v. 43, n. 2, p. 135-158, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/2BewaAU>

Paim, J.S. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Paula, A.P. Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2005.

Pavolini, E.; Palier, B.; Guillén, A.M. The health care policy quadrilemma and comparative institutional reforms, em Pavolini E, Guillén, AM (Org.). Health Care Systems in Europe: institucional reforms and performance. Palgrave Macmillan, London, 2013. p. 193-221. Disponível em: <http://bit.ly/2nMcG3o>

Pérez-Stable, E.J. Community Medicine in Cuba. Journal of community psychology, v. 13, n. 2, p. 124-137, 1985. Disponível em: <http://bit.ly/2oPYBT0>

Persegona, M.F.M.; Oliveira, E.S.; Pantoja, V.J.C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. Revista Divulgação em saúde para debate, v. 56, p. 19-35, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/31qPGHv>

Pinto, H.A et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. Divulg. saúde debate, p. 105-120, 2014. Disponível em: <http://bit.ly/2MnWGYh>

Pisco, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de

Centros de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 2841-2852, 2011. Disponível em:

<http://bit.ly/2MPpFd6>

Portugal. Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril. Altera o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde. Disponível em: <http://bit.ly/2IWaVlx>

_____. Decreto-Lei 413/1971 de 27 de setembro. Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas. Disponível em: <http://bit.ly/2Qzv0IH>

_____. Governo de Portugal. A Gestão do Programa de Ajustamento: 1000 dias, 450 medidas cumpridas. Lisboa: Governo de Portugal, 2014. Disponível em: <http://bit.ly/2ppAUkv>

_____. Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março. Orçamento do Estado, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2BsB9OJ>

_____. Ministério da Saúde. Relatório anual – relatório e contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2ppVql0>

Portugal. Programa do XXI Governo Constitucional: 2015-2019. Disponível em: <http://bit.ly/35JExCL>

_____. Report on Access to Health Care of the NHS. Portugal: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/2oL5KnC>

Poulton, B.C.; West, M.A. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. Journal of advanced nursing, v. 18, n. 6, p. 918-925, 1993. Disponível em: <http://bit.ly/33zpVDP>

Prata, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. Cadernos de saúde pública, v. 8, p. 168-175, 1992. Disponível em: <http://bit.ly/33Lfe7V>

Rasella, D et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. BMC medicine, v. 17, n. 1, p. 82, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/2MI2jNK>

Reis, D.A. Ditadura e democracia no Brasil.

Reis, J.G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/2ITwCJ0>

Rosa, W.A.G.; Labate, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <http://bit.ly/32kHibv>

Santos J.C.; Melo, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/2FE29wC>

Starfield, B, Shi, L, Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The milbank quarterly, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <http://bit.ly/2BfuRBF>

Scheffer, M et al. Demografia médica no Brasil 2018. Disponível em: <http://bit.ly/32grV3H>

Schmittiel, JA et al. Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management. The Annals of Family Medicine, v. 4, n. 2, p. 117-123, 2006. Disponível em: <http://bit.ly/2BhhNvD>

Schramm, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 897-908, 2004. Disponível em: <http://bit.ly/2BmG9E9>

Seow, H et al. End-of-life cancer care: temporal association between homecare nursing and hospitalizations. *Journal of palliative medicine*, v. 19, n. 3, p. 263-270, 2016.

Disponível em: <http://bit.ly/35xFP3o>

Shi, L et al. Primary Care, Self-rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health. *Health services research*, v. 37, n. 3, p. 529-550, 2002. Disponível em:

<http://bit.ly/2BkttO4>

Simões, Jorge de Almeida et al. Portugal Health system review. *Health systems in transition*, v. 13, n. 4, p. 1-156, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/31jpkVr>

Soranz, D.; Pisco, L.A.C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagens e desafios.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 679-686, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2Bjojlv>

Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health systems and health. *The milbank quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em:

<http://bit.ly/2BfGZCN>

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, 2002. Disponível em: <http://bit.ly/2IXrG5V>

Tanaka, O.Y.; Oliveira, V.E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 16, p. 7-17, 2007. Disponível em:

<http://bit.ly/31fJD64>

Tomasi, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00195815, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2pIldD>

Viana, A.L.D. Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização. São Paulo: Hucitec, 2014.