

CON
ASS
ONAS



Assessoria de Comunicação Social
2009
Projeto de Comunicação Social
2009



OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS

CADERNO DE APRESENTAÇÃO



MAIO DE 2009

Copyright 2009 – 1ª Edição

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

CADERNO DE APRESENTAÇÃO: OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS.

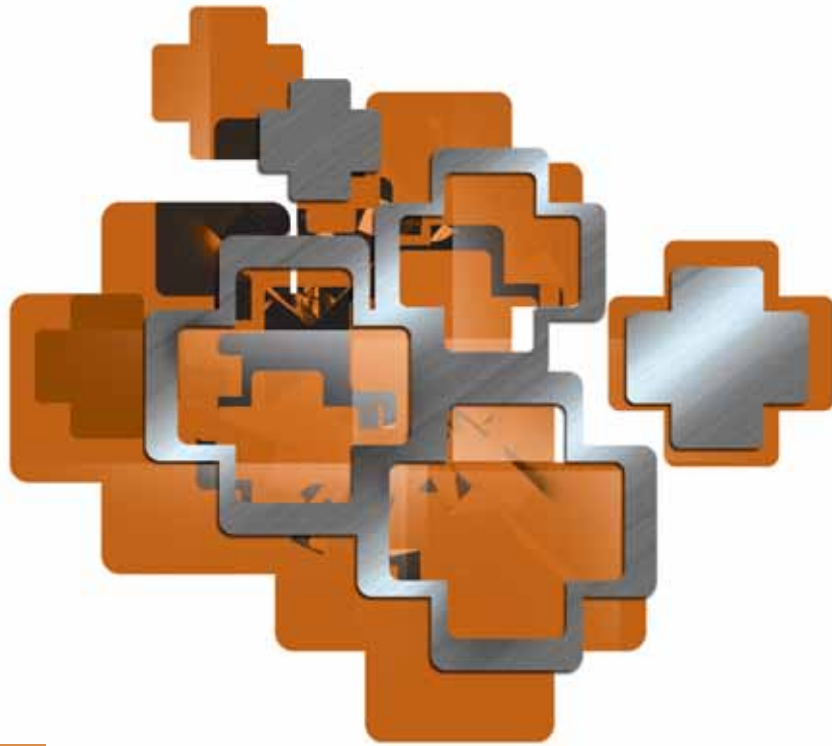
Tiragem: 3.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
– Brasília: CONASS, 2009.
76 p.

Sistema de Saúde. I. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CADERNO DE APRESENTAÇÃO: OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS.

NLM WA 525
CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA DO CONASS 2009/2010

Presidente

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho (TO)

Vice-Presidente

Beatriz Dobashi (MS) - Região Centro-Oeste

João Lyra (PE) - Região Nordeste

Laura Rossetti (PA) - Região Norte

Sérgio Côrtes (RJ) - Região Sudeste

Luiz Eduardo Cherem (SC) - Região Sul

Vice-Presidentes Adjuntos

Irani Ribeiro de Moura (GO)

Herbert Motta de Almeida (AL)

Milton Moreira (RO)

Luiz Roberto Barradas Barata (SP)

Gilberto Martin (PR)

Comissão Fiscal

Augustinho Moro (MT)

George Antunes de Oliveira (RN)

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva (MG)

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Agnaldo Gomes da Costa (AM)
Anselmo Tozi (ES)
Assis Carvalho (PI)
Augustinho Moro (MT)
Augusto Silveira de Carvalho (DF)
Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)
Eugênio Pacelli de Freitas Coêlho (TO)
George Antunes de Oliveira (RN)
Gilberto Martin (PR)
Herbert Motta de Almeida (AL)
Irani Ribeiro de Moura (GO)
João Ananias Vasconcelos Neto (CE)
João Soares Lyra Neto (PE)
Jorge José Santos Pereira Solla (BA)
José Maria de França (PB)
Laura Nazareth de Azevedo Rossetti (PA)
Luiz Eduardo Cherem (SC)
Luiz Roberto Barradas Barata (SP)
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva (MG)
Milton Luiz Moreira (RO)
Osmar Terra (RS)
Oswaldo de Souza Leal Junior (AC)
Pedro Paulo Dias de Carvalho (AP)
Ricardo Murad (MA)
Rogério Carvalho (SE)
Samir de Castro Hatem (RR)
Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Lídia Tonon
Lore Lamb
Márcia Huçulak
Maria José Evangelista

PRODUÇÃO

Projeto Gráfico

Id arteseventos

Direção de arte

Helma Katia

Capa

Jadson Alves

Designers

Felix Junior e Jadson Alves

Ilustração

Helma Kátia, Felix Junior e Jadson Alves

Revisão Ortográfica

Id arteseventos



Sumário

Apresentação	08
Contextualização	10
▪ Como o Conass vem enfrentando o desafio de transformar o discurso em prática	14
▪ Pacto pela Saúde	18
▪ As Redes de Atenção à Saúde	21
Objetivos Gerais das Oficinas	24
Metodologia	26

Público Alvo	30
Oficina 1 - As Redes de Atenção á Saúde	32
Oficina 2 - A Atenção Primária à Saúde no Estado	34
Oficina 3 - Territorialização	36
Oficina 4 - A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde	38
Oficina 5 - A Organização da Atenção à Saúde na Unidade Básica de Saúde	40
Oficina 6 - A Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar	42
Oficina 7 - A Assistência Farmacêutica	44
Oficina 8 - Os Sistemas de Informação em Saúde	46
Oficina 9 - Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento	48
Oficina10 - A Contratualização das Equipes da APS	50
ANEXO I - Mapa Conceitual de Redes de Atenção à Saúde	52
ANEXO II - Revisão Bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde	54

Apresentação

Os gestores estaduais estabeleceram dentre suas prioridades aquelas relacionadas ao fortalecimento da atenção primária, a definição de fontes de financiamento adequado e o seu monitoramento e avaliação.

A Atenção Primária à Saúde (APS), organizada e exercendo o seu papel resolutivo como coordenadora do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade, é fundamental para a conformação de redes de atenção à saúde. Para que a Atenção Primária à Saúde (APS) exerça de fato o seu papel estratégico, o CONASS está propondo a sua planificação, aqui entendida enquanto um processo de planejamento da atenção à saúde que leva em consideração todas as suas etapas.

Em razão do exposto, apresentamos a proposta de capacitação para o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados, que se dará por meio da realização de 10 oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão ao final de cada uma. Essas atividades de dispersão se constituirão, ao final do processo, em um plano de intervenção da APS no âmbito loco – regional e estadual.

A proposta metodológica está organizada em duas partes: no primeiro momento a equipe do CONASS capacitará equipes gestoras estaduais para a realização das oficinas no estado, no âmbito das regiões de saúde; no segundo momento a equipe estadual, a seu critério, reproduzirá as oficinas para as equipes municipais.

Neste caderno apresentamos os objetivos propostos para cada oficina, assim como as orientações para a sua realização no âmbito das SES. Salientamos que este é um processo que deverá necessariamente ser adaptado à realidade de cada estado.

O trabalho desenvolvido pelo CONASS foi baseado no processo em implantação no estado de Minas Gerais, pela Secretaria Estadual de Saúde, das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, o CONASS agradece a equipe da SES/MG e ao Secretário Marcus Pestana, que nos oportunizaram desenvolver essas oficinas para todas as SES do país.

Este caderno representa uma ação do CONASS dentro da prioridade de trabalhar pela sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde por meio do apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde.

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho
Presidente do CONASS





Contextualização



O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desde 2003 tem adotado a construção de consensos como estratégia para definir suas prioridades e estabelecer as ações e propostas para a organização, gestão e financiamento do SUS.

A Atenção Primária à Saúde é uma das áreas eleitas pelos Secretários Estaduais de Saúde, desde então, como prioritária, “*entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial*”, para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde equânime e universal, e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

É consenso entre os gestores estaduais que a gestão e a execução das ações e serviços de Atenção Primária são responsabilidades inerentes à gestão municipal. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) também entendem que tem papel fundamental no apoio técnico e financeiro às equipes gestoras municipais para a sua adequada organização de acordo com os seus princípios e as necessidades de saúde da população. A Atenção Primária à Saúde deve ser orientada para o cidadão e estimular a sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para portadores de condições crônicas e portadores de necessidades especiais.

Por conseguinte, os secretários definiram como responsabilidades da gestão estadual na Atenção Primária à Saúde as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual¹.

Para os gestores estaduais, são atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Primária²:

- *co-financiar a Atenção Primária, a partir de critérios e de plano de investimento, definidos pela gestão estadual;*
- *garantir a equidade na oferta de serviços de Atenção Primária;*
- *promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para a organização dos serviços de Atenção Primária que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;*

1 - Conass, 2004. Atenção Primária - Seminário do Conass para Construção de Consensos.

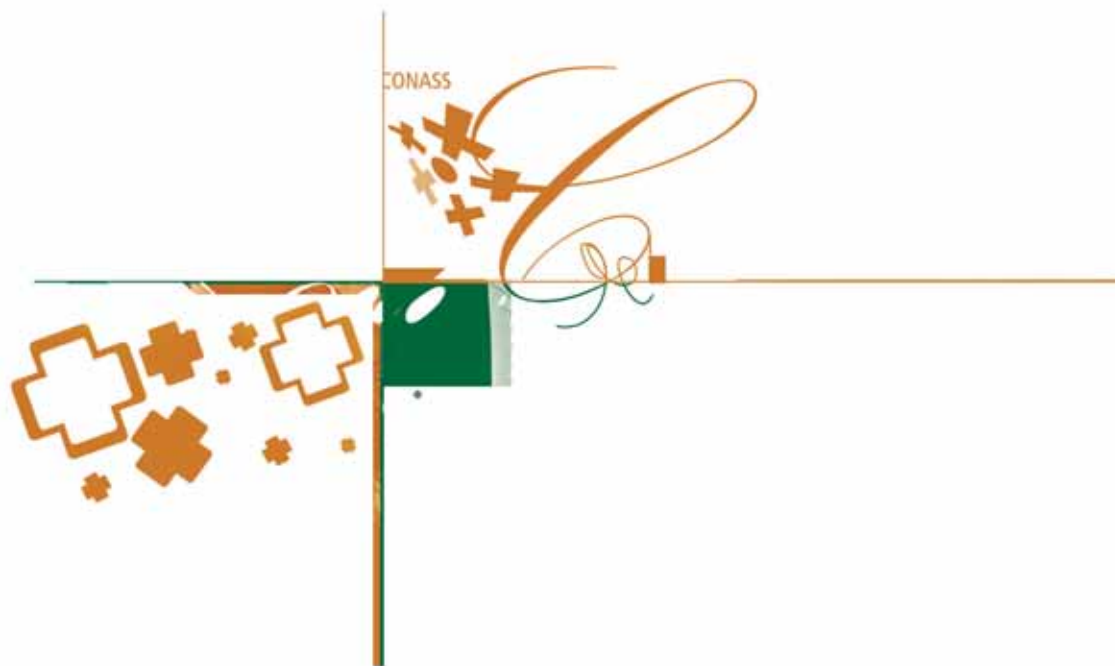
2 - Conass, 2003. 1º Seminário para Construção de Consensos.

- *promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na Atenção Primária, com ênfase em:*
 - ▶ *educação permanente;*
 - ▶ *assessoramento aos municípios nas questões legais de contratação de pessoal (discutir normas, salários regionais, execução de concursos);*
- *realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de Atenção Primária, visando sua qualificação;*
- *executar ações da Atenção Primária de forma suplementar ou transitória, nos municípios que não desempenham sua responsabilidade na área.*

A Atenção Primária é entendida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população sob sua responsabilidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Considerando o exposto, várias atividades foram desenvolvidas pelo CONASS no sentido de apoiar as equipes estaduais para a implementação de ações e estratégias de aprimoramento da APS e promoção do debate com relação à APS que temos e a APS que queremos ter.





Como o CONASS vem enfrentando o desafio de transformar o discurso em prática

As iniciativas do CONASS para fortalecer a APS se deram, principalmente, através das discussões com as Secretarias de Estado da Saúde, Ministério da Saúde, CONASEMS e também na busca incessante de novas parcerias internas e externas.

Foram realizadas oficinas com os coordenadores estaduais de atenção básica sobre monitoramento e avaliação da APS, que contou com um diagnóstico da estrutura das SES visando o acompanhamento e avaliação da APS; identificação de documentos, instrumentos e processos utilizados; monitoramento e avaliação com a disponibilização de textos de apoio para as equipes das SES elaborarem propostas de metodologia de avaliação e acompanhamento.

Os gestores estaduais têm se empenhado no sentido de aumentar os recursos destinados a APS. Nesse sentido, com base em dados trabalhados pelo CONASS por meio de notas técnicas, os secretários estaduais conjuntamente com o CONASEMS e Ministério da Saúde conseguiram no período de 2001 a 2009 um incremento de 89,94% nos recursos do orçamento da União destinados a APS. Muitos estados tem implantado diferentes formas de apoiar financeiramente os municípios, direta ou indiretamente, por meio da criação de incentivos, contratação de recursos humanos, capacitações, investimentos na melhoria das unidades de saúde e equipamentos, entre outros.

Ainda objetivando promover o debate em torno do modelo de atenção adotado no país, foram realizadas oficinas, em 12 estados, sobre Redes de Atenção à Saúde. Essas oficinas promoveram a reflexão das equipes gestoras sobre a necessidade de se organizar a APS para dar conta do seu papel resolutivo, coordenador do cuidado e ordenador do sistema, e por conseguinte a base para a implementação das redes de atenção à saúde no SUS.

Destaca-se também a realização da cooperação internacional para o fortalecimento das equipes de APS nas SES. O Projeto de Fortalecimento da APS no Brasil e no Canadá: Um Projeto para o Intercâmbio de Conhecimentos para a Equidade está sendo viabilizado em quatro estados do Nordeste. Essa proposta apresenta um programa que constrói conhecimentos e habilidades para conceituar, programar, avaliar e sustentar novas formas de gerenciar a APS, usando informação baseada em evidências, gestão baseada em resultados, criando espaços para as equipes de saúde se impactarem positivamente na saúde da população. Esse projeto é desenvolvido de maneira conjunta com o Ministério da Saúde e organizações parceiras brasileiras e canadenses.

As evidências demonstram que os sistemas de saúde que estruturaram seus modelos com base em uma APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado do usuário têm resultados sanitários melhores que os sistemas com APS frágil⁴. Portanto, é necessário que o sistema de saúde brasileiro avance nessa perspectiva e adote-a como uma estratégia

4 - HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004) citado em MENDES, 2009.

5 - MENDES, 2009. Agora mais do que nunca. Uma Revisão Bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde.

de reorganização do sistema de saúde⁵. Por conseguinte, é preciso ampliar o acesso, mas principalmente é necessário melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção da APS, capacitar os recursos humanos, incorporar novas tecnologias, e estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos, para que a APS possa ser mais eficiente, efetiva e com mais qualidade.

Há no país algumas experiências exitosas nessa área, estados e municípios que se propuseram a reorganizar o modelo de atenção adotando a organização de redes de atenção e estruturado a APS para exercer seu papel na coordenação do cuidado, integradora, e articuladora dos diversos pontos de atenção, adotando estratégias combinadas de equipes de atenção primária e equipes de saúde da família.

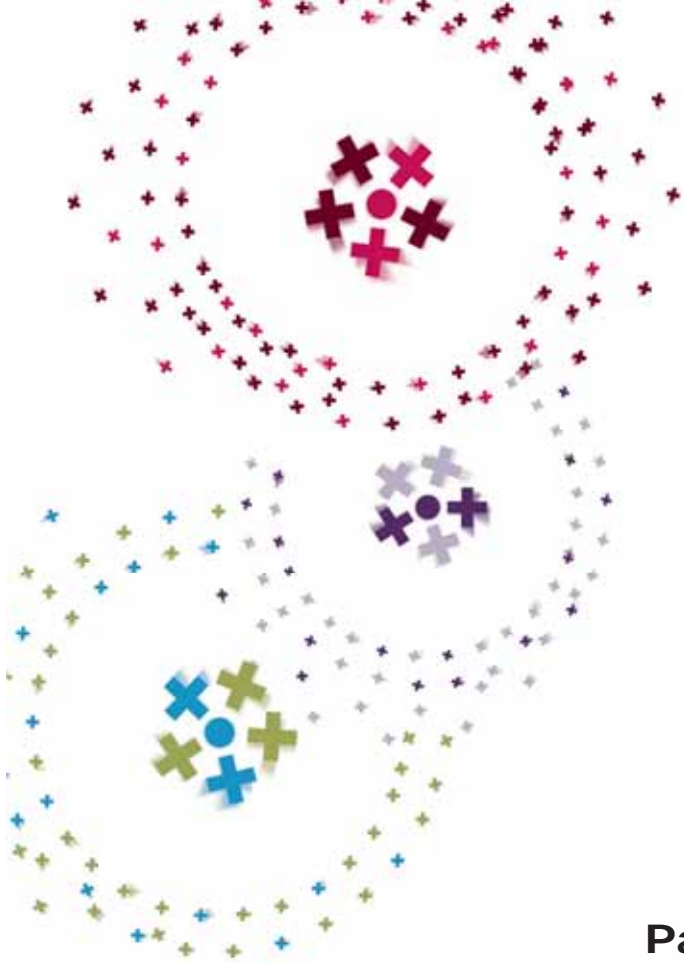
É evidente que muitos são os desafios a serem enfrentados. Como exemplo cita-se a questão relacionada aos recursos humanos, em muitos municípios não há profissionais em quantidade suficiente para atender toda a demanda, aliada a formação desses profissionais voltada para atuar no atendimento focado nas condições agudas e na cura, enquanto um estudo no Brasil nos mostra que 2/3 da carga da doença é por condições crônicas. Porém, é consenso entre os gestores do SUS que temos condições de enfrentar as dificuldades com a implementação de um processo pactuado de responsabilidades solidárias, de acordo com as diferentes realidades regionais e locais e o aumento de recursos financeiros para o setor.

Nesses últimos vinte anos não se pode deixar de ressaltar que os avanços foram imensuráveis, contudo, as reflexões em torno do legado da APS e suas estratégias dos cuidados primários de saúde suscitam constantemente debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde e, conseqüentemente, emergem alguns questionamentos: As diferentes compreensões acerca das diversas concepções evidenciadas na literatura sobre a APS foram incorporadas no contexto nacional na organização do sistema de saúde? As influências decorrentes das variações conceituais e as diferentes interpretações da APS estão influenciando na organização dos modelos de saúde? Observa-se que a APS é vivenciada de forma diferente no mesmo estado e até convive de forma diversa dentro de um mesmo município.

O Brasil é um país de grandes dimensões geográficas, com especificidades locais em termos de condições socioeconômicas, demográficas e de governança que permeiam a criação de variados sistemas locais de saúde, o que pode contribuir para os diferentes entendimentos e concepções da APS.

O sistema de saúde brasileiro precisa dar respostas às necessidades de saúde da população brasileira que anseia por um SUS justo, com uma APS organizada por um contínuo de atenção, organizadora de uma rede poliárquica, orientada para a atenção a condições crônicas e agudas e proativa, cumprindo na íntegra o discurso e a prática da atenção integral à saúde, previstos na constituição brasileira.





Pacto pela Saúde



O Pacto pela Saúde publicado em 2006 foi resultado de inúmeras discussões e consensos entre os três gestores do SUS. Nesse processo de pactuação foi incorporado como um de seus eixos o Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela Vida representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS. Isso ocorre porque rompe com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, através de normas operacionais. A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, através de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOB's e NOAS). Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

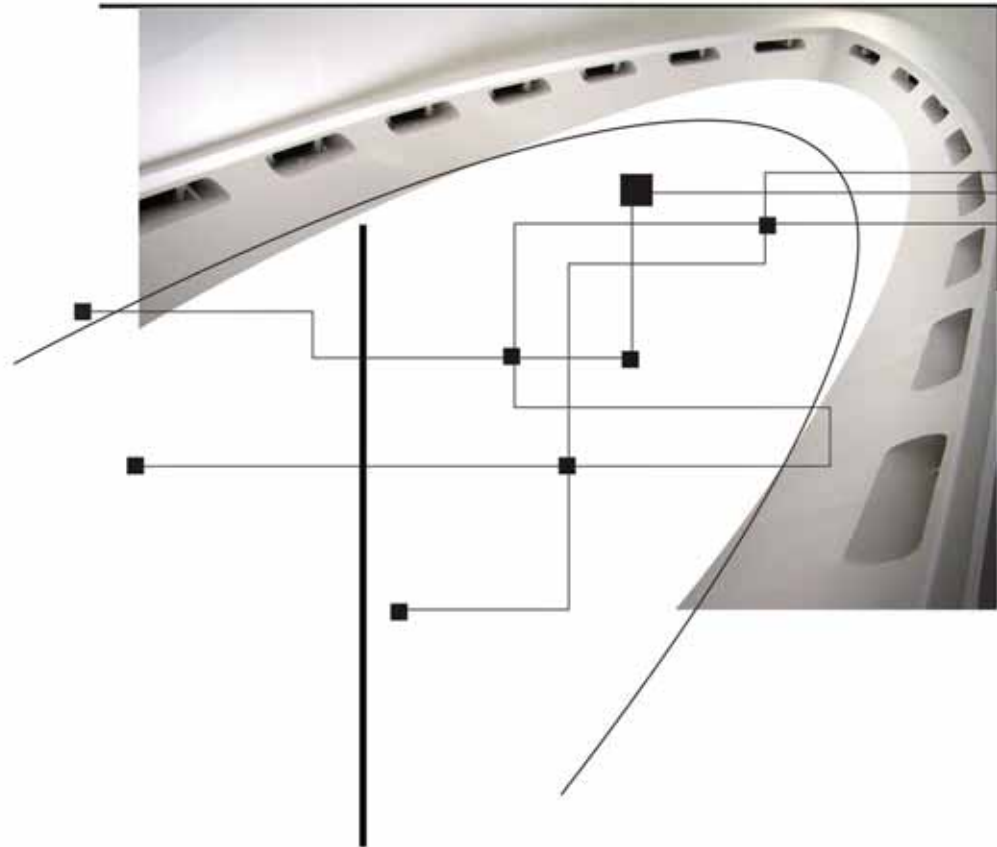
Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos eventuais por acordos obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.

O Pacto pela Vida prevê um processo permanente de monitoramento, para que não se caia, uma vez mais, na formalização de pactos meramente burocráticos, com poucos resultados sanitários. Há também que se operar mudanças nos mecanismos de pactuação. O pacto não termina no momento de sua assinatura, mas ali começa. De outro lado, os objetivos e metas pactuados devem servir de bússola para que os gestores orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos.

Nesse contexto torna-se imperativo adequar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e, portanto, dotar a APS para que exerça plenamente seu papel no sistema de saúde.



As Redes de Atenção à Saúde



Em 2005, o CONASS deu início ao trabalho de elaboração da oficina sobre Redes de Atenção à Saúde, que também faz parte do elenco das oficinas trabalhadas no fortalecimento da APS no âmbito dos estados.

A oficina de Redes de Atenção à Saúde permite uma reflexão sobre o modelo de atenção vigente no SUS, que é fragmentado e baseado na oferta de ações e serviços e desconhece as necessidades de saúde de uma população que vive em determinado território, considerando seus determinantes sociais, e que é voltado para atender a demanda espontânea, os eventos agudos; propõe um alinhamento conceitual sobre redes de atenção, seus fundamentos e a estrutura operacional das redes de atenção; e termina com um exercício de modelagem de uma rede de atenção.

A lógica de organização dos serviços de saúde ao longo dos anos no país foi construída e implantada com base na oferta, sem o compromisso com a escala adequada o que compromete a qualidade da prestação dos serviços. Seu modelo fragmentado afeta os resultados da atenção, pois não há comunicação e integração entre os diversos pontos de atenção à saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo mundo, e no Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas. A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas.

Existe, portanto, no SUS uma grave crise do sistema de atenção à saúde que é determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela dupla carga da doença, com predominância relativa das condições crônicas, e um sistema de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições agudas.

Considerando as características distintas das condições agudas e



crônicas, há necessidade dos sistemas de saúde organizarem-se de modo a dar conta dessas diferenças. A reformulação do sistema de atenção voltado para o atendimento das condições crônicas deve ser preocupação dos gestores do sistema de saúde, na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde e no alcance dos resultados.

Para dar conta dessa missão é necessário que as Secretarias Estaduais de Saúde estejam embasadas teórica e conceitualmente, como também possam, a partir das realidades epidemiológica, demográficas e sócio-econômicas, coordenar a conformação das redes de atenção à saúde no âmbito dos seus estados. Nesse sentido, o CONASS desenvolveu uma proposta metodológica, a Oficina de Redes de Atenção à Saúde, para apoiar as equipes gestoras estaduais na implantação das redes de atenção.

“Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona... devem ser desenvolvidos os Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas.” (OMS, 2003)



Objetivos Gerais das Oficinas



❖ Assessorar as SES na reorganização do seu sistema de saúde, promovendo a integração das ações e serviços de saúde, o fortalecimento da APS e a conseqüente implantação das redes de atenção à saúde;

❖ Proporcionar às equipes das SES instrumentos, ferramentas e tecnologias de planejamento da atenção à saúde, e formas de organizar o processo de trabalho das equipes de APS nos seus municípios;

❖ Capacitar equipes estaduais para adequação e reprodução loco - regional das oficinas para os municípios.





Metodologia



O CONASS propõe à SES a realização de 10 oficinas de trabalho presenciais, com carga horária de 16 horas cada, com períodos de dispersão de 35 a 45 dias em média. Cada estado poderá redefinir os períodos de dispersão e o número de oficinas que deseja realizar, de acordo com as suas peculiaridades.

A proposta é de construção coletiva de conhecimentos, propiciando a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação, adequados às características da realidade dos participantes. Deste ponto de vista, pressupõe-se a relação do binômio facilitador/participante da oficina de forma horizontalizada, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas.

Esta metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos que atuam nas regionais de saúde e dos gestores municipais e suas equipes.

As atividades das Oficinas compreenderão: trabalhos de grupo, exposições, debates, leitura de textos de apoio, dramatizações, exercícios e utilização de roteiro para trabalho de campo.

Entende-se que esse processo trabalha a capacitação de equipes com um projeto de intervenção na organização da atenção com foco na APS, e implica na adesão e compromisso das instâncias envolvidas.

Das responsabilidades institucionais:

Da Secretaria Executiva do CONASS:

1. Elaborar a proposta metodológica das oficinas de fortalecimento da APS para os estados;
2. Capacitar as equipes estaduais para a realização das oficinas no âmbito dos estados;
3. Apoiar as equipes estaduais na adequação do material instrucional à realidade estadual;
4. Apoiar, se necessário, a realização das oficinas em cada estado;



5. Disponibilizar material de apoio e assessoria às SES, quando necessário;
6. Acompanhar o processo de implantação das oficinas e o seu impacto na organização da atenção no âmbito dos estados.

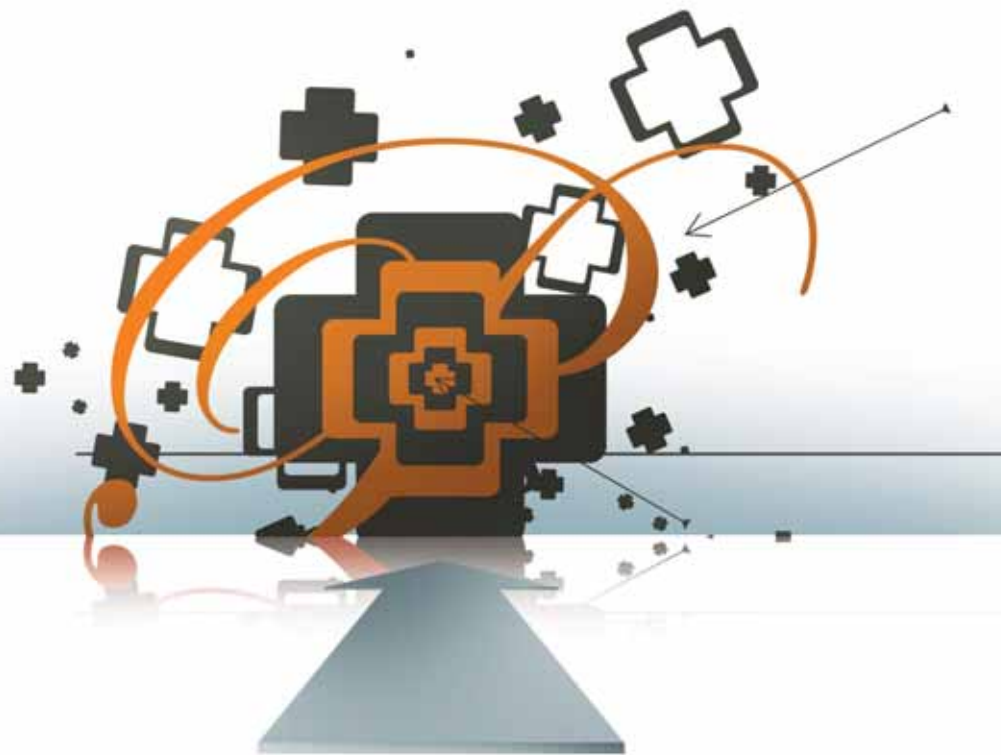
Das Secretarias Estaduais de Saúde:

1. Solicitar ao CONASS o apoio à realização das oficinas no âmbito do estado;
2. Adequar o material instrucional à sua realidade;
3. Definir uma equipe de condução do processo e preparar os facilitadores para a realização das oficinas no âmbito das regiões de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;
4. Definir um cronograma de execução das oficinas e de acordo com sua proposta de intervenção na APS;
5. Prover os recursos necessários para a organização e execução das oficinas no estado;
6. Acompanhar o processo de implantação das propostas definidas nas oficinas.
7. Monitorar e avaliar o impacto das oficinas na organização da atenção no âmbito loco - regional.

Das Secretarias Municipais de Saúde

1. Conhecer a proposta do plano de fortalecimento da APS;
2. Aderir e disponibilizar suas equipes para participar das oficinas;
3. Disponibilizar informações necessárias para a realização das atividades das oficinas;
4. Assumir o compromisso de implementar as propostas elaboradas pela sua equipe no processo de capacitação;
5. Monitorar e avaliar o impacto dessas propostas no âmbito local.





Público Alvo

- ❖ Diretores, coordenadores e técnicos da SES, no primeiro momento do processo de capacitação;
- ❖ Gestores municipais e suas equipes, no segundo momento da capacitação.





Rede



Oficina 1

As Redes de Atenção à Saúde

Esta primeira oficina oferece uma reflexão sobre a situação de saúde, os principais problemas de saúde a serem enfrentados e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema.

Objetivos

1. Compreender a significação da situação de saúde
2. Compreender os objetivos dos sistemas de atenção à saúde
3. Compreender os fundamentos que dão base à construção de redes de atenção à saúde
4. Compreender a estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde
5. Compreender os modelos de atenção à saúde
6. Utilizar o processo de modelagem das redes de atenção à saúde

Objetivos específicos

- 1.1 Conceituar condição aguda e condição crônica;
- 1.1. Compreender que a situação de saúde é determinada pela situação epidemiológica e situação demográfica;
- 2.1 Conceituar sistema de atenção à saúde e definir seus objetivos;
- 3.1 Conceituar rede de atenção à saúde;
- 3.2 Enunciar os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde;
- 3.3 Compreender porque o SUS deve organizar-se em redes de atenção à saúde.
- 3.4 Compreender o conceito de economia de escala;
- 3.5 Compreender o conceito de qualidade em saúde;
- 3.6 Compreender a importância do conceito de território sanitário na conformação das redes;
- 3.7 Compreender o conceito de pontos de atenção à saúde;
- 3.8 Compreender os atributos da atenção primária à saúde e sua função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde;
- 4.1 Compreender o conceito de sistemas de apoio às redes de atenção à saúde (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação);
- 4.2 Compreender o conceito de sistemas logísticos das redes de atenção à saúde (cartão SUS, prontuários familiares eletrônicos, centrais de regulação e sistema de transporte sanitário);
- 5.1 Conceituar modelo de atenção à saúde
- 6.1 Descrever os momentos do processo de modelagem das redes de atenção à saúde;
- 6.2 Exercitar a modelagem de uma rede de atenção à saúde da mulher e da criança.

27

Trabalho de dispersão

- Elaborar a Matriz de desenho da rede de atenção à gestante e à criança no município.

“Problemas complexos requerem soluções complexas e sistêmicas.” Eugênio Vilaça Mendes





*A*tenção

Oficina 2

A Atenção Primária à Saúde no Estado

Esta oficina promove análise da APS nos municípios, a sua forma de organização, a sua resolutividade, e permite aos participantes a reflexão da complexidade dos problemas que as equipes da APS têm que enfrentar na sua rotina. Trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde.

Objetivos

1. Compreender e discutir a evolução do conceito de Atenção Primária em Saúde - APS;
2. Compreender e discutir os elementos constituintes da Atenção Primária em Saúde - APS;
3. Compreender e discutir a realidade loco - regional visando o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde nesta realidade.

Objetivos Específicos

1. Compreender e discutir o conceito de Atenção Primária em Saúde e sua evolução pós Alma-Ata até os dias atuais;
2. Compreender e discutir o conceito de APS e sua articulação com a Promoção à Saúde;
3. Conhecer, compreender, discutir e exercitar os elementos constituintes da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação e centralidade na família;
4. Compreender e discutir a orientação comunitária e promoção à saúde como elementos característicos da APS;
5. Compreender, discutir e exercitar proposta de fortalecimento da APS em seu município frente à sua realidade sanitária e aos condicionantes existentes.

Trabalhos de dispersão

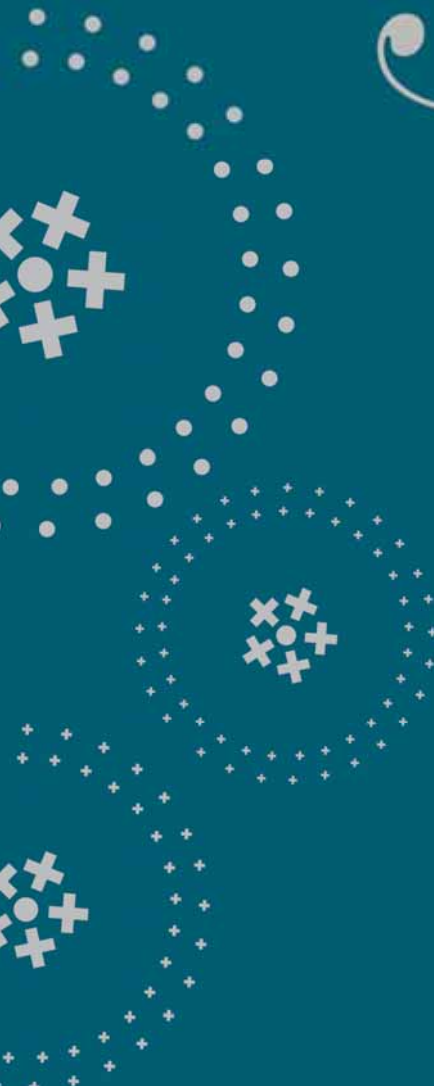
1. Fazer a análise da APS em seu município de acordo com os seus elementos constituintes;
2. Elaborar um plano de fortalecimento da APS no seu município;
3. Expor propostas de articulação da APS e as ações de promoção à saúde nos municípios.



*T*erritorialização



Oficina 3
Territorialização



Esta oficina tem o objetivo de discutir a territorialização e adscrição dos usuários às UBS/ESF como estratégia de organização da atenção e elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de APS.

Objetivos

- 1 Compreender e discutir o conceito de território e sua utilização em saúde;
- 2 Compreender e discutir o objetivo e a elaboração de análise situacional de saúde frente à APS;
- 3 Compreender e discutir a articulação da APS com a Vigilância à Saúde.

Objetivos Específicos

1. Compreender, analisar e discutir o conceito de território, sua evolução e utilização em saúde;
2. Compreender e discutir a utilização do “território” como elemento fundamental para a implantação da APS;
3. Compreender e discutir a articulação do conceito de território e risco em saúde;
4. Compreender, discutir e exercitar as ferramentas utilizadas tendo como base o território delimitado, cadastramento familiar, diagnóstico sócio-sanitário, aplicação de critérios de risco;
5. Conhecer, compreender e discutir a importância da análise situacional em saúde e sua articulação com a APS;
6. Compreender e discutir os elementos componentes da análise situacional em saúde tais como: análise territorial-ambiental, demográfica, sócio-cultural-econômica, epidemiológica e assistencial;
7. Compreender e discutir o conceito de Vigilância a Saúde e seus componentes: Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental;
8. Compreender, discutir e exercitar a articulação entre território-vigilância à saúde - APS.

Trabalho de dispersão

- Elaborar e apresentar a territorialização das UBS/ESF em seu município



A Organização



Oficina 4

A Organização dos Processos
de Trabalho em Saúde



Esta oficina propõe uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e apresenta metodologias e propostas para a melhoria do acesso e da resolutividade da atenção à saúde.

Objetivos

1. Conhecer as características definidoras do processo de trabalho em saúde;
2. Conhecer e discutir os conceitos de humanização dos processos de trabalho em saúde e seus principais dispositivos: acolhimento e classificação de risco;
3. Conhecer e discutir os conceitos que embasam a Gestão da Clínica, Diretrizes Clínicas e Protocolos Clínicos;
4. Conhecer e discutir os elementos de planejamento da organização à demanda programada;
5. Conhecer e discutir os elementos de planejamento da organização à demanda espontânea;
6. Discutir as metas e indicadores estabelecidos no Pacto pela Saúde frente à realidade loco - regional.

Objetivos Específicos

1. Conceituar o processo de trabalho em saúde e seus determinantes;
2. Discutir as principais características do processo de trabalho em saúde e suas implicações na organização dos serviços de saúde, notadamente na implantação da APS;
3. Conceituar o processo de humanização em saúde, acolhimento e classificação de risco;
4. Discutir a articulação do processo de humanização, acolhimento e classificação de risco como um dos elementos ordenadores do processo de trabalho em saúde frente à APS;
5. Discutir e exercitar os mecanismos de Gestão da Clínica, diretrizes e protocolos clínicos como ferramentas de organização da prática da APS;
6. Conceituar, discutir e exercitar os procedimentos de organização à demanda programada;
7. Conceituar, discutir e exercitar os procedimentos de organização à demanda espontânea;
8. Conhecer e discutir as metas e indicadores estabelecidos no Pacto pela Saúde frente à realidade loco - regional.

Trabalho de Dispersão

- Realizar a leitura da revisão bibliográfica sobre As Evidências sobre a Atenção Primária à Saúde.



A Organização



Oficina 5

A Organização da Atenção à Saúde
na Unidade Básica de Saúde

Esta oficina apresenta os modelos de classificação de risco para as condições agudas e crônicas, e permite aos participantes a compreensão da necessidade de se incorporar mudanças no processo de trabalho dos pontos de atenção para acolher adequadamente os usuários de acordo com as suas necessidades.

Objetivo

- Promover a reflexão das equipes de saúde sobre a importância da adoção de sistemas de acolhimento e classificação de risco na organização do processo de trabalho das unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.

Objetivos específicos

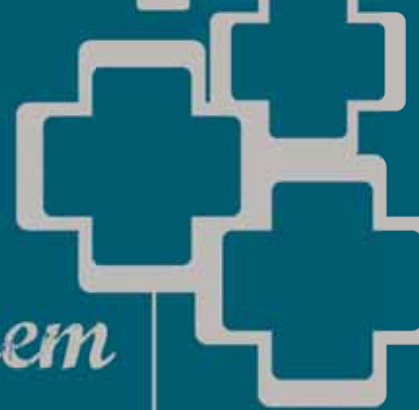
1. Conhecer as diretrizes e dispositivos de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde;
2. Compreender o conceito de acolhimento e classificação de risco;
3. Conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento as urgências e emergências;
4. Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência na construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde.
5. Conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento a grupos de risco e ciclo de vida das pessoas;
6. Estimular a implementação do acolhimento com classificação de risco na rede de atenção à saúde.

Trabalho de dispersão

- 1 Elaborar uma proposta de programação da atenção a demanda espontânea e de implantação de classificação de risco para a urgência e emergência no município;
- 2 Elaborar a programação das UBS/ESF para a atenção no ciclo de vida das pessoas e das condições crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão), com estratificação de risco.



A Abordagem



Oficina 6

A Abordagem Familiar e o
Prontuário Familiar

Esta oficina permite a reflexão sobre a incorporação de instrumentos de análise da situação onde as pessoas vivem e trabalham e a importância de se adotar estes instrumentos no planejamento das ações de saúde na APS.

Objetivos

1. Desenvolver competências para adoção dos instrumentos de abordagem familiar e a implantação do prontuário familiar.

Objetivos Específicos

1. Conhecer o conceito de prontuário familiar, suas funções e os aspectos éticos e legais;
2. Discutir o objetivo do prontuário familiar, sua funcionalidade e estrutura;
3. Realizar o alinhamento conceitual sobre abordagem familiar;
4. Realizar o alinhamento conceitual sobre os instrumentos de abordagem familiar;
5. Compreender a complexidade da relação equipe de saúde, indivíduo e família;
6. Discutir a importância da organização da atenção por ciclos de vida das pessoas;
7. Conhecer o instrumento de abordagem familiar – genograma;
8. Compreender a importância da adoção de instrumentos de avaliação.

Trabalho de dispersão

- Elaborar uma proposta de implantação do prontuário familiar nas UBS do município.



Assistência



Oficina 7

A Assistência Farmacêutica

A oficina propõe uma reflexão sobre a organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS, o planejamento das ações relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica e a importância da sua estruturação para a melhoria dos resultados da atenção à saúde.

Objetivos

- Compreender a importância da estruturação da assistência farmacêutica na organização da APS.

Objetivos Específicos

1. Realizar o alinhamento conceitual sobre a terminologia utilizada na assistência farmacêutica;
2. Conhecer as ferramentas de planejamento das ações relacionadas ao ciclo de assistência farmacêutica (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação);
3. Compreender a importância do profissional farmacêutico nas equipes da APS;
4. Compreender as responsabilidades das instâncias gestoras com relação à assistência farmacêutica;
5. Compreender a importância do acompanhamento farmacoterapêutico na APS e a promoção do uso racional de medicamentos na APS;
6. Apresentar o plano de assistência farmacêutica no estado.

Trabalho de dispersão

- Elaborar uma proposta de plano anual para a assistência farmacêutica na APS.





Oficina 8

Os Sistemas de Informação em Saúde

A oficina apresenta os sistemas de informação em saúde e permite a reflexão sobre a importância da alimentação e da utilização das informações para o planejamento, programação e tomada de decisão, monitoramento e avaliação.

Objetivos

1. Apresentar os principais sistemas de informação utilizados no SUS;
2. Compreender a importância dos sistemas de informação para o planejamento, programação, monitoramento e avaliação das ações na APS.

Objetivos específicos

1. Apresentar os sistemas de informação (SIM, SINAN, SINASC, SIA, SIH, SISCOLO, SISMAMA, SISHIPERDIA, SIAB, SISVAN, PNI, GIL e SISPRENATAL);
2. Conhecer os instrumentos de coleta de dados;
3. Analisar as informações geradas pelo SIAB e comparar com os demais sistemas;
4. Discutir a importância de coleta de dados e da alimentação dos diversos sistemas de informação;
5. Realizar análise das informações geradas pelos sistemas citados;
6. Discutir a importância da utilização das informações no planejamento e programação das atividades das UBS e na tomada de decisão;
7. Conhecer e avaliar o pacto de indicadores do seu estado e/ou municípios correlacionando com os indicadores do estado.

Trabalho de dispersão

- Realizar análise dos indicadores do seu município comparando as informações disponíveis dentre os vários sistemas de informação.





Oficina 9

Os Sistemas de Apoio Diagnóstico,
Sistemas Logísticos e Monitoramento

A oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes aos sistemas de apoio diagnóstico e logísticos e a compreensão da estruturação desses apoios para a APS. Aborda também as metodologias de monitoramento e avaliação da APS.

Objetivos

1. Conceituar e compreender a importância da estruturação dos sistemas de apoio diagnóstico e sistemas logísticos na organização da APS;
2. Conhecer os sistemas de monitoramento e avaliação utilizados na APS.

Objetivos Específicos

1. Conceituar e discutir os elementos integrantes do sistema de apoio diagnóstico;
2. Discutir a estruturação do sistema de apoio diagnóstico em sua realidade local, tais como carteira de exames, coleta local, envio dos resultados e o uso racional da patologia clínica;
3. Conceituar e discutir os elementos integrantes do sistema logístico;
4. Compreender a importância da utilização do conceito de economia de escala no planejamento dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
5. Conhecer o sistema do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
6. Conhecer sistemas informatizados de Prontuário Familiar;
7. Compreender a importância da informatização das UBS's para a melhoria da integração dos diversos pontos de atenção e do cuidado integral ao usuário;
8. Compreender a importância da organização do sistema de apoio diagnóstico para a melhoria da resolutividade da APS;
9. Compreender a importância da estruturação do sistema logístico para garantir a integração dos pontos de atenção;
10. Conhecer as metodologias de monitoramento e avaliação;
11. Conhecer e discutir as metodologias da qualificação da APS.

Trabalho de dispersão

- Elaborar um projeto municipal para os sistemas de apoio diagnóstico e logístico frente às necessidades da implantação da APS em seu município;
- Elaborar um plano de implantação da AMQ nas UBS do município.



A contratualização

Oficina 10

A Contratualização das Equipes da APS

Esta oficina introduz o instrumento de contrato de gestão e a utilização de incentivos para as equipes como instrumento de melhoria da qualidade da atenção prestada, dos resultados da atenção e de estímulo às equipes.

Objetivos

1. Compreender a importância da utilização de sistemas de incentivos e de avaliação para as equipes para a melhoria dos resultados da atenção;
2. Realizar a avaliação das oficinas e do processo de implantação dos trabalhos de dispersão.

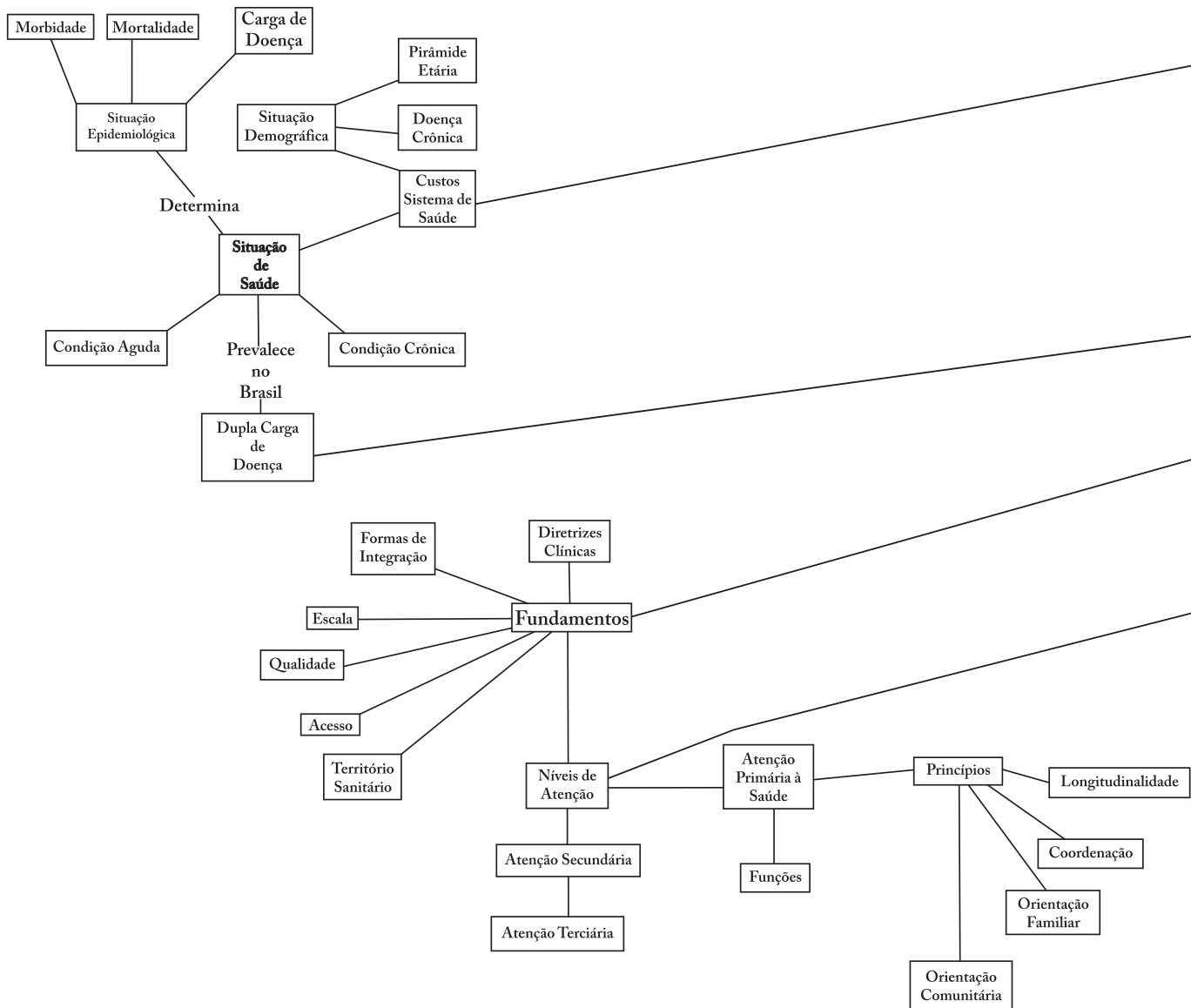
Objetivos específicos

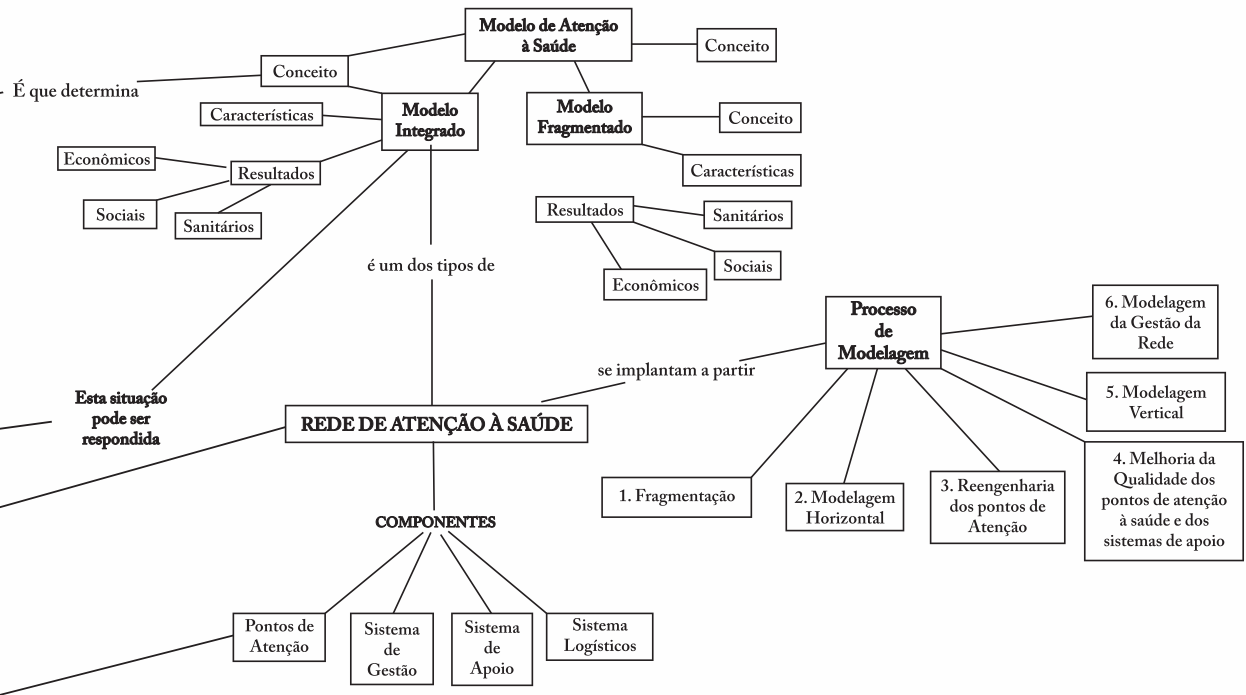
1. Realizar o alinhamento conceitual sobre contratualização e contrato de gestão;
2. Compreender a importância da avaliação de resultados para a melhoria das ações e serviços da APS;
3. Discutir as formas de contratualização das equipes;
4. Conhecer experiências de implantação de contrato de gestão das equipes da APS;
5. Avaliar o desenvolvimento da planificação da APS no estado;
6. Realizar uma síntese das atividades desenvolvidas durante as oficinas;
7. Elaborar o plano de intervenção da APS no âmbito da região de saúde.



Anexo 1

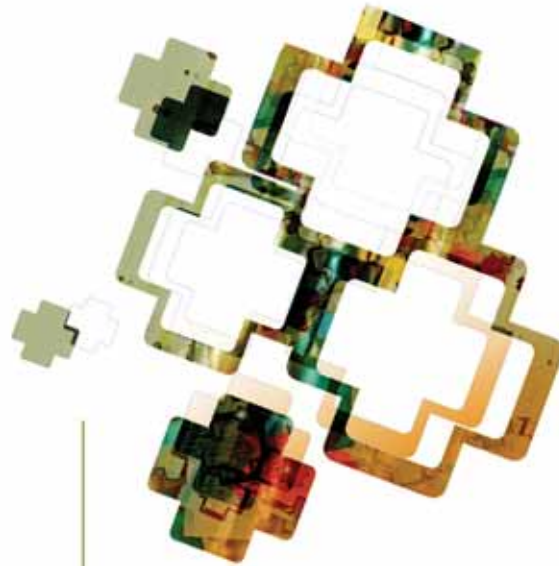
MAPA CONCEITUAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE





Anexo 2





“Agora Mais Que Nunca”

Eugênio Vilaça Mendes

49

**Uma Revisão Bibliográfica Sobre a
Atenção Primária à Saúde**



Introdução

A atenção primária à saúde, seja na experiência nacional, seja na experiência internacional, não tem a prioridade que deveria ter. As razões são várias: a sua decodificação como programa para regiões e para populações pobres, constituído por tecnologias simples e baratas; a sua baixa valorização, tanto material quanto simbólica, que deriva de uma expressão ideológica de uma atenção simplificada; o conceito equivocado de que é de baixa complexidade tecnológica; a sua menor densidade, o que afasta dela os interesses mais estruturados dos prestadores de serviços e do complexo industrial da saúde; a sua menor valorização pelos profissionais de saúde em função do paradigma flexneriano prevalecente; o seu distanciamento das soluções mais espetaculares que se dão, especialmente, no nível terciário do sistema; e a desconfiança de que a atenção primária à saúde não apresenta os resultados propalados pelos seus defensores, em termos econômicos e sanitários.

No Brasil, a introdução da atenção primária à saúde foi feita no início do século XX pelo Prof. Paula Souza, na USP, mas consolidou-se, no início dos anos 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Não obstante avanços inegáveis verificados no PSF, em termos de estrutura, processos e resultados, pode-se perceber um certo desencanto, de alguns setores do SUS, com esse modelo de atenção primária à saúde. Algumas propostas ameaçam as conquistas indiscutíveis do PSF como uma valorização exagerada de soluções com base na atenção não programada em unidades de pronto-atendimento (UPA's), as propostas de flexibilização do PSF, as tentativas de volta ao modelo da atenção primária seletiva ofertando a atenção primária à saúde sem médicos ou com médicos em tempo parcial, a incorporação de médicos especialistas na equipe etc.

É certo que o PSF tem problemas: a concepção hierárquica do SUS que leva a uma banalização da atenção primária à saúde; a infra-estrutura física inadequada; o foco na atenção às condições e aos eventos agudos; as deficiências dos sistemas de assistência farmacêutica e de apoio diagnóstico e terapêutico; os problemas dos recursos humanos: a fragilidade da graduação, a ausência de políticas consequentes de educação permanente e a precarização das relações de trabalho; e a ausência de uma profissionalização da gestão. Como substrato desses problemas está uma dificuldade dos gestores do SUS em perceber que se há problemas inegáveis de financiamento desse sistema público de atenção à saúde, os recursos seriam suficientes para dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde. Basta que esses gestores se convençam de que investir no PSF produz eficiência alocativa no SUS e gera valor para os cidadãos brasileiros.



As propostas que se fazem como alternativas ao PSF são frágeis por várias razões: baseiam-se em idéias de senso comum que não encontram respaldo nas evidências sobre a atenção primária à saúde, como se conclui nesta revisão; trazem a ameaça de volta ao falido modelo da atenção primária seletiva; e aguçam o modelo fragmentado de atenção às condições e aos eventos agudos que é o cerne da crise mundial dos sistemas de atenção à saúde.

Diante de dificuldades há sempre alternativas. Dentre elas, destacam-se duas: a alternativa de andar para trás, a alternativa conservadora ou reacionária, que busca o abandono de uma proposta que tem efeitos positivos inequívocos, o PSF, e a volta a modelos de atenção primária seletiva ou de atenção não programada às condições e aos eventos agudos que nunca geraram valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, em nenhuma parte do mundo. Outra, a alternativa de superação para frente, a alternativa progressista, que reconhece os problemas do PSF, analisa-os desde uma perspectiva global e propõe um conjunto de soluções integradas de radicalização do modelo do PSF. Essa alternativa assenta-se na convicção de que problemas complexos não podem ser resolvidos com soluções simples; ao contrário, exigem soluções complexas e sistêmicas. Essa é a solução que o SUS deveria adotar.

Esse documento tem, propositadamente, o nome de “agora mais que nunca”. Esta consigna é a resposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) à crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde no mundo. A OMS reconhece que esses problemas só serão superados se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa atenção primária à saúde forte e de qualidade (World Health Organization, 2008).

Também no Brasil, a atenção primária deve ser reformada, num movimento progressista, que reconhecendo os problemas do PSF irá buscar soluções potentes e integradas, aprofundando o modelo - um modelo nacional muito criativo -, e não o descaracterizando por meio de propostas que não encontram respaldo nas melhores evidências produzidas, aqui e internacionalmente. Será, dessa forma, que se concretizará, no SUS, a convocação da OMS de uma nova atenção primária à saúde que é, também do Brasil, mais necessária agora que nunca.



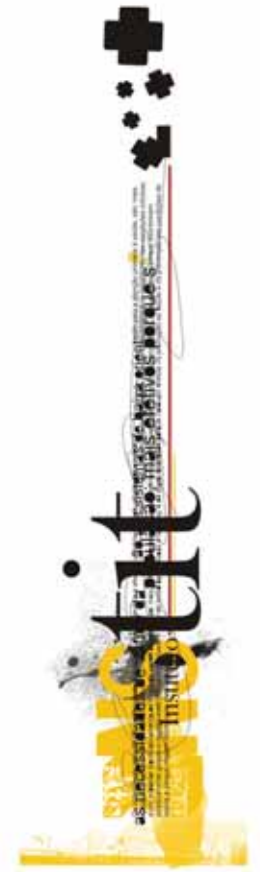
Revisão Bibliográfica Sobre a Atenção Primária à Saúde

A revisão bibliográfica que se faz é não sistemática e não extensiva. É feita sobre trabalhos relevantes sobre a atenção primária à saúde que são apresentados numa série cronológica.

2.1. INSTITUTE OF MEDICINE (1994)

O termo atenção primária à saúde foi introduzido por White, Williams e Greenberg, em 1961⁹, mas recebeu, ao longo do tempo, várias definições, a partir de categorias descritivas centrais que incluíram: a atenção a pessoas pobres de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade, a atenção primária seletiva¹⁰; a atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças¹¹; o conjunto de serviços essenciais, acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que o país e a comunidade possam pagar¹²; a oferta de uma cesta básica de serviços de saúde¹³; os serviços de atenção à saúde providos por certos clínicos, generalistas ou de família; o cuidado provido através de uma carteira de serviços, destinada ao manejo das doenças mais comuns; o primeiro nível de atenção à saúde que funciona como porta de entrada do sistema; um conjunto de atributos, tal como a definição do Instituto de Medicina, em 1978¹⁴ (acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência) ou de Starfield, em 1992¹⁵ (primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação); e a estratégia para organizar o sistema de saúde como um todo e que orienta a atenção primária à saúde para a comunidade, que orienta os recursos para as necessidades de saúde de uma população e que coloca menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas aos cuidados agudos, em especial em hospitais¹⁶.

Uma das maiores dificuldades na definição precisa da atenção primária à saúde está na ambigüidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas: simples ou primitivo¹⁷, ponto de primeiro contacto, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde etc.



-
- 9 - WHITE, K.L., WILLIAMS, T.F. & GREENBERG, B.G. - The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265: 885-893, 1961.
- 10 - UNGER, J.P. & KILLINSWORTH, J. - Selective primary health care: a crystal view of methods and results. *Sci. Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.
- 11 - LALONDE, M. - A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Ministry of National Health and Welfare, 1974.
- 12 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 september, 1978. Geneva, WHO, 1978.
- 13 - BANCO MUNDIAL - Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Washington, Banco Mundial, 1993.
- 14 - INSTITUTE OF MEDICINE - Primary care in medicine: a definition. In: INSTITUTE OF MEDICINE - A manpower policy for primary health care: report of a study. Washington, National Academy Press, 1978.
- 15 - STARFIELD, B. - Primary care: concept, evaluation, and policy. New York, Oxford University Press, 1992.
- 16 - INSTITUTE OF MEDICINE - Community oriented primary care: a practical assessment. Volume I., The Committee Report. Washington, National Academy Press, 1984.
- 17 - TESTA, M. - Pensar em salud. Buenos Aires, OPS/OMS, 1989.



Tendo em vista o cenário norte-americano de implantação de sistemas integrados de saúde, a atenção primária à saúde passou a constituir uma parte intrínseca desses sistemas, seja na dimensão vertical (ligando todos os níveis de atenção a uma população, domicílios, médicos generalistas, especialistas e hospitais), seja na dimensão horizontal, integrando níveis similares de atenção como os hospitais.

A tendência observada de constituição de verdadeiros sistemas integrados de saúde levou a uma nova definição de atenção primária à saúde como a provisão de serviços de saúde, integrados e acessíveis, prestado por profissionais que são responsáveis por atender às necessidades de cuidados pessoais, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e exercitando sua prática no contexto das famílias e da comunidade. Essa definição introduz, em relação às anteriores do Instituto de Medicina, três novas dimensões: o paciente e sua família, a comunidade e o sistema integrado de saúde.

2.2. SALTMAN & FIGUERAS (1997)

Para esses autores europeus, o principal papel da atenção primária à saúde nas reformas sanitárias européias está no crescente número de países que dão, a ela, o controle sobre parte ou sobre a totalidade do orçamento do sistema de saúde. O exemplo mais conhecido é do Reino Unido onde grupos de médicos generalistas (*general practitioners - GPs*) recebem recursos para se responsabilizarem por outros serviços para seus pacientes, como cirurgias eletivas, visitas domiciliares, assistência farmacêutica ambulatorial e cuidados comunitários, num processo denominado de *fundholding*. Arranjos similares têm sido desenvolvidos em relação à atenção hospitalar na Finlândia, em algumas regiões suecas (especialmente em Dalarna), em algumas regiões da República Russa (notavelmente em Kemarova) e em sistemas de seguro social da Alemanha (caso de Berlim). A atenção primária à saúde, por esses mecanismos, responsabiliza-se por 20% dos gastos em atenção hospitalar no Reino Unido e por 100% desses gastos na Finlândia e Suécia.

Esse movimento exige que a atenção primária à saúde, além de sua tradicional função de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de integração do sistema de saúde. Cabe à atenção primária à saúde integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais.



Esse papel integrativo da atenção primária à saúde manifesta-se em três planos: funcional, organizacional e educacional. A integração funcional implica a superação de uma visão estrita dos pacientes doentes por uma abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A integração organizacional envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersetorial, especialmente com os serviços de assistência social. A integração educacional visa a desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde através de educação permanente e a mudar comportamentos nas pessoas através da educação em saúde.

Os processos de substituição - movimento forte nas reformas europeias de 90 -, estão presentes na atenção primária à saúde. Observa-se, em vários países, uma tendência para delegar funções de especialistas para generalistas. Isso deve ser feito em observância às características de cada qual. A tarefa diagnóstica do especialista é reduzir a incerteza, explorar possibilidades e tornar os erros marginais. A tarefa diagnóstica do generalista é diferente e consiste em aceitar a incerteza, explorar a probabilidade e tornar marginal o perigo. Isso significa que o deslocamento da atenção primária à saúde para os especialistas reduz a continuidade dos cuidados e diminui a responsabilidade dos generalistas sobre a saúde dos pacientes. O que, segundo os autores, confirma a hipótese de Starfield¹⁸, numa revisão da atenção primária à saúde em 11 países, de que a restrição dos especialistas aos hospitais e seu pagamento por salário estão associados com melhor performance dos sistemas de saúde em relação à população como um todo.

2.3. ROBINSON & STEINER (1998)

Os autores discutem as evidências sobre a função de compra total dos médicos generalistas no Reino Unido, como extensão da função de *fundholding*. Isso guarda relação com a temática das redes de atenção à saúde porque essa experiência é a mais avançada no desenvolvimento da possibilidade da atenção primária à saúde exercitar o papel de coordenação numa rede de atenção à saúde.

18 - STARFIELD, B. et al. - The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care. American Journal of Public Health, 71: 117-123, 1981.

As opiniões relativas ao *fundholding* são divididas. Seus defensores dizem que a função de compra de serviços feita em pequena escala e de forma descentralizada, é um estímulo para as mudanças e tem levado à melhoria dos serviços de saúde. Seus críticos argumentam que o grande número de pequenos contratos aumenta os custos de transação e tem impacto negativo na equidade entre pacientes que têm e não têm médicos *fundholders*.

As evidências contidas no livro sugerem que o *fundholding* teve grande impacto nas mudanças organizacionais. Vários estudos mostram como os serviços hospitalares se tornaram mais responsivos à atenção primária à saúde através de melhorias nos sistemas de informação, no tempo de atendimento e no acesso. Em relação à eficiência, há evidência de que os *fundholders* exerceram maior controle sobre os medicamentos. Quanto à equidade, os estudos mostram divergências. Também, em relação à qualidade da atenção não há evidência robusta de que o *fundholding* produz melhoras substanciais.

Não obstante a persistência de algumas divergências na análise, a política de *fundholding* tem sido apoiada pelo governo britânico. Uma das iniciativas do governo foi propor a função de compra total pelos *fundholders*, o que significa que os médicos generalistas deveriam comprar todos os serviços hospitalares e comunitários de sua população adscrita.

Um projeto piloto de compra total foi realizado através de 53 experiências que envolveram uma população de 1,75 milhão de pessoas.

2.4. COLIN-THOME (2001)

O livro trata de comparar a experiência americana privada da atenção gerenciada e de verificar as possibilidades de sua aplicação no sistema público do Reino Unido. Os novos encaminhamentos da atenção primária à saúde, no Reino Unido, são considerados, então, como uma prática de atenção gerenciada.

As características principais da atenção primária à saúde, como prática de atenção gerenciada, são: a atuação de *gatekeepers*, a atuação como coordenadores do cuidado, a atuação como gerentes da utilização dos serviços, a atuação como gerentes do orçamento de todo o sistema



e a responsabilidade por uma população adscrita. Na Inglaterra, os Grupos de Atenção Primária cumprem todas essas funções, mas avaliações feitas mostraram que esse mecanismo podiam estar determinando desigualdades na atenção primária à saúde e no acesso aos hospitais e aumentando os custos administrativos do sistema de saúde. Isso gerou a proposta de uma nova atenção primária à saúde para consolidar os ganhos obtidos e poder responder às políticas nacionais e às determinações demográficas e epidemiológicas. Essa nova atenção primária à saúde articula a prática tradicional com um conceito ampliado de cuidados primários, a nova saúde pública, com o movimento da nova gestão pública.

Da atenção primária à saúde tradicional herda a coordenação do cuidado, a continuidade do cuidado, a longitudinalidade do cuidado e a função de porta de entrada, voltados para a atenção individual aos pacientes. Mas essa concepção deve ser superada por um enfoque mais amplo, em que o foco da atenção primária à saúde é produzir mais saúde, ao menor custo para a população; em que se ofereça atenção à saúde de alta qualidade, o que implica a adoção da governança clínica a partir da medicina baseada em evidências; em que a coordenação do cuidado se faça de forma mais sistemática e estruturada com clareza dos papéis e responsabilidades e forte monitoramento; em que a gerência da utilização dos serviços vá além da atenção primária à saúde para atingir os outros níveis do sistema; em que as medidas de atenção individual estejam integradas com ações coletivas sobre a população adscrita à atenção primária à saúde, especialmente sobre os fatores ambientais e de estilos de vida; em que uma nova gestão pública faça-se com foco em resultados concretos para a população adscrita à atenção primária à saúde e com incentivos para resultados; e em que a integração do cuidado, sob a coordenação da atenção primária à saúde, através dos diferentes níveis de atenção, configure uma proposta de organização do sistema em redes de atenção à saúde.

2.5. STARFIELD (2002)

A autora americana propõe os quatro atributos da atenção primária à saúde: primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se

procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Os quatro atributos são fundamentais para caracterizar a atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde. Contudo, o atributo da coordenação tem uma importância relativa maior nas redes de atenção já que, sem ele, o primeiro contacto tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada. A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da atenção primária à saúde que se ordenam os fluxos e os contrafluxos das pessoas e das coisas nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde.


2.6. MENDES (2002)

A atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de ordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

2.7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003)

Esse relatório sobre a saúde mundial reitera, como política central da Organização Mundial da Saúde, a atenção primária à saúde desde a Declaração de Alma-Ata em 1978. Mas houve uma mudança de enfoque ao longo desses anos.

Nos anos 80 predominou o conceito da atenção primária seletiva, onde o foco estava em ofertar serviços básicos às regiões e às pessoas pobres. Nos anos



90, com o estímulo do Banco Mundial, teve vigência uma orientação da oferta de cestas básicas constituídas por um pacote de serviços essenciais. Os resultados são questionados, especialmente por críticas de que essa proposta leva a iniquidades. Posteriormente, no bojo do movimento de reforma do setor saúde, as políticas de saúde e da atenção primária à saúde orientaram-se por critérios alheios à saúde como descentralização, reforma da administração pública e controle de gastos do Estado.

A reafirmação dos princípios da atenção primária à saúde constitui a proposta contemporânea dos responsáveis pela saúde mundial que deve predominar no início do século XXI.

O relatório propõe um novo enfoque sistêmico contido num modelo de sistema de atenção à saúde baseado na atenção primária à saúde. Esse modelo permite resolver o conflito potencial entre a atenção primária, entendida como nível diferenciado de atenção, e sua acepção como enfoque geral da prestação de serviços responsivos e equitativos. Assim, um sistema de atenção à saúde baseado na atenção primária: estará baseado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial; se centrará nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções da saúde pública; criará as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos; organizará uma atenção integrada e sem fissuras que vinculará a prevenção, a atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços de saúde; e avaliará continuamente a situação para procurar melhorar o desempenho do sistema.

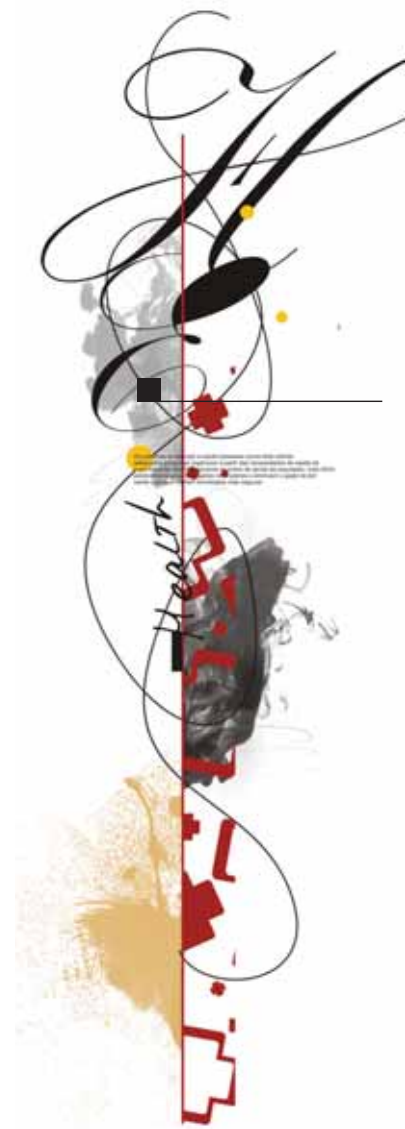
Para lograr a atenção integrada que prevê este sistema, com base na atenção primária à saúde, é necessário intervir em todo o contínuo das condições de saúde. E para fazer frente à carga crescente das condições crônicas, tanto transmissíveis quanto não transmissíveis, requerem-se atividades iniciais de promoção da saúde e prevenção das enfermidades na comunidade e atividades finalísticas de manejo das condições de saúde estabelecidas nos serviços de assistência médica.

O modelo de atenção integrada muda a atenção às condições crônicas por meio dos cuidados inovadores às condições crônicas e fortalece o modelo de sistema de atenção à saúde baseado na atenção primária à saúde. As evidências disponíveis falam a favor da implantação desses modelos integrados de atenção à saúde porque determinam uma diminuição dos gastos sanitários, uma diminuição no uso dos serviços de saúde e um melhor estado de saúde.

2.8. HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS (2004)

O documento, do Ministério da Saúde da Holanda, define a atenção primária à saúde como o elemento da atenção à saúde que engloba várias disciplinas, cada uma com suas especificidades em termos de conteúdos educacionais, pesquisa, evidências e atividades de cuidado e que: é normalmente o ponto de primeiro contacto no sistema de atenção à saúde, provendo acesso aberto e ilimitado às pessoas usuárias e lidando com todos os problemas independentemente de idade, sexo e outras características das pessoas; reconhece a responsabilidade pessoal das pessoas usuárias em relação à natureza do cuidado e do processo de prestação dos serviços; faz uso eficiente dos recursos através da coordenação dos cuidados, da colaboração com outros campos da atenção à saúde e da advocacia das pessoas usuárias; utiliza um enfoque centrado nas pessoas, orientado para os indivíduos, famílias e comunidade; responsabiliza-se pela provisão longitudinal da continuidade do cuidado, determinado pelas necessidades dos pacientes e baseado numa clara comunicação entre pessoas usuárias e prestadores de serviços; utiliza um processo decisório baseado na situação epidemiológica da comunidade; maneja as condições agudas e crônicas; promove a saúde e utiliza medidas preventivas apropriadas; assume uma responsabilidade específica sobre a saúde da comunidade; e lida com os problemas de saúde nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

O documento faz um estudo extenso das evidências do impacto dos sistemas de atenção à saúde que apresentam forte atenção primária à saúde em relação aos que apresentam fraca atenção primária à saúde em termos de resultados sanitários, custos, equidade e satisfação dos pacientes¹⁹. A conclusão é que há evidência de uma relação significativa entre uma atenção primária à saúde forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma atenção primária à saúde forte - o *gatekeeping* e o pagamento por lista de pacientes adscritos a um médico generalista -, estão associadas a menores gastos dos sistemas de atenção à saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e eficiência, o estudo comparativo mostra a superioridade dos sistemas



19 - As evidências foram buscadas numa revisão bibliográfica robusta:

Institute of Medicine - Primary care: America's health in a new area. Washington, IOM, 1996;

Atun, R.A. - What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Europe, 2004;

com atenção primária à saúde forte. Contudo, não há evidência da mesma superioridade em relação às iniquidades relativas aos níveis de renda da população.

Há que se fortalecer a atenção primária à saúde para enfrentar os desafios do futuro e, para isso, o estudo faz algumas recomendações: desenvolver a atenção primária à saúde baseada em evidências; implementar diretrizes clínicas construídas com base em evidências; melhorar a comunicação com os pacientes; integrar a rede de cuidados primários e secundários, com a atenção primária desempenhando um papel explícito; dar acesso a médico generalista, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, dentista, psicólogo e assistente social; introduzir prontuários eletrônicos; dar cobertura fora dos horários de financiamento normal das unidades de atenção primária à saúde, especialmente na atenção às urgências; trabalhar com populações bem definidas de mais ou menos 10 a 15 mil pessoas; coordenar a atenção ao longo do contínuo de cuidados; e desenvolver um monitoramento constante da atenção primária à saúde.

2.9. HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004)

Este estudo apresenta a evidência das vantagens e desvantagens de reestruturar o sistema de atenção à saúde com base na atenção primária à saúde. Está baseado numa revisão sistemática de 107 trabalhos publicados na literatura internacional. Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistema de atenção à saúde com base na atenção especializada.

Os sistemas baseados numa forte atenção primária à saúde estão associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte atenção primária à saúde estão associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostram que a orientação para especialistas está associada a iniquidade no acesso. Os sistemas de atenção à saúde nos países com forte atenção primária à saúde, nos países de baixa renda, tendem a ser mais equitativos e mais acessíveis. No campo operacional, a maioria dos estudos que comparam serviços

que deveriam ser providos, seja pela atenção primária à saúde, seja pela atenção especializada, mostra que a utilização dos cuidados primários reduz custos, aumenta a satisfação das pessoas usuárias, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado, seja nos resultados sanitários. A maioria dos estudos que analisa a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostra que esta mudança é mais custo/efetiva. A expansão dos serviços primários pode, nem sempre, reduzir custos, porque identifica as necessidades não atendidas de saúde da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços.

Contudo, o trabalho adverte que essas evidências analisadas necessitam de ser aprofundadas para torná-las universalmente aplicáveis.

-
- Jones, R. et al. - Oxford textbook of primary medical care. Principles and concepts, vol. 1, Oxford, Oxford University Press, 2004
- Vuori, H.- The role of the schools of public health in the development primary health care. *Health Policy*, 4: 221-230, 1985
- World Health Organization - The Ljubljana charter on reforming health care. *BMJ*, 312: 1664-1665, 1996
- Commission on the future of health care in Canada, building on values. Ottawa, Canadian Government Publishing, 2002
- Hjortdahl, P. - Continuity of care in general practice: a study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. Oslo, University of Oslo, 1992
- Reid, R. et al. - Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002
- O'Malley, A.S. et al. - Primary care attributes and care for depression among low-incomes African American women. *Am. J. Publ. Health*, 93: 1328-1334, 2003
- Ansari, Z. et al. - Trends and geographic variations in hospital admissions for asthma in Victoria. *Aust. Fam. Physician*, 32: 286-288, 2003
- Docteur, E. & Oxley, H. - Health care systems: lessons from the reform experience. Paris, OECD Papers n ° 9. 2004
- Greb, S. et al - Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. In: Saltman, et al - Primary care in the driver's seat? Organizational reform in european primary care. Buckingham, Open University Press, 2004
- Van Doorslaer, E. et al. - Explaining income-related inequalities in doctor utilization. *Europe Health Economics*, 13: 629-647, 2004
- Kerssens, J.J. et al. - Comparison of patient evaluation of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 european countries. *Bull. World Health Organization*, 82: 106-114, 2004
- Blendon, R.J. et al. - Inequities in health care: a five countries survey. *Health Aff.*, 21: 182-191, 2002
- Silva, A. & Valentine, N. - Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Geneva, WHO, 2004
- Hjortdahl, P. - Continuity of care. In: Jones, R. et al. - Oxford textbook in primary care. Oxford, Oxford University Press, vol. 1, 2004;

2.10. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005)

Desde o lançamento da meta de saúde para todos, em 1978, pela Organização Mundial da Saúde, a atenção primária à saúde mudou radicalmente. O propósito da renovação da atenção primária à saúde é revitalizar a capacidade dos países de construir uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável para enfrentar os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios sanitários e melhorar a equidade.

Há muitas razões para adotar a renovação da atenção primária à saúde, o que inclui: o surgimento de novos desafios epidemiológicos; a necessidade de superar fraquezas e inconsistências presentes em alguns enfoques da atenção primária à saúde; o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimentos de boas práticas que a atenção primária à saúde pode capitalizar para ser mais efetiva; o reconhecimento de que a atenção primária à saúde é um instrumento para reduzir as iniquidades em saúde; e o crescente consenso de que a atenção primária à saúde representa um poderoso enfoque dirigido para superar as causas da má saúde e das iniquidades.

A renovação da atenção primária tem como pano de fundo a situação de saúde das Américas.

Muito se conseguiu na Região: redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade geral, aumento da expectativa de vida, diminuição das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis, por doenças do aparelho circulatório e pelas condições perinatais. Contudo, alguns desafios permanecem como na tuberculose e HIV/AIDS. A situação demográfica significa um envelhecimento da população. A presença de fatores de risco da urbanização e a deterioração das estruturas sociais geram problemas de saúde como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, violências, adições de álcool, tabaco e outras drogas. Tudo isso ocorre num ambiente de aumento das desigualdades. Por exemplo, 60% das mortes maternas ocorrem em 30% dos países mais pobres.

Na década passada, os ajustes econômicos de corte neoliberal e as pressões da globalização contribuíram para as disparidades na riqueza e no poder entre e dentro dos países americanos e reforçaram os impactos negativos na saúde.

Documentos recentes apontam para a necessidade da saúde tornar-se um ponto central nas agendas de desenvolvimento. Mas uma saúde entendida como uma capacidade humana básica, um pré-requisito para que os indivíduos atinjam o autodesenvolvimento, um alicerce das sociedades democráticas e um direito humano básico.



Nas últimas três décadas várias reformas foram feitas nos países americanos, mas a despeito de altos investimentos, os resultados foram limitados ou negativos em termos de melhorias sanitárias e da equidade. É neste contexto que se propõe a renovação da atenção primária à saúde. Ela não será vista como uma prática seletiva para regiões e pessoas pobres, como se entendeu e praticou, nem somente como o primeiro nível do sistema de atenção à saúde, o modelo dos cuidados primários. Ela deverá reafirmar os princípios de Alma-Ata: ser integrada e ofertada com integralidade e desenvolver-se de acordo com os princípios da participação comunitária e da coordenação intersetorial. Mas agregará elementos do enfoque da saúde e direitos humanos que compreendem a saúde como direito humano e a necessidade de enfrentar os determinantes sociais e econômicos da saúde.

A posição da Organização Pan-Americana da Saúde é que a atenção primária à saúde deve ser uma parte integral dos sistemas de saúde e que o desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária à saúde é o melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas.

Para isso, a atenção primária à saúde é definida como um enfoque de organização e operação dos sistemas de atenção à saúde que faz do direito à saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade e define como seus princípios a capacidade de dar respostas, a orientação pela qualidade, a transparência governamental, a justiça social, a sustentabilidade, a participação e a intersetorialidade.

Um sistema de atenção à saúde baseado na atenção primária à saúde compõe-se de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantem cobertura universal e acesso aos serviços que sejam aceitáveis para a população e que sejam equitativos. Ele provê a atenção integral e integrada ao longo do tempo, enfatiza a promoção e a prevenção e assegura o primeiro contacto. As famílias e a comunidade são as bases para o planejamento e a ação; e esse sistema desenvolve atividades intersetoriais.

A essência da atenção primária à saúde renovada é a mesma da declaração de Alma Ata. Contudo, foca no sistema de atenção à saúde como um todo; inclui os setores público, privado e terceiro setor; diferencia valores princípios e elementos; fortalece a equidade e a solidariedade; incorpora novos princípios tais como a sustentabilidade e a orientação para a qualidade; e descarta a noção de atenção primária à saúde como um conjunto de serviços realizados por recursos humanos específicos.



A atenção primária à saúde renovada assenta-se nos valores de: direito ao mais alto nível de saúde atingível; equidade; e solidariedade. E nos princípios de: respostas às necessidades de saúde das pessoas; orientação para a qualidade; responsabilização governamental; justiça social; sustentabilidade; participação; e intersectorialidade.

Os sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária à saúde são compostos por elementos estruturais e funcionais. Eles são: cobertura universal e acesso; atenção integral e integrada; ênfase na promoção e na prevenção; atenção apropriada; orientação familiar e comunitária; mecanismos ativos de participação; organização e gerenciamento ótimos; políticas e programas equitativos; primeiro contacto; recursos humanos apropriados; e ações intersectoriais.

As evidências sobre os benefícios da atenção primária à saúde nos sistemas de atenção à saúde são robustas.

Os estudos internacionais mostram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde apresentam resultados melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm menores custos e produzem mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a atenção primária à saúde. Esses sistemas possibilitam liberar recursos para atender às necessidades dos excluídos. Eles melhoram a equidade porque são menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade. Eles asseguram maior eficiência dos serviços porque poupam tempo nas consultas, reduzem o uso de exames laboratoriais e reduzem os gastos em saúde. Eles liberam recursos para atender às necessidades dos excluídos. Eles empoderam grupos vulneráveis. Eles minimizam os gastos diretos dos bolsos das famílias, que são mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal. As evidências, provindas especialmente de países europeus, sugerem que os sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária à saúde aumentam a eficiência e a efetividade. Estudos de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostram que os sistemas baseados na atenção primária à saúde que asseguram acesso e primeiro contacto, melhoram os resultados sanitários, beneficiam outros níveis do sistema e permitem reduzir internações por condições tais como angina, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz. Pessoas que têm uma fonte regular de atenção primária à saúde durante sua vida estão mais satisfeitas com o sistema de saúde, apresentam menos hospitalizações e utilizam menos as unidades e emergência. Na Região das Américas, as experiências da Costa Rica mostram que a reforma baseada na atenção primária integral melhora os resultados sanitários e a equidade;

para cada 5 anos adicionais após esta reforma a mortalidade infantil foi reduzida em 13% e a mortalidade de adultos foi reduzida em 4%, independente de melhorias em outros determinantes da saúde. As evidências mostram que para a atenção primária à saúde beneficiar a população, os serviços devem ter boa qualidade técnica²⁰.

Uma perspectiva de futuro coloca alguns pontos para a atenção primária à saúde: completar a implantação da atenção primária à saúde onde ela falhou; fortalecer a atenção primária à saúde para enfrentar novos desafios; colocar a atenção primária à saúde nas agendas mais amplas da equidade e do desenvolvimento humano. Para isso é necessário aprender com as experiências passadas. Haverá que superar algumas barreiras. Transitar de um sistema curativo e baseado no hospital para outro baseado na prevenção e na comunidade. Superar a fragmentação do sistema de saúde, a ausência de informações locais e a frágil colaboração intersetorial. Capacitar os trabalhadores tanto nas competências técnicas quanto humanísticas. Reorientar para a promoção e a prevenção e integrar os serviços de saúde pública e dos cuidados pessoais, com foco nas famílias e na comunidade.

É preciso um plano estratégico para implementar a atenção primária à saúde renovada que identifique os atores sociais em situação: os apoiadores, os oponentes e os neutros. Depois, haverá que mudar as diferentes percepções desses atores, a partir de uma definição clara dos objetivos gerais. A partir daí deverão ser criados novos apoiadores para o que se pode utilizar a Declaração do Milênio.

20 - Essas evidências mencionadas estão sustentadas por uma alentada revisão bibliográfica colocada no texto:

Baicker K, Chandra A.- Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97; Macinko J, Starfield B, Shi L.- The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38:819-853, 2003; Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*, 344:1129-1133, 1994; Starfield B.- Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J, editor. - *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995.* London: Office of Health Economics, 1996; Starfield B, Shi L. - Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* ;60:201-216, 2002;; Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. - The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 18:291-313, 1999; Grumbach K.- The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 21:155-157, 2002; Forrest CB, Starfield B. - Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*, 88:1330-1336, 1998; Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. - Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*, 5:727-734, 1999; Shi L.- Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 24:431-458, 1994; Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273-80; Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. - The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv.*, 28:777-791, 1998; Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A.- Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370, 2004; Gilson L, McIntyre D. - Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter*, 42, 2004; Casanova C, Colomer C, Starfield B.- Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 8:51-59, 1996; Casanova C, Starfield B. - Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services*, 25:283-294, 1995; Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M.- The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*, 14:246-451, 2004; Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al.- Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*, 274:305-311, 1995; Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)* 433:1-5, 2000; Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderson S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J.-Organizational characteristics of primary care and hospitalization for the main ambulatory care sensitive conditions. *Atención Primaria* 33:305-311, 2004; Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. - The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health*, 90:97-102, 2000; Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nseroko M.- The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*, 9:333-338, 2000; Weiss LJ, Blustein J.- Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*, 86:1742-1747, 1996; Rosero-Bixby L.- Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 15:94-103, 2004; Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine*;58:1271-1284, 2004. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martinez H, Palafox M, Romero G, et al. - The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan*, 13:323-31, 1998; Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafre H, Gutierrez G.- Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan*, 12:214-223, 1997.

2.11. STARFIELD, SHI, & MACINKO (2005)

Os autores utilizaram pesquisas sobre os efeitos da atenção primária na saúde por meio de estudos sobre a oferta de médicos de família, estudos de pessoas que identificaram um médico de família como sua fonte regular de atenção à saúde e estudos ligando a recepção de cuidados primários de alta qualidade com o estado de saúde²¹. Para isso, utilizaram três revisões sistemáticas sobre atenção primária à saúde, suplementadas pela compilação de artigos na literatura internacional de língua inglesa, com ênfase nos Estados Unidos.

21 - Atun, R. - What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? London, Health Evidence Network, 2004; Engstrom, S., Foldevi, M. & Borgquist, L. - Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian J. Prim. Care*, 19: 31-44, 2001; Health Council of the Netherlands – European primary care. The Hague, Publ. n° 2004/20E, 2004.

Os estudos sobre as relações entre a oferta de médicos de atenção primária e resultados sanitários mostraram que: nos Estados Unidos, os estados com maiores taxas de médicos generalistas por população apresentaram menores taxas de mortalidade por doenças cardíacas, por câncer e por acidentes vasculares cerebrais, menores taxas de mortalidade infantil, menos casos de baixo peso ao nascer e menos autorreportado pobre estado de saúde; a oferta de médicos generalistas está associada com maior expectativa de vida; quando a oferta de médicos de atenção primária foi desagregada por médicos de família, médicos generalistas e pediatras, somente a oferta de médicos de família mostrou uma relação significativa com menor mortalidade; o incremento de 1 por 10 mil médicos de família está associado com uma queda da mortalidade de 0,65 por 100 mil; o incremento de um terço na oferta de médicos de família está associado com uma queda de 20% na mortalidade por câncer cervical; na Inglaterra o aumento de cada um médico generalista por 10 mil habitantes leva a uma queda de 6% na mortalidade; a maior oferta de médicos generalistas está associada a menor taxa de mortalidade por todas as causas, mortalidade por infarto agudo do miocárdio, mortalidade evitável, internações domiciliares agudas, gravidez em adolescentes; esses resultados sugerem que 127.617 mortes poderiam ser evitadas, a cada ano nos Estados Unidos, se aumentasse o número de médicos de atenção primária à saúde.

Uma segunda linha de evidência de impacto positivo da atenção primária na saúde vem da comparação dos resultados sanitários em pessoas que têm e não têm os cuidados primários como fonte regular de atenção. As evidências encontradas foram: os americanos que têm a atenção primária como cuidado regular apresentaram taxas de mortalidade menores nos seguintes cinco anos após a pesquisa; americanos servidos por centros de atenção comunitária que se estruturam com forte atenção primária são mais saudáveis que as populações comparáveis em estado sócio-econômico que recebem cuidados de outros tipos de médicos; americanos servidos por centros de atenção comunitária que se estruturam com forte atenção primária recebem mais atendimentos preventivos que a população em geral; avaliação da reforma da atenção primária à saúde na Espanha mostrou que as taxas de mortalidade associadas com hipertensão e acidentes vasculares cerebrais caíram mais nas áreas onde a reforma foi inicialmente implementada e houve menos mortes por câncer de pulmão nessas áreas; no Canadá pacientes operados por referência de médicos de família tiveram menos complicações pós-



operatórias, o que incluiu otites e problemas respiratórios; na América Latina, países que enfatizaram a atenção primária à saúde, como Cuba e Costa Rica, apresentam menores taxas de mortalidade infantil que os demais.

Uma terceira linha de evidência ligando a recepção de cuidados primários de alta qualidade com o estado de saúde mostrou: a atenção primária adequada está ligada a uma maior oferta de cuidados preventivos como rastreamento de doenças, imunização e aconselhamento; adolescentes com uma fonte regular de atenção primária têm maior probabilidade de receber cuidados preventivos e menor probabilidade de necessitar de cuidados de emergência; as pessoas que acessam regularmente os cuidados primários apresentam menos 5% de um estado de saúde auto-avaliado como pobre e menos 6% de depressão; no Brasil, um estudo comparativo mostrou que pessoas que têm melhor atenção primária à saúde se autoavaliavam com melhor saúde, mesmo após ajustar por outras características como idade, presença ou não de doença crônica, renda, nível educacional e tipo de unidade em que receberam atenção à saúde.

Um outro campo de levantamento de evidência foi o das comparações internacionais. Os estudos mais sólidos mostram que os países com atenção primária à saúde forte tinham populações mais saudáveis, bem como certos aspectos da política eram importantes para gerar uma atenção primária forte.

Um estudo clássico²² comparou a associação da atenção primária à saúde com resultados sanitários em onze países desenvolvidos. Cada país foi classificado de acordo com quatro características da atenção primária à saúde: primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação e de acordo com características políticas: equidade na distribuição dos serviços, cobertura universal ou quase universal garantida com recursos públicos, co-pagamento inexistente ou baixo, percentual de médicos que não eram médicos de atenção primária e renda dos médicos de atenção primária em relação aos médicos especialistas. Um resultado importante foi que as características da atenção primária à saúde estavam associadas com as características políticas; outro, também importante, foi que os países com baixo escore para a atenção primária à saúde obtinham resultados sanitários mais pobres, mais notavelmente para indicadores da saúde

infantil. Um estudo semelhante²³, feito para treze países, mostrou melhores resultados sanitários para os países que tinham sistemas de saúde orientados pela atenção primária à saúde.

A contribuição positiva da atenção primária à saúde foi encontrada numa análise mais extensiva de dezoito países industrializados.²⁴ Quanto mais forte a orientação dos países para a atenção primária à saúde, menores as taxas de mortalidade por todas as causas, as taxas de mortalidade prematura por todas as causas e as taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. O estudo permitiu estimar que aumentando o escore da atenção primária de um país em 5 pontos, isso permitiria reduzir a mortalidade prematura por asma e bronquite em 6,5% e em 15% a mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório.

Outra área analisada foi do impacto da atenção primária à saúde na redução das disparidades em saúde. Verificou-se que maiores taxas de médicos de família por população estão associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de atenção primária apresenta um maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil em áreas de alta desigualdade social. A associação entre uma maior oferta de médicos de atenção primária e a diminuição da mortalidade total foi quatro vezes maior na população afro-americana que na população branca. Uma boa atenção primária à saúde está associada com reduções nos efeitos adversos da desigualdade de renda na saúde. Estudos mostraram que uma adequada oferta de médicos de atenção primária à saúde reduziu as disparidades em saúde em grupos raciais e sócio-econômicos. As amputações de extremidades baixas por diabetes, no Reino Unido, não se diferenciam entre negros e brancos, mas nos Estados Unidos são duas a três vezes maiores nos negros que nos brancos; em boa parte esses resultados refletem a qualidade da atenção primária à saúde nos dois países. Estudos mostraram relações consistentes entre a atenção primária à saúde e melhorias na equidade da atenção em países como Bolívia, México e Costa Rica. O mesmo se observou em países africanos.

Uma outra área explorada é a associação da oferta de atenção primária à saúde e os custos do sistema de atenção à saúde. Regiões com maiores taxas de médicos de família por população apresentam menores custos totais do que regiões com menores taxas, provavelmente por causa da maior oferta de cuidados preventivos e da presença de menores taxas de hospitalização. Um estudo feito no programa Medicare americano mostrou uma queda linear nos gastos desse

23 - Starfield, B. & Shi, L. - Policy relevant determinants of health: an international perspectives. *Health Policy*, 60: 201-218, 2002.

24 - 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: 831-865, 2003.



sistema na medida em que aumentava a oferta de médicos de família, bem como uma melhoria da qualidade do cuidado; ao contrário, a oferta de especialista estava associada com maiores gastos e menor qualidade do cuidado. Estudos comparativos internacionais mostraram que os países com atenção primária à saúde mais frábil tiveram custos mais altos.

Por fim os autores relacionam os benefícios da atenção primária à saúde que são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; a gestão precoce dos problemas de saúde; a contribuição acumulada da atenção primária à saúde a um cuidado mais apropriado; e o papel da atenção primária à saúde na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas. Ademais, identificam os grandes desafios da atenção primária à saúde: reconhecer e manejar as co-morbidades; prevenir os efeitos adversos das intervenções médicas; manter a qualidade da atenção primária à saúde; e melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde e nos níveis de saúde.

2.12. MACINKO, GUANAIS & SOUZA (2006)

Os autores fizeram, no Brasil, uma análise ecológica longitudinal usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiras por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes.

Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no país foi a escolaridade das mulheres. O estudo mostrou, ainda, que um aumento de 10% na cobertura do Programa de Saúde da Família foi responsável por uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso a água foi responsável por uma diminuição de 3,0% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda per capita apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.


2.13. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008)

A Organização Mundial da Saúde, no seu relatório sobre a saúde do mundo de 2008, propõe mudanças radicais na atenção primária à saúde, como se observa no quadro 1 ao lado.

Quadro 1: O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Concentração em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>accountability</i>
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

Fonte: World Health Organization (2008)



Esses sentidos de mudança da atenção primária à saúde estruturaram-se em quatro grandes grupos de intervenções que refletem as convergências entre as evidências sobre: o que é necessário para uma resposta efetiva aos desafios da saúde no mundo de hoje; os valores da equidade, da solidariedade e da justiça social que dirigem o movimento da reforma da atenção primária à saúde; e as expectativas crescentes da população nas sociedades modernas. Esses quatro grupos são: as reformas em busca da cobertura universal para atingir a equidade em saúde; as reformas na prestação dos serviços de saúde para construir um sistema de atenção à saúde centrado nas pessoas; as reformas na liderança dos sistemas de atenção à saúde para tornar as autoridades mais confiáveis; e as reformas nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social movendo-se, principalmente, na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a atenção primária à saúde, a partir das necessidades e expectativas das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários. As reformas na liderança devem procurar superar, de um lado, um estilo de gestão centralizado, de tipo comando-controle, e, de outro, uma destituição regulatória do Estado, construindo uma nova liderança inclusiva, participativa e negociadora, requerida pela complexidade dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. As reformas nas políticas públicas devem articular a atenção primária à saúde com a saúde pública e desenvolver uma integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais (World Health Organization, 2008).

Conclusão

As evidências, retiradas da literatura internacional, sobre os benefícios da atenção primária à saúde nos sistemas de saúde são robustas.

Os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das condições de saúde e porque ofertam tecnologias mais seguras.

Entretanto, para que a atenção primária à saúde possa resultar em todos esses benefícios é necessário que ela seja entendida como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e não como um programa para pobres ou um nível de atenção à saúde. Isso significa, na realidade brasileira, superar o paradigma atual da atenção básica e instituir, em seu lugar, o da atenção primária à saúde.

Essa mudança paradigmática significará uma atenção primária à saúde mais qualificada, com mais recursos e que, para isso, deverá ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS, nas três instâncias federativas. E que, certamente, será mais cara, mas custo/efetiva.

O SUS não poderá desconsiderar a convocação da Organização Mundial da Saúde. Agora é a hora, mais que em qualquer tempo, de aperfeiçoar a atenção primária à saúde radicalizando a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF).





Bibliografia

COLIN-THOME, D. – The new primary care is managed care. In: COCHRANE, D. (Editor) - Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS – European primary care. The Hague, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.

HEALTH EVIDENCE NETWORK – What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, World Health Organization, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE – Defining primary care: an interim report. Washington, National Academy Press, 1994.

MACINKO, J., GUANAIS, F.C. & SOUZA, M. F.M. – Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health, 60: 13-19, 2006.

MENDES, E.V. - A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, PAHO, 2005.

ROBINSON, R. & STEINER, A. – Managed health care. Buckingham, Open University Press, 1998.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. – European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1997.

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

STARFIELD, B., SHIM, L. & MACINKO, J. – Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 83: 457-502, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Primary health care: now more than ever. Geneva, The World Health Report 2008.

