

## 16. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lígia Giovanella  
Maria Helena Magalhães de Mendonça

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

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

Na seqüência, é analisada a trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com realce para a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica de 2006. Traça-se então um panorama da oferta e da prestação de serviços de atenção básica no Brasil e, no final, discutem-se os desafios para a consolidação do SUS como um sistema de saúde orientado pela atenção primária à saúde.

**Atenção primária à saúde**  
(*primary health care*)  
Denominação geral para  
atenção ambulatorial de  
primeiro contato que  
tem diferentes  
concepções em sua  
implementação.

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E ABORDAGENS

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de Atenção Primária à Saúde (APS). Não há, contudo, uniformidade no emprego da expressão atenção primária à saúde (*primary health care*), identificando-se três linhas principais de interpretação:

- 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
- 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
- 3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

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

Essa concepção, denominada de seletiva, subentende programas com objetivos restritos, visando cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000.

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação.

### A Conferência de Alma-Ata e as bases para uma APS abrangente

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética. Essa

conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

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

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

Na segunda vertente de questionamento, desde o final da década de 1960, o modelo biomédico de atenção à saúde recebia críticas de diversas origens, destacando-se os determinantes sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade e a exigência de nova abordagem em atenção à saúde.

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

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

---

As características do modelo médico hegemônico são discutidas no capítulo 15, sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. Consulte.

---

---

Para saber mais sobre os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade, consulte o capítulo 4.

---

Nos anos 70, o relatório do Ministério da Saúde canadense que discutia ‘Uma Nova Perspectiva para Saúde dos Canadenses’ mostrava a importância do objetivo de prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. O *Relatório Lalonde*, como ficou conhecido, destacava estudos do epidemiólogo inglês Thomas McKeown que demonstram a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição (disponibilidade de alimentos), ao analisar retrospectivamente a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales ao longo dos séculos XVIII e XIX (Relatório Lalonde; McKeown, 1976).

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

O contexto do final da década de 1970 propiciou a organização de uma conferência de atenção primária. A realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi proposta à OMS pela China, para difundir novos modelos alternativos de atenção à saúde. A China, contudo, não participou da conferência em razão de disputas políticas – acerca dos modelos de atenção à saúde no interior do bloco socialista – com a URSS, que implantara sistemas públicos universais, centralizados e organizados por níveis hierárquicos, nos quais predominavam o modelo biomédico e a centralidade na assistência hospitalar. A União Soviética se opôs inicialmente à temática da conferência, mas acabou por se oferecer para sediar o evento, contribuindo com apoio financeiro substancial, em virtude do avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo (Cueto, 2004).

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

A Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (Quadro 1). Destaca que a realização

dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, assim como para a meta Saúde para Todos no Ano 2000: o alcance de um nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva.

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

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

A Declaração de Alma-Ata enfatiza a necessidade de ações de outros setores. Todavia, as ações de cuidados de saúde mencionadas abarcam um conjunto mais restrito (ações educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico) (Quadro 1).

---

**Tecnologias apropriadas**

Tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício.

---

### Quadro 1 – Abordagem de Atenção Primária em Saúde na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é direito humano fundamental.

O desenvolvimento econômico e social é de importância fundamental para a plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000.

A atenção primária em saúde:

- envolve, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores;
- engloba cuidados essenciais; é baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis;
- direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;
- seu acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar;
- representa o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham;
- primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária, “inclui pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais”;
- deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade.

Fonte: Declaração Alma-Ata, 1978.

#### Atenção primária seletiva

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

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

Um ano após Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nessa conferência foi discutida uma nova perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (Cueto, 2004).

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

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

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

Ainda que se reconhecesse a efetividade dessas intervenções, a concepção de APS difundida então pela Unicef foi criticada pelo tecnocratismo – orientando-se por critérios estritamente técnicos de custo-efetividade sem considerar questões políticas determinantes – e, principalmente, por desconsiderar a exigência de melhorias socioeconômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações. Por exemplo: o uso da terapia de reidratação oral – tecnologia efetiva para tratamento de diar-

réias – não poderia substituir medidas específicas de saneamento, como o acesso à rede geral de abastecimento de água e de esgoto, efetivas na promoção da saúde e na prevenção de doenças de veiculação hídrica.

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.

#### Para refletir

As intervenções da APS seletiva são suficientes para a garantia do direito à saúde?

### Renovação do debate sobre atenção primária à saúde nas Américas

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

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

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

A renovação proposta pela Opas subentende uma atualização da concepção abrangente de APS. Sua implementação, contudo, dependerá

---

Os Objetivos do Milênio são apresentados no capítulo 21. Confira.

---

da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios abrangentes enunciados em práticas concretas.

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

### Atributos característicos da APS

Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de atenção primária. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Quadro 2).

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

O primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como **serviço de primeiro contato** (Quadro 2), porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

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

Sistemas integrados de saúde em que o clínico geral atua como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (Starfield, 2002).

---

Para saber mais sobre acesso, consulte o capítulo 6.

---

**Para refletir**

Analise as possíveis vantagens e desvantagens de definição de serviços de atenção primária no Brasil como porta de entrada preferencial.

Na **adscrição de clientela**, a unidade atende somente a população residente em determinada área territorial. Para isso, delimita-se uma área geográfica de abrangência da unidade de saúde; os residentes na área são cadastrados pela unidade, e a unidade é de uso exclusivo desses moradores. Acolhimento implica bem receber, oferecer proteção e amparo, escutar e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário. O vínculo se estabelece na relação profissional de saúde-usuário ou equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização do profissional ou equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários.

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

Outro atributo da APS é a **longitudinalidade** (Quadro 2): a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. Este atributo é relacionado ao anterior pois, para que se estabeleça um **vínculo** no curso da vida, é necessário que exista fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.

Para se estabelecer uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes de suas unidades (Starfield, 2002), a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência seja por meio da **adscrição territorial de clientela**, seja por meio da inscrição voluntária dos pacientes em uma unidade de saúde.

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

A **abrangência** (*comprehensiveness*) ou integralidade (Quadro 2) implica o reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para

consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais.

Para que uma atenção integral seja garantida, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela **coordenação** (Quadro 2) das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. A coordenação, outro atributo essencial da atenção primária, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços. Para o exercício da coordenação pela equipe de APS, são necessários: tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e registro adequado de informações.

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

Para existir coordenação do cuidado deve ocorrer, portanto, a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como da atenção recebida, de modo a assegurar uma seqüência ininterrupta de visitas, garantindo-se a continuidade do contato. A coordenação da atenção ao paciente pelo generalista proporciona melhor acompanhamento de pacientes, em especial daqueles portadores de doenças crônicas ou de morbidade múltipla, para os quais os sistemas de atenção à saúde estão, em geral, ainda pouco preparados, inclusive em outros países.

#### Para refletir

Com base em experiência que você tenha tido com paciente crônico que necessitou acessar diferentes serviços, avalie se os cuidados foram coordenados. Qual profissional assumiu essa função? Como procedeu?

A coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda a coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela equipe de atenção primária à saúde.

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde

Atributos da atenção primária à saúde	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.</li> <li>• Porta de entrada do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo?</li> <li>• As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada?</li> <li>• Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada?</li> </ul>
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço?</li> <li>• As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?</li> <li>• Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes APS?</li> <li>• Meu médico me vê para rotinas preventivas?</li> </ul>
Abrangência ou integralidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde.</li> <li>• Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade?</li> <li>• Qual a abrangência do pacote de serviços oferecidos?</li> <li>• Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado?</li> <li>• Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde?</li> </ul>
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS organiza-o?</li> <li>• Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?</li> <li>• Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática?</li> <li>• Há mecanismos de integração da rede? A contra-referência ocorre?</li> </ul>

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde (continuação)

Atributos da atenção primária à saúde	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive.</li> <li>• Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade.</li> <li>• Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe conhece os problemas da comunidade?</li> <li>• A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade?</li> <li>• A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersectoriais?</li> <li>• Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?</li> </ul>
Centralidade na família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro.</li> <li>• Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os prontuários são organizados por família?</li> <li>• Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família?</li> <li>• Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família?</li> <li>• Os profissionais conhecem os membros da família?</li> </ul>
Competência cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe reconhece necessidades culturais especiais?</li> <li>• A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas?</li> </ul>

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002; Almeida & Macinko, 2006.

#### Para refletir

Quais as possíveis contribuições da APS para a saúde da população?

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A primeira proposta governamental formal de organização de um primeiro nível de atenção data de 1920, na Grã-Bretanha, quando, por iniciativa do Partido Trabalhista, um conselho formado por representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população. Nesse documento, conhecido como Relatório Dawson (nome do presidente do conselho), o centro de saúde é “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas (*general practitioners* – GPs) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas” (Roemer, 1985: 323).

### Alguns antecedentes históricos da atenção ambulatorial

A criação de unidades de assistência à saúde em nível ambulatorial (para além da atividade individual do médico ou farmacêutico) tem uma história muito mais recente do que os hospitais, as mais antigas unidades de saúde para cuidado de casos graves em regime de internação. Hospitais foram criados nas cidades europeias no século XI pela Igreja cristã para cuidado aos pobres, como ação de caridade, que envolvia garantir hospedagem, alimentação e cuidado para a alma e o corpo, contudo vários séculos transcorreram até que se ofertassem cuidados de saúde efetivos, como discutido no capítulo 18. No mundo muçulmano, instituições similares surgiram no século XIII articuladas com grandes mesquitas para o tratamento de fiéis gravemente enfermos.

Os primeiros cuidados ambulatoriais de forma mais coletiva foram fornecidos por meio das corporações de artesãos a partir do século XIII, que criaram fundos para proteção de seus membros em caso de infortúnios e passaram a contratar médicos para atender a seus filiados. Como descrito no capítulo 3, a partir do século XVIII, as sociedades de ajuda mútua de trabalhadores industriais passaram a contratar médicos individuais para atender a seus membros.

As primeiras unidades de saúde ambulatoriais separadas do hospital surgiram na França no século XVII. A primeira foi criada em 1630, com objetivos filantrópicos, por um médico francês em Paris para atendimento gratuito a pobres, e o exemplo foi seguido por escolas de medicina que passaram a oferecer serviços de consultas grátis como campo de treinamento para seus alunos. Esses serviços foram denominados de dispensários, pois também distribuía (dispensavam) medicamentos. Na Inglaterra, os dispensários foram criados a partir do século XVII, sendo o primeiro deles uma iniciativa do Colégio Médico Real de Londres (Royal College of Physicians), e difundidos no século XVIII, quando a idéia do dispensário como lugar para atendimento ambulatorial dos pobres urbanos também chegou aos EUA. Tais dispensários, geralmente dependentes de doações, ocupavam uma pessoa em tempo integral, médico ou farmacêutico, que realizava pequenas cirurgias, aplicava vacina contra varíola, distribuía medicamentos e extraía dentes.

No século XIX, os hospitais passaram a ser reconhecidos como lugar de tratamento mais seguro para todos e não mais apenas local de auxílio para pobres, e nas grandes cidades criaram-se departamentos para assistência ambulatorial. Paralelamente, serviços de saúde pública foram criados para a vigilância de determinadas doenças, como tuberculose, e para o acompanhamento de crianças e outros grupos populacionais. No início do século XX, os dispensários foram substituídos por centros de saúde, em geral por iniciativa de governos locais.

Fonte: Roemer, 1985.

A proposição do Relatório Dawson incluía ainda a organização regionalizada dos serviços de saúde, hierarquizada em nível primário, secundário e terciário. Essas idéias não foram imediatamente implementadas por pressão da corporação médica, mas fundamentaram posteriores iniciativas de organização dos sistemas de saúde. Os centros de saúde foram amplamente difundidos somente na década de 1960, quando muitas unidades foram construídas na Inglaterra. Os médicos generalistas, ainda que permanecendo como profissionais autônomos, passaram a dar consultas nesses centros de saúde, trabalhando ao lado de outros profissionais de saúde, empregados governamentais, como enfermeiras, visitadoras domiciliares e assistentes sociais.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, limitado a serviços preventivos. Experimentado inicialmente em uma das colônias britânicas (Sri Lanka), esse modelo separava funções clínicas e de saúde pública. O centro de saúde atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios de hospitais.

A Fundação Rockefeller fomentou esse modelo de centro de saúde como instituição exclusivamente de saúde pública nas décadas de 1930 e 1940, o que inspirou no Brasil, na época, a criação de centros de saúde e unidades do Serviço de Saúde Pública (Sesp) com apoio da fundação. Exceto para certas doenças transmissíveis – como doenças venéreas e tuberculose, para as quais eram realizados tratamentos como medida para prevenir contágio –, esses centros de saúde não prestavam atendimento clínico nem para os pobres, os quais eram tratados nos ambulatórios de hospitais após comprovarem sua indigência. A idéia de um centro de saúde responsável pela prestação de serviços abrangentes para a população voltou a ser revisitada nas Américas também somente na década de 1960, com a expansão da medicina comunitária nos EUA.

Nos países socialistas, os centros de saúde foram o modelo de atenção ambulatorial predominante – os países socialistas da URSS e do

Leste europeu comportavam um terço da população mundial na década de 1970 – e representaram o modelo de atenção ambulatorial mais inclusivo e integral, articulando serviços clínicos e preventivos de acesso universal gratuito, financiados predominantemente com recursos provenientes de impostos gerais. A equipe básica era constituída por clínico geral ou internista, pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermeiras e pessoal auxiliar. Com freqüência, esses serviços eram chamados de policlínicas e situados em locais de trabalho (Roemer, 1985).

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA EUROPÉIA

Diferentemente do que se observou em países periféricos, nos países de industrialização avançada, principalmente os europeus, a atenção primária continuou seu desenvolvimento como um dos níveis de atenção do sistema de saúde. Nesses países, os cuidados primários correspondem aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, porta de entrada no sistema de saúde, incluindo diferentes profissionais e um leque abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população.

Os países europeus destacam-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espectro de serviços ofertados. Assim, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos, sejam curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde.

Nos países europeus, em geral, há acordo entre os dirigentes setoriais formuladores de políticas e os especialistas em organização de sistemas de saúde, no sentido de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Nesses países, durante os últimos anos, a partir do final da década de 1990, as reformas dos sistemas têm buscado fortalecer esse nível de atenção em suas funções de coordenação e de porta de entrada do sistema de saúde.

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

As modalidades de financiamento da APS são indissociáveis das modalidades de sistemas de saúde. Por conseguinte, é necessário recordar que os sistemas de saúde europeus selecionados diferem em suas modalidades de financiamento e podem ser agrupados em dois modelos de proteção principais: o bismarckiano, com base em seguros sociais de saúde (Social Health Insurance – SHI) de contratação compulsória, financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (sete países); e o Beveridgiano, de serviços nacionais de saúde (National Health Service – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais (oito países).

Nos serviços nacionais de saúde, o acesso é universal, não dependendo da posição na ocupação, pois se entende a assistência à saúde como direito de cidadania, e o acesso é garantido sem necessidade de contribuição prévia direta, obtendo-se o financiamento por meio de recursos fiscais. No Reino Unido, por exemplo, mais de 80% dos gastos em saúde são públicos e financiados em cerca de 90% com receitas de impostos. Nos serviços nacionais de saúde, a atenção primária é, portanto, financiada com recursos fiscais provenientes de impostos gerais (Dixon & Mossialos, 2002).

Já nos países com seguros sociais de saúde, a atenção ambulatorial de primeiro nível é financiada – do mesmo modo que o conjunto das prestações – por contribuições de empregadores e trabalhadores proporcionais aos salários, pelo que se destina apenas aos segurados. Na Alemanha, por exemplo, cerca de 70% dos gastos com saúde são públicos, e destes mais de 90% provêm de receitas de contribuições sociais sobre salários (Giovanella, 2001).

O ator principal da atenção primária é o *general practitioner* (GP) ou *family doctor* ou *Hausarzt*, ou médico de medicina geral, médico generalista, que acompanha as famílias, independentemente de sexo ou idade de seus membros (Saltman, 2005). O GP é o principal profissional médico de primeiro contato na maioria dos países europeus; todavia, a posição dos profissionais de atenção primária e a organização do sistema de saúde diferem entre países, observando-se variação quanto ao tipo de serviço responsável pelo primeiro contato e ao papel que o profissional exerce como porta de entrada e filtro para a atenção especializada.

Nos países em que vigoram sistemas nacionais de saúde, é mais freqüente que a atenção ambulatorial esteja organizada em níveis de atenção a partir da oferta de um generalista para a maioria dos problemas de saúde. O generalista exerce a função de serviços de primeiro contato e é responsável pelos encaminhamentos necessários a um segundo nível de atenção especializado. A responsabilidade pelo primeiro contato é compartilhada, em alguns países, por outros profissionais de atenção primária, como ginecologistas e pediatras, no atendimento dos correspondentes grupos populacionais (Quadro 3).

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

### **Porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*)**

O profissional médico ou o serviço de atenção primária deve ser procurado a cada nova necessidade de atenção, constituindo-se no serviço de primeiro contato e responsável pela referência a serviços especializados conforme as necessidades. A porta de entrada obrigatória funciona como um instrumento que facilita a coordenação dos cuidados pelo generalista e delega ao profissional de atenção primária poder sobre os outros serviços.

### **Porta de entrada obrigatória**

Um aspecto crucial para a caracterização da atenção primária é a análise da posição desse serviço na rede assistencial como serviço de primeiro contato com instituição de **porta de entrada obrigatória** (mecanismo de *gatekeeper*), considerada instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo generalista.

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

O exercício da função de porta de entrada obrigatória implica a obrigatoriedade de inscrição dos pacientes em um consultório de GP ou em unidade primária de saúde. Assim, países com porta de entrada obrigatória também dispõem de sistema de inscrição de pacientes (Quadro 3). A inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão/segurado, que desfruta de certa liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca – entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico. Trata-se de situação diferente do que ocorre no Brasil, onde o acesso ao programa decorre de adscrição compulsória, ou seja, cadastramento da população de determinada área geográfica por parte dos agentes comunitários de saúde.

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

#### **Para refletir**

Observe a situação dos países europeus no Quadro 3 e compare com a organização dos serviços do SUS em sua cidade.

O Quadro 3 sintetiza a posição dos serviços de atenção primária no sistema de saúde em países europeus selecionados. Com base nas modalidades de sistemas de saúde, indicam-se algumas características dos serviços de primeiro contato, tais como: os profissionais médicos responsáveis pelo primeiro contato; os tipos de unidade de saúde de atenção primária; o exercício da função de porta de entrada obrigatória; a exigência de inscrição de pacientes no GP ou unidade de saúde e o número médio de pacientes inscritos por GP.

Quadro 3 – Características dos serviços de primeiro contato em 15 países selecionados da União Européia – 2006

Países por modalidade do sistema de saúde	Profissional médico de primeiro contato	Tipo de unidade de saúde de APS	Papel de porta de entrada obrigatória	Inscrição de pacientes	Número médio de pacientes na lista do GP***
<b>SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</b>					
Dinamarca	GP	Consultório grupo	X	X	1.600
Espanha	GP, pediatra	Centro saúde	X	X	2.500
Finlândia	GP	Centro saúde	não	não	-
Grécia	GP	Centro saúde	não	não	-
Itália	GP, pediatra	Consultório ind.	X	X	1.030
Portugal	GP	Centro saúde	X	X	1.500
Reino Unido	GP	Consultório grupo	X	X	1.850
Suécia	GP*	Centro saúde	não	não	-
<b>SEGURO SOCIAL</b>					
Alemanha	Especialista ou GP	Consultório ind.	não	não	-
Áustria	Especialista ou GP	Consultório ind.	não	não	-
Bélgica	GP	Consultório ind.	não	não	-
França	Especialista ou GP	Consultório ind.	não	não	-
Holanda	GP	Consultório grupo	X	X	2.350
Irlanda	GP	Consultório ind.	X	X**	-
Luxemburgo	Especialista ou GP	Consultório ind.	não	não	não

\* Na Suécia, parte das crianças é atendida por pediatras, e em alguns centros de saúde trabalham ginecologistas.

\*\* Inscrição somente para pacientes de baixa renda.

\*\*\* Para Espanha e Holanda, número máximo de pacientes inscritos por GP.

Fonte: Adaptado de Giovannella, 2006.

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

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

Quando o especialista está restrito ao hospital, como nos serviços nacionais de saúde, ocorre melhor integração da atenção hospitalar com a especializada e o uso mais racional de equipamentos médicos (uso compartilhado para pacientes internados e para especialistas), realizando-se menor número de procedimentos especializados, como tomografias computadorizadas, por exemplo. Na Dinamarca, existem 14,6 tomógrafos por um milhão de habitantes e são realizadas 0,9 tomografias/cem mil habitantes; na Áustria, existem 29,2 tomógrafos por um milhão de habitantes e são realizados 2,5 exames/cem mil habitantes ao ano, sem prejuízo para os resultados em saúde, tanto que a situação de saúde da população dinamarquesa é bem melhor que a da austríaca (Wendt & Thompson, 2004; OECD, 2007).

## POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

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

### Antecedentes históricos

A saúde pública no Brasil tornou-se uma função estatal na década de 1930, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias de saúde pública e da organização de serviços rurais de profilaxia. A organização das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e individual realizava-se pela assistência médica

urbana, com base em especialidades médicas, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados na década de 1920 e 1930, no campo do seguro social (Hochman & Fonseca, 1999).

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

O modelo Sesp das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller. Caracterizou-se pela centralização normativa e ressaltou a articulação entre diferentes níveis de intervenção em favor da saúde como elemento estrutural ao desenvolvimento regional; foi aplicado no Norte e no Nordeste do país, onde se implantou em áreas estratégicas da produção de matérias-primas (como borracha e manganês).

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica, a qual foi debatida em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando se confrontaram duas perspectivas: uma era unificadora, estruturada em torno de um conjunto de idéias designadas como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra era oriunda do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social.

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

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

---

Para conhecer em detalhe o processo histórico das políticas de saúde no Brasil no século XX, consulte os capítulos 10 e 11, que abordam a história dessas políticas de 1822 a 1990.

---

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

As experiências mencionadas resultaram de um esforço dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas, que desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária. Esses departamentos recebiam apoio financeiro de organismos internacionais em articulação com secretarias estaduais e municipais de Saúde, desmascarando a precariedade da oferta pública de cuidados médicos.

A trajetória desses experimentos não foi homogênea nem consensual, mas trouxe novas bases para o debate sobre o modelo de atenção vigente e suas alternativas, indicando a urgência de uma reforma setorial no plano nacional. O êxito de algumas experiências fez com que, em 1974, a previdência social brasileira modificasse seu relacionamento com os hospitais de ensino, revendo os convênios entre o Ministério da Educação e Cultura e o da Previdência Social quanto à lógica do financiamento e permitindo às escolas médicas contar com aporte maior de recursos, corrigindo ainda distorções assistenciais já detectadas.

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

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

diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creches etc.

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

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

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

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

Em 1980, a partir de uma articulação entre setores do Ministério da Saúde e da assistência médica previdenciária, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde), que pretendia estender os benefícios experimentados aos centros urbanos de maior porte e minimizar o efeito da crise previdenciária. Essa medida aprofundou o debate político dentro do setor em favor da efetiva universalização da assistência médica, embora não se tivesse alcançado sua aprovação.

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

O Plano Conasp propôs uma racionalização da atenção médica previdenciária – respaldada em orientações técnicas de organismos internacionais (como a Organização Pan-Americana da Saúde) e no acúmulo de conhecimento teórico-científico produzido internamente no Brasil – que foi consolidada com a expansão das AIS. Contudo, sua implementação esteve condicionada pelo assistencialismo do modelo de previdência social desenvolvido, o qual se caracterizava pela extensão de cobertura de baixa qualidade, seja de serviços em atenção de saúde primária, seja de benefícios de programas focais de assistência social, de prestação de renda direta a famílias carentes em comunidades de baixa renda (Mendonça, 1992).

As Ações Integradas de Saúde tomadas como estratégia em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, Inamps, secretarias estaduais e municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros.

Outros programas de atenção primária direcionados a grupos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher

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

### Sistema Único de Saúde e redefinição do modelo de atenção à saúde

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

A Reforma Sanitária foi contemporânea à reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A definição constitucional da saúde como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federativa de 1988, art. 196) reconheceu nova correlação de forças no plano da sociedade e no cenário político de luta por ampliação da cidadania (Fleury, 1994).

As bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Foram complementadas na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (I e II), de 1990, que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social – como analisado no capítulo 12.

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

---

O movimento sanitário em suas três vertentes é analisado no capítulo 11.

---

### Um programa de atenção primária seletiva: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental da Reforma Sanitária, permitiu que na construção do SUS se buscasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades. Todavia, na década de 1990, a tensão entre o avanço do projeto neoliberal – ou contra-reforma, por propugnar a redução dos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado – e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde – ao qual foram incorporados estruturas, serviços e profissionais da assistência médica previdenciária em 1990 – adotar mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da ‘assistência básica’, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população.

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

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.

Outro objetivo foi atender à demanda política das secretarias municipais de Saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica. A institucionalização dos agentes comunitários de saúde envolveu o entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Implicou também a ruptura do preconceito quanto à realização de serviços de

---

A expansão do modelo Pacs para outras regiões do país a partir de 1993-94 respondeu a novos objetivos políticos do governo federal. Um deles foi priorizar as áreas periféricas das grandes cidades identificadas como bolsões de pobreza pelo ‘Mapa da Fome’, aproveitando-se o impacto positivo nos indicadores de saúde e a possibilidade de se chegar a uma forma descentralizada de operação da política de saúde, observada no funcionamento do programa no Nordeste.

---

atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a responsabilidade de um supervisor.

#### Para refletir

Compare a atuação dos ACS com a experiência dos médicos de pés descalços chineses, mencionada na primeira parte deste capítulo (no item “A Conferência de Alma-Ata e as bases para uma APS abrangente”). Quais deveriam ser as atribuições dos ACS no Brasil?

Tal fato exigiu a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, além de supervisão especializada, o que condicionou a presença de um profissional de saúde de nível superior, o enfermeiro, na base operacional de todo o processo de trabalho dos agentes. Desse modo, promoveu-se inicialmente uma mudança das práticas/ações de saúde, espacial e técnico-administrativa, ao se desenvolverem ações de saúde extramuros, não mais centradas na figura do médico. A posterior incorporação das atividades desenvolvidas pelos agentes à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS garantiu o seu pagamento com algum controle e possibilidade de avaliação dos resultados.

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

#### O Programa e a posterior Estratégia de Saúde da Família

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

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

Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído. Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

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

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

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

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

O PAB variável é composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos, que em 1998 eram o PSF/Pacs, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária. Os recursos recebidos pelos municípios

---

Uma síntese da NOB 96  
você encontra no  
capítulo 12. Consulte.

---

por meio do PAB variável, portanto, 'variam' conforme a adoção ou não desses programas pelo município.

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

Se a atenção básica confere prestígio político ao prefeito por parte da população, a regulação dos serviços contratados pelo SUS implica efetivo instrumento de poder em face dos provedores públicos e privados de saúde. Assim, a efetivação de adequada regulação é um permanente desafio para a gestão do SUS e para a garantia de atenção integral e integrada (Heiman & Mendonça, 2005).

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

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

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

Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do Pacs/PSF,

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

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

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

Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por seiscentas a mil famílias residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (Brasil, 2006).

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

modos, e ainda são poucos os estudos que permitem saber se mudanças substanciais foram efetivamente implementadas no modelo assistencial. Estudos recentes indicam alguns resultados de desempenhos mais positivos dos serviços de Saúde da Família em comparação com aqueles de atenção básica tradicional (Elias et al., 2006; Facchini et al., 2006).

**A Equipe de Saúde da Família (ESF)** é multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. É responsável pelo acompanhamento da saúde de seiscentas a mil famílias (média recomendada de três mil pessoas, no máximo quatro mil).

A equipe de saúde bucal (ESB) tipo I é composta por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, e nas ESB tipo II também por técnico de higiene dental com trabalho integrado a uma ou duas ESF.

Fonte: Brasil, 2006.

O PSF expandiu-se ao longo da década de 1990 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do PAB variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento –, atingindo em 2007 mais de 90% dos municípios brasileiros, com 27 mil equipes, e cobertura populacional de 46% (cerca de 87 milhões de habitantes). Um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade *vis-à-vis* às imensas disparidades inter e intra-regionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

Ao se dirigir às famílias e ao seu meio ambiente (população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde), as equipes de Saúde da Família devem, segundo o Ministério da Saúde, projetar “uma ação contínua, personalizada e ativa” com base no “estabelecimento de vínculos e criação de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”, além de ênfase na atenção integral (Brasil, 1998).

Em sua trajetória, o PSF contribuiu para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde, ordenando a demanda, direcionando o financiamento e conciliando os interesses organizados em torno da saúde, como já mencionado.

Os serviços básicos de saúde permanecem caracterizados pela presença quase absoluta do setor público e pela dependência de sua integração em rede mais ampla, que tenha resolutividade para possibilitar a inclusão da população inserida marginalmente no sistema de produção econômica – dada a localização geográfica desses serviços em pequenas localidades nas zonas rurais ou em periferias de grandes cidades, principalmente em sua fase inicial de implantação.

---

Para conhecer a cobertura atual do Programa Saúde da Família, consulte: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>.

---

O processo de construção do SUS, pontuado por descontinuidades, acertos e desacertos em relação a suas principais diretrizes, não está consolidado. Algumas experiências na esfera municipal representam formas de aproximação ao que pode ser um sistema público de saúde para a população que atende às suas necessidades de saúde. Outras experiências revelam a heterogeneidade de redes e condições de acesso, bastante distintas dos padrões alcançados pelos sistemas de proteção social em saúde de países desenvolvidos.

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

#### Para refletir

Você conhece uma Unidade de Saúde da Família? De acordo com sua experiência, essa unidade atua de fato como serviço de primeiro contato de procura regular e garante a continuidade dos cuidados, quando há necessidade de referência para serviços especializados?

A partir de 2003, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), estratégia negociada pelo Ministério da Saúde, para vigência de sete anos com financiamento internacional, visando à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes).

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

Em 2006, o Ministério da Saúde, levando em consideração essas evidências, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria mi-

nisterial n. 648/GM, de 28 de março, mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Com isso, reviu as funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem PSF –, assim como propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica.

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

A atenção básica é designada, então, como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (Brasil, 2006: 10)

Essa proposição da Política Nacional de Atenção Básica incorporou os princípios e atributos de uma concepção de atenção primária à saúde abrangente, que é coerente com o processo da renovação de APS nas Américas, tal como preconizado pela Opas (Opas/OMS, 2005), como se pode observar no Quadro 4.

#### Quadro 4 – Fundamentos da Atenção Básica – Política Nacional de Atenção Básica. Brasil – 2006

- Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.
- Efetivação da integralidade em suas várias dimensões, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e coordenando o cuidado na rede de serviços.
- Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade.
- Valorização dos profissionais de saúde por meio de formação e capacitação.
- Realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados.
- Estímulo à participação popular e controle social.

Fonte: Brasil, 2006.

### ESTRUTURA DA OFERTA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

A estrutura da oferta do setor ambulatorial brasileiro é heterogênea, composta por serviços públicos e privados de diversos tipos. No SUS, são ofertados serviços ambulatoriais por postos e centros de saúde, policlínicas de especialidades e ambulatórios de hospitais. A oferta do setor privado é composta por consultórios privados de médicos profissionais autônomos e por clínicas, cujos médicos são empregados assalariados. No setor privado, o acesso ocorre mediante desembolso direto ou por planos de saúde, uma vez que a maioria das clínicas privadas estabelece contratos com planos de saúde.

Do conjunto de unidades ambulatoriais do SUS, apenas uma parte refere-se à atenção de primeiro nível, correspondendo a serviços de atenção primária. Em geral, ambulatórios de hospitais e policlínicas oferecem serviços de especialidades e são considerados serviços secundários. As principais unidades de atenção primária são os postos e centros de saúde, em parte atualmente chamados de Unidades de Saúde da Família.

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

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

No SUS, a garantia de atenção básica em saúde é de responsabilidade da administração municipal. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis em seu território pela organização e execução das ações de saúde em unidades de saúde próprias.

### Serviços de primeiro contato

Tradicionalmente, não foi definida uma unidade de saúde como porta de entrada obrigatória do sistema no país. Contudo, o Ministério da Saúde pretende que os serviços de atenção básica sejam a porta de entrada preferencial. Como não há definição clara, os serviços de primeiro contato podem ser tanto postos e centros de saúde quanto serviços especializados prestados em ambulatórios de hospitais e policlínicas. A procura por serviços de emergência para primeiro contato é também freqüente.

A maior parte dos brasileiros afirma dispor de um serviço de procura regular que busca, a cada nova necessidade de atenção, um indicativo da disponibilidade de serviços e do que facilita o acesso. O percentual desse segmento da população aumentou a partir de 2000, sinalizando melhoria de acesso aos serviços de saúde para a população brasileira após a definição do Piso de Atenção Básica em 1998.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), com enfoque no acesso e na utilização de serviços de saúde e realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003, mostrou que 79% da população brasileira faz uso regular de algum tipo de serviço de saúde, percentual que correspondia a 71% em 1998 (IBGE, 1998, 2003). Os três tipos de serviços mais procurados são: postos ou centros de saúde, ambulatórios de hospitais e consultórios particulares.

O posto ou centro de saúde é a modalidade mais procurada, constituindo serviço de procura regular para 52% dos entrevistados, principalmente entre a população nas menores faixas de renda média familiar. Consultórios médicos particulares são serviços de procura regular de 18% da população, ao passo que ambulatórios de hospitais são utilizados

por, aproximadamente, 17% da população. Outros 6% citaram pronto-socorro e emergência como seu serviço de primeiro contato regular, o que não seria indicado, pois não permite acompanhamento (IBGE, 2003).

Nesse inquérito, a disponibilidade de um serviço de procura regular não apresentou variação conforme a renda. Todavia, o tipo de serviço procurado varia com a renda. Postos, centros de saúde e ambulatórios de hospitais são procurados por população de menor renda. Consultórios e clínicas privadas são indicados como serviço de procura regular por pessoas dos estratos populacionais de maior renda.

A Pnad 2003 mostrou ainda que, entre os entrevistados que procuraram serviços de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa, 39% foram atendidos em um posto ou centro de saúde e 27% em consultórios privados. Os outros 30% foram atendidos em ambulatórios de hospitais, clínicas, empresas e emergências, mostrando uma diversidade de serviços de primeiro contato que, em grande parte, não correspondem a serviços de atenção primária.

### Sistema de referência

A organização dos fluxos de usuários visando à garantia de acesso a serviços e ações especializados de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade do governo municipal. Contudo, como não há definição de serviço de porta de entrada obrigatória, o sistema não está organizado por níveis de atenção em muitos municípios, e não há um sistema de referência estabelecido. Em parte dos municípios, o acesso ao atendimento especializado é direto, sem necessidade de encaminhamento prévio do médico generalista. Entretanto, em geral, é preciso madrugar e enfrentar filas diárias para conseguir o atendimento, devido à inexistência de agendamento prévio e à insuficiência de oferta.

Algumas cidades organizaram recentemente seus serviços em uma rede, condicionando o acesso a ações especializadas ao encaminhamento pelos médicos da atenção básica (médico de família, clínico geral, pediatra, ginecologista). Nessas cidades, como mecanismo de integração do sistema, estão sendo organizadas centrais de regulação e marcação de consultas, e os serviços especializados passam a ser agendados pela unidade básica de saúde que os encaminhou, reduzindo as barreiras de acesso dos usuários à atenção secundária.

No SUS, em geral, não há liberdade de escolha do médico pelo paciente. Nos territórios cobertos por equipes de Saúde da Família, a adscrição é automática por local de moradia. Para pacientes segurados privadamente, a escolha é possível, porém, na maior parte dos casos, restrita a um plantel de profissionais credenciados pelo plano de saúde.

## Oferta de serviços

O IBGE realiza, de modo não rotineiro, um censo geral de estabelecimentos de saúde que proporciona um panorama nacional da estrutura da oferta de serviços de saúde no país, pois coleta informações de todos os tipos de unidades de saúde, exceto dos consultórios individuais privados. Em 2005, este censo – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) – mostrou a existência no país de 55.328 unidades de saúde sem internação, sendo que 43.160 integravam o SUS (41.260 públicas e 1.900 privadas), correspondendo a 78% do total. As tabelas 1 e 2 mostram detalhes da oferta ambulatorial no país para 2002, segundo dados da pesquisa AMS 2002 disponibilizados no *site* do Datasus, que permitem análise mais detalhada.

Como se observa na Tabela 1, em 2002 existiam no país 40.976 unidades de saúde sem internação, que prestavam atendimento ambulatorial, dentre as quais a grande maioria integrava o SUS (79%). Cerca da metade dessas unidades ambulatoriais (55%) prestava somente atendimento geral, ao passo que 31% ofereciam também especialidades e 13%, serviços especializados. A maior parte das unidades ambulatoriais corresponde, portanto, a serviços de atenção primária. Contudo, os dados não permitem a separação precisa entre serviços de primeiro nível e atenção secundária, pois parte dos estabelecimentos com especialidades corresponde a serviços primários.

A área construída, um dos dados coletados na pesquisa, informa sobre a infra-estrutura das unidades. Cerca da metade (46%) das unidades ambulatoriais era pequena, com área construída de até cem metros quadrados, e outras 40% apresentavam área construída entre cem e quinhentos metros quadrados. Apenas um quinto (23%) das unidades ambulatoriais realizava ou coletava material para exames, o que implica dificuldade de acesso com deslocamento do paciente a um serviço específico sempre que lhe for solicitado exame para complementar diagnóstico (IBGE, 2002).

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde sem internação com atenção ambulatorial, segundo características selecionadas por região. Brasil – 2002

Região	TOTAL	Até 100 m <sup>2</sup> área construída		Atendimento SUS		Coleta ou realiza exames		Atendimento geral	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	3.133	1.833	58,5	2.792	89,1	734	23,4	2.487	79,4
Nordeste	13.407	7.468	55,7	11.281	84,1	2.925	21,8	9.603	71,6
Sudeste	14.617	4.953	33,9	10.445	71,5	3.700	25,3	4.695	28,1
Sul	6.904	3.211	46,5	5.749	83,2	1.284	18,5	4.103	59,4
Centro-Oeste	2.915	1.193	40,9	2.108	72,3	661	22,7	1.723	59,1
<b>BRASIL</b>	<b>40.976</b>	<b>18.658</b>	<b>45,5</b>	<b>32.375</b>	<b>79,0</b>	<b>9.304</b>	<b>22,7</b>	<b>22.611</b>	<b>55,2</b>

Fonte: IBGE, 2002.

A maior parte das unidades ambulatoriais do SUS corresponde a postos e centros de saúde, que realizam também ações de saúde pública, como mencionado. Assim, dois terços das unidades SUS realizam imunização (Tabela 2). Contudo, apenas 20% fazem investigações epidemiológicas, uma das funções de controle de doenças tradicionalmente de responsabilidade dos centros de saúde – o que sugere insuficiente responsabilização de tais estabelecimentos por ações de saúde pública imprescindíveis. A dispensação de medicamentos é feita em apenas um quarto das unidades ambulatoriais do SUS, enquanto um quinto delas faz visitas domiciliares, correspondendo, em sua maioria, a unidades de Saúde da Família.

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde sem internação com atenção ambulatorial do SUS, segundo características selecionadas, por região. Brasil – 2002

Região	TOTAL Atendimento SUS	Com farmácia/ dispensa medicamentos		Realiza visita domiciliar		Realiza investigação epidemiológica		Realiza imunização	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	2.792	444	15,9	346	12,4	249	8,9	1.424	91,0
Nordeste	11.281	1.333	11,8	1.066	9,4	1.015	8,9	8.185	72,6
Sudeste	10.445	4.594	43,9	3.086	29,5	3.423	32,8	6.327	60,6
Sul	5.749	1.147	19,9	1.228	21,4	1.188	20,7	3.602	62,7
Centro-Oeste	2.108	749	35,5	579	27,5	574	27,2	1.524	72,3
<b>TOTAL</b>	<b>32.375</b>	<b>8.567</b>	<b>26,5</b>	<b>7.085</b>	<b>21,9</b>	<b>6.449</b>	<b>19,9</b>	<b>21.062</b>	<b>65,1</b>

Fonte: IBGE, 2002.

### Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Os laboratórios e outros serviços de diagnose e terapia integram também o setor ambulatorial, e parte deles corresponde a serviços de APS. Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são ofertados pelo SUS em serviços próprios inseridos em centros de saúde, policlínicas e hospitais e por meio de contratos com prestadores privados. É no setor de diagnose e terapia que a característica da estrutura de oferta de serviços de saúde no país, com predominância da participação de prestadores privados, é mais evidente. A participação de serviços do SUS no conjunto de estabelecimentos de diagnose e terapia é a mais baixa de todos os setores.

As unidades que oferecem exclusivamente serviços de laboratório e de apoio à diagnose e terapia, em sua grande maioria, pertencem ao setor privado: somente 6% são públicas e, do total desses estabelecimentos no país (11.518 em 2002), apenas 38% (4.347) fazem parte da rede SUS (IBGE, 2002). Ou seja, um número significativo de estabelecimentos existentes é de acesso restrito a filiados de planos e seguros de saúde ou a grupos populacionais de estratos de renda superior, que podem pagar diretamente. Desse modo, o setor de serviços de diagnose é onde se encontram as maiores dificuldades de acesso aos usuários do SUS.

### Recursos humanos

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária informa igualmente os tipos de profissionais de saúde que trabalham nas unidades ambulatoriais (Tabelas 3 e 4). Entre os profissionais de nível superior, a referência maior é o médico, mais precisamente o clínico geral, seguido pelo dentista e pelo enfermeiro. O quantitativo médio desses profissionais por unidade, entretanto, é baixo, sendo próximo a um. Trabalham também nessas unidades: pediatras (0,55/unidade de saúde) e gineco-obstetras (0,41/unidade de saúde). Somando os profissionais médicos das clínicas básicas, a média é de 2,67 vínculos desses profissionais por unidade de saúde sem internação com atendimento ambulatorial do SUS.

Nas unidades de saúde, a atuação de profissionais de nível superior de outras áreas sociais é pouco freqüente. Apenas pequena parte das unidades básicas de saúde emprega outros profissionais, como os assistentes sociais, com a média de 0,16 assistente social/unidade de saúde, registrando-se maior presença na região Sudeste e quase ausência na Nordeste (0,29 e 0,08 profissional por unidade de saúde, respectivamente) (Tabelas 3 e 4).

---

As dificuldades de acesso às ações e aos serviços de média complexidade, entre os quais se situa parte dos procedimentos em diagnose e terapia, são detalhadas no capítulo 17, sobre atenção especializada. Confira.

---



---

A oferta de profissionais de saúde e de postos de trabalho é discutida com detalhe no capítulo 9, que apresenta dados atualizados do emprego em saúde no Brasil, com base em resultados da pesquisa AMS/IBGE 2005. Consulte.

---

Tabela 3 – Recursos humanos em unidades de saúde sem internação com atendimento ambulatorial do SUS, segundo ocupações selecionadas, por região. Brasil – 2002

Região	Clínico geral		Médico de família		Pediatra		Enfermeiro	
	n	Média por unidade	n	Média por unidade	n	Média por unidade	n	Média por unidade
Norte	2.032	0,73	879	0,31	647	0,23	2.143	0,77
Nordeste	7.642	0,68	7.049	0,62	2.309	0,20	10.419	0,92
Sudeste	19.090	1,82	4.427	0,42	11.347	1,09	11.499	1,10
Sul	8.462	1,47	2.155	0,37	2.471	0,43	4.854	0,84
Centro-Oeste	2.301	1,09	1.102	0,52	891	0,42	2.078	0,99
<b>TOTAL</b>	<b>39.531</b>	<b>1,22</b>	<b>15.612</b>	<b>0,48</b>	<b>17.665</b>	<b>0,55</b>	<b>30.993</b>	<b>0,96</b>

Fonte: IBGE, 2002.

Tabela 4 – Recursos humanos em unidades de saúde sem internação com atendimento ambulatorial do SUS, segundo ocupações selecionadas, por região. Brasil – 2002

Região	Gineco-obstetra		Odontólogo		Assistente social	
	n	Média por unidade	n	Média por unidade	n	Média por unidade
Norte	473	0,17	1.685	0,60	316	0,11
Nordeste	2.205	0,19	9.256	0,82	876	0,08
Sudeste	8.204	0,79	17.381	1,66	3.003	0,29
Sul	1.935	0,34	6.690	1,16	760	0,13
Centro-Oeste	766	0,36	2.687	1,27	283	0,13
<b>BRASIL</b>	<b>13.583</b>	<b>0,41</b>	<b>37.999</b>	<b>1,17</b>	<b>5.239</b>	<b>0,16</b>

Fonte: IBGE, 2002.

No Brasil, a disponibilidade de profissionais de saúde atuantes em qualquer serviço de saúde – vinculados ao SUS ou à saúde suplementar – apresenta muitas desigualdades regionais, variando de 2,3 médicos por mil habitantes, na região Sudeste, a 0,8 médico/habitante, na região Norte, a mais desfavorecida. Observa-se, todavia, leve tendência à redução dessas desigualdades regionais com incremento nas regiões desfavorecidas. Em 2002, a relação de médicos por mil habitantes na região Norte era de 0,6, e na região Sudeste, de 2,1.

O profissional de saúde de maior oferta é o médico, seguido por odontólogo. A oferta de enfermeiros é bem inferior à de médicos, na proporção de 2,5 médicos para cada enfermeiro em atividade no país. Encontra-se em atividade no país apenas 0,64 enfermeiro/mil habitantes.

Tabela 5 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, por região. Brasil – 2005

Região	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	Técnico de enfermagem
Norte	0,82	0,48	0,48	0,83
Nordeste	0,99	0,53	0,53	0,42
Sudeste	2,28	1,59	0,72	0,95
Sul	1,73	1,19	0,73	1,14
Centro -Oeste	1,68	1,29	0,65	1,44
<b>TOTAL</b>	<b>1,68</b>	<b>1,13</b>	<b>0,64</b>	<b>0,86</b>

Fonte: Indicadores Básicos de Saúde (IDB). Disponível em: <www.datasus.gov.br.>.

Na década de 1990, observou-se mudança no comportamento do mercado de trabalho em saúde com alteração na composição da equipe, devido à inserção de novos tipos de profissionais e maior qualificação. Esse processo é também analisado no capítulo 9.

Em comparação internacional, a relação número total de médicos em atividade (SUS e/ou serviços exclusivamente privados) por habitante no Brasil é baixa. Em 2006, segundo informações do Conselho Federal de Medicina, estavam em atividade 311.695 médicos para uma população estimada em 186.770.613, correspondendo à relação de 1,7 médico/mil habitantes.

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.

A Tabela 6 possibilita a comparação internacional: apresenta dados de países selecionados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), integrada pelos países de maior renda *per capita* mundial. Na maior parte dos trinta países que compõem a OECD, o número de médicos ativos por mil habitantes (atuantes no setor ambulatorial ou hospitalar) está em torno de três – variando, em 2005, de 3,8, na Itália, a 1,8 profissional por mil habitantes no México.

Tabela 6 – Médicos ativos por mil habitantes. Países selecionados – 2000, 2005\*

País	Médicos/1.000 hab.		Consultas médicas/1.000 hab.	
	2000	2005	2000	2005
Alemanha	3,3	3,4	7,3	7,0
Áustria	3,1	3,5	6,7	6,7
Canadá	2,1	2,2	6,3	6,0
Espanha	3,2	3,8	7,8	9,5
EUA	2,3	2,4	3,7	3,8
França	3,3	3,4	6,8	6,7
Itália	4,9	3,8	6,1	7,0
Japão	1,9	2,0	14,4	13,8
México	1,6	1,8	2,5	2,5
Portugal	3,1	3,4	3,5	3,9
Reino Unido	2,0	2,4	5,3	5,1
Suécia	3,1	3,4	2,8	2,8

\* Ou último ano disponível: 2004.

Fonte: OECD, 2007.

Os **consultórios individuais privados** não são contabilizados na pesquisa nacional de serviços de saúde AMS/IBGE. Em geral, os consultórios individuais não fazem parte da rede SUS e são acessados por meio de pagamento direto dos pacientes ou mediante o asseguarmento privado a plano de saúde.

### Natureza jurídica dos serviços de saúde

A oferta de serviços ambulatoriais no país, excluindo-se os **consultórios individuais privados**, é predominantemente pública. Do total de estabelecimentos ambulatoriais (sem internação) existentes em 2002, 75% são públicos; 21%, privados; e 3%, filantrópicos.

Como mencionado, a maioria (79%) dos estabelecimentos ambulatoriais integra a rede SUS, o que inclui todos os estabelecimentos públicos, 39% dos filantrópicos e apenas pequena parte das clínicas privadas (10%). Assim, a rede ambulatorial SUS é constituída predominantemente por serviços públicos estatais (96% em 2002).

De forma coerente com o importante processo de descentralização ocorrido desde a segunda metade da década de 1980, a quase totalidade das unidades ambulatoriais públicas de saúde (96%) pertencia, em 2002, aos executivos municipais, enquanto esse percentual em 1992 era de 71% (Tabela 7).

No processo de descentralização, as unidades assistenciais de saúde pertencentes aos estados e ao governo federal foram transferidas para os municípios, que passaram a gerenciá-las e financiá-las com os aportes financeiros federais e próprios. A Tabela 7 mostra também **expansão**

significativa do número de estabelecimentos do setor ambulatorial público na década de 1990, cerca de 40%, tendo sido criadas dez mil novas unidades públicas.

#### Expansão da oferta de serviços ambulatoriais públicos

É interessante destacar que desde a segunda metade da década de 1980, com a criação do SUS e o aumento das responsabilidades dos municípios na atenção à saúde, observou-se importante e progressiva expansão da cobertura da atenção básica em saúde no país, com um incremento de 467% entre 1980 e 2005. Em 1980, existiam apenas 8.828 estabelecimentos de saúde públicos sem internação no país; em 1988, este número alcançara 19.649; em 2002, 35.086; e em 2005, 41.260. Comparando os resultados da AMS/IBGE de 2002 e 2005, observa-se um novo incremento de 18% no número de unidades ambulatoriais públicas no país em dois anos, indicando continuidade da expansão da cobertura assistencial.

Fonte: IBGE, 2005.

Tabela 7 – Evolução dos estabelecimentos públicos de saúde sem internação,\* segundo esfera administrativa. Brasil – 1992, 2002

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total público	Privado	TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n.	n	n
1992	1.175	4,7	6.187	24,8	17.616	70,6	24.960	8.963	33.923
2002	483	1,4	856	2,4	33.747	96,2	35.086	11.342	46.428

\* Excluídos os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia.  
Fonte: IBGE, 2002.

### Utilização

A participação do SUS na prestação ambulatorial é muito importante, e estima-se que o sistema financia 73% das consultas médicas contabilizadas no Brasil (IBGE, 2002). Embora a cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS ainda possa ser considerada baixa e permaneçam fortes desigualdades regionais no acesso e na utilização, observa-se leve tendência de aumento gradual da cobertura.

Nos últimos anos, a quantidade de consultas médicas realizadas pelo SUS cresceu em 14% – levando à pequena elevação da concentração de consultas médicas por habitante/ano de 2,2, em 1996, para 2,5, em 2003 e 2005, com produção de 461 milhões de consultas no ano segundo os Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB) (Tabela 8). A partir da

Pnad-Saúde de 2003, foi estimada também a média de 2,4 consultas/ano/habitante para o conjunto da população, independentemente da forma de financiamento, incluindo SUS, desembolso direto e planos de saúde privados.

Assim como para a disponibilidade de profissionais, não é possível definir uma norma internacional de número adequado de consultas por habitante/ano, uma vez que se observam diferenças demográficas, epidemiológicas e de organização dos serviços entre países. Todavia, a comparação internacional parece indicar uma baixa cobertura de consultas médicas por habitante/ano no Brasil. Em comparação internacional, segundo dados da OECD em 2005, os números médios de consultas médicas por habitante eram: Espanha, 9,5; Alemanha, 7,3; Canadá, 6,0; Reino Unido, 5,1; EUA, 3,8; Portugal, 3,2; Suécia, 2,8; e México, 2,5. Apenas a média deste último país aproxima-se da média no Brasil (Tabela 6).

Existem acentuadas desigualdades regionais de cobertura por consultas médicas do SUS, com diferenças de cerca de 50%. A população da região Norte é a mais desfavorecida, recebendo apenas 1,9 consulta ao ano, ao passo que a região Sudeste é a de melhor cobertura, com 2,9 consultas ao ano (2005). Destaca-se que, na última década, observou-se leve redução das disparidades regionais na utilização de serviços de saúde do SUS (Tabela 8).

Tabela 8 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante ao ano por região. Brasil – 1996, 2001, 2003, 2005

Região	1996	2001	2003	2005
Norte	1,36	1,63	1,86	1,96
Nordeste	2,01	2,19	2,33	2,20
Sudeste	2,58	2,79	2,86	2,88
Sul	1,97	2,35	2,36	2,33
Centro-Oeste	2,12	2,41	2,41	2,42
<b>TOTAL</b>	<b>2,21</b>	<b>2,44</b>	<b>2,53</b>	<b>2,50</b>

Fonte: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB). Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>.

#### Para refletir

Acesse <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)> e consulte Informações em Saúde, Indicadores e Dados Básicos. Atualize os dados da tabela e analise a evolução da cobertura de consultas médicas por habitante nas regiões brasileiras. A tendência à redução das disparidades permanece? Quais são os principais determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde? Compare com o capítulo 6.

Os resultados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios-Suplemento Saúde (Pnad-Saúde) mostram também as desigualdades sociais na utilização: observa-se correlação positiva entre acesso a consultas médicas e poder aquisitivo. Em 1998, entre as pessoas de menor renda familiar, 50% declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses. Entre o grupo com rendimento familiar acima de vinte salários mínimos, todavia, esse percentual sobe para 67%, indicando maior utilização nas camadas de renda mais alta.

## DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em síntese, uma análise das abordagens de atenção primária à saúde nas políticas formuladas e implementadas a partir do SUS no Brasil permite identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS, em disputa com períodos de predomínio de uma ou outra concepção e o uso de diferentes termos para qualificá-la.

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

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

A preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil durante a implementação do SUS, como mencionado no início deste capítulo, pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Assim, gradativamente, o termo APS foi substituído por ‘atenção básica à saúde’ a partir da NOB 96, para caracterizar um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

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

No final da primeira década do século XXI, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Atenção básica passa a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem como função ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção e proporcionando a longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS. A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde; assim, o modelo brasileiro de atenção básica incorpora os outros elementos da atenção primária à saúde abrangente, de centralidade na família e direcionamento para a comunidade.

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

Ao ser assumido como estratégia, o Programa Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências sugerem essa potencialidade. Contudo, o sucesso da

implementação da estratégia para a grande maioria da população brasileira, afora os incentivos financeiros federais, dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país.

O problema da não-qualificação de profissionais médicos como generalistas e para o exercício da função de porta de entrada obrigatória é enfrentado, igualmente, em países europeus que têm buscado fortalecer a sua atenção primária. A partir da década de 1990, ocorreram reformas organizacionais da atenção ambulatorial que objetivaram melhor coordenação dos cuidados em países da União Européia, principalmente por meio de mecanismos organizacionais que proporcionaram maior poder e controle da atenção primária sobre prestadores de outros níveis, como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) e/ou comprador de serviços especializados (Rico, Saltman & Boerma, 2003).

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

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

Essas questões estão presentes no Brasil de modo bem mais acentuado, pois não há tradição de formação de generalistas nas escolas

médicas, além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas. Somente em 2002 a Medicina de Família e da Comunidade foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, fomentando-se a abertura de cursos de residência e de especialização *lato sensu*.

No Brasil, a essas questões operacionais para efetivação de uma atenção primária abrangente somam-se os desafios de ela se contrapor às persistentes pressões das agências multilaterais, década após década, para a implantação de uma atenção primária focalizada e seletiva. A reorganização do sistema de saúde brasileiro orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país.

### LEITURAS RECOMENDADAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Opas. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO), 2005. Disponível em: <[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)>.

SALTMAN, R.; RICO, A. & BOERMA, W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006. Disponível em: <[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)>.

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

### SITES DE INTERESSE

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

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

Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde: <[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)>

Organização Européia de Médicos de Família: <[www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org)>

Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido: <[www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)>

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e da Comunidade: <[www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)>

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. & MACINKO, J. *Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida de Características Organizacionais e de Desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no Nível Local*. Brasília: Opas, 2006 (Opas Série Técnica 10: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Disponível em: <www.opas.org.br>.
- BOERMA, W. G. W. & DUBOIS, C. A. Mapping primary care across Europe. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A. & BOERMA, W. G. W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde).
- CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11): 1.864 -1.874, 2004.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\_almaata.pdf>.
- DIXON, A. & MOSSIALOS, E. (Eds.) *Health Care Systems in Eight Countries: trends and challenges*. London: European Observatory on Health Care Systems, London School of Economics and Political Science, 2002. Disponível em: <www.observatory.dk>.
- DONNANGELO, M. C. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 633-641, 2006.
- SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- SCOREL, S. et al. (Coords.) *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.
- SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 21(2/3): 164-176, 2007.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 696-681, 2006.
- FLEURY, S. M. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6): 1.171-1.181, 2006.

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

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 951-964, 2006.

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

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Suplemento Saúde). Rio de Janeiro: IBGE, 1998. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)*, 2002. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Suplemento Saúde). Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Suplemento Saúde). Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

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

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005.

RELATÓRIO LALONDE. Disponível em: <[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html)>.

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

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

SALTMAN, R. Drawing the strands together: primary care in perspective. In: SALTMAN, R.; RICO, A. & BOERMA, W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care* Berkshire: Open University Press, 2006.

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

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

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

