

**CONASS** documenta

Cadernos de  
informação técnica  
e memória do Conass

**38**

**A ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO SUS:  
AVANÇOS E  
AMEAÇAS**



---

A ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE NO SUS:  
AVANÇOS E AMEAÇAS

---

38

CONASS documenta

Brasília, 2021 | 1ª edição



© 2021 – 1.<sup>a</sup> edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

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

TIRAGEM: 500 exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 38  
Brasília, agosto de 2021.

**CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE**

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105  
Edifício Parque Cidade Corporate  
CEP: 70.308-200  
Brasília/DF – Brasil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

M538a Mendes, Eugênio Vilaça.  
A atenção primária à saúde no SUS: avanços e ameaças /  
Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de  
Secretários de Saúde, 2021.  
19 x 24,5 cm – (Conass Documenta; v. 38)

Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-88631-15-7

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistema Único de Saúde.  
3. Saúde pública – Brasil. I. Título.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC	Muana Araújo	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Anoar Samad	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Alexandre Chiepp
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Airton Cascavel
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho		

## DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

---

### PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

### VICE-PRESIDENTES

#### Região Centro-Oeste

Gilberto Figueiredo (MT)

#### Região Nordeste

André Longo (PE)

#### Região Norte

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

#### Região Sudeste

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

#### Região Sul

Beto Preto (PR)

## EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

### ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

### ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

### ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

### ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

### COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

### COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

### COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

### ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

### CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

## ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

---

### AUTORIA

Eugênio Vilaça Mendes

### REVISÃO TÉCNICA

Maria José Evangelista

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

### EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

Marcus Carvalho

# SUMÁRIO

---

APRESENTAÇÃO	13
A HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS: UM CAMINHO BRASILEIRO E UMA EXPERIÊNCIA DE INOVAÇÕES POR MEIO DE REFORMAS INCREMENTAIS CONSENSADAS	
1. A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL	
2. AS DIFERENTES INTERPRETAÇÕES DA APS	
3. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA APS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	17
O QUE É APS	
1. OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA APS	
2. A APS NÃO É SIMPLES	
3. OS PROBLEMAS QUE SE APRESENTAM NA APS	
4. A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	31
A DEMANDA E A OFERTA NA APS	
1. A COMPLEXIDADE DA DEMANDA NA APS	
2. O AJUSTE ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS	
3. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: A METÁFORA DA CASA	
4. O RESULTADO DO PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: O EQUILÍBRIO ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E A ESTRUTURA DA OFERTA	41
A OPÇÃO CORRETA DO SUS: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	73
OS AVANÇOS DA APS: A JOIA DA COROA DO SUS	
1. A AVALIAÇÃO DA ESF BASEADA EM EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS POR PESQUISAS CIENTÍFICAS	
2. A AVALIAÇÃO DA ESF POR MEIO DE PESQUISA DE OPINIÃO	
3. O RECONHECIMENTO NACIONAL E INTERNACIONAL	
4. CONCLUSÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA ESF NO SUS	83
O PÚBLICO E O PRIVADO NA APS DO SUS	
1. AS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
2. A EVOLUÇÃO DO MIX ESTATAL/PRIVADO NAS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
3. A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
4. OS ESPAÇOS SOCIAIS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	

5. A SEPARAÇÃO DAS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA SOCIAL: A REFORMA REGULATÓRIA, A ORGANIZAÇÃO DA FUNÇÃO DE COMPRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, A GOVERNANÇA EM REDES E OS MECANISMOS DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS	99
--	----

## ARRANJOS ORGANIZATIVOS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA APS

1. OS MODELOS DE GERÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA	
2. A ADMINISTRAÇÃO DIRETA	
3. A ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	
4. MODELOS DE GERÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	
5. A APS NO SUS E OS ARRANJOS ORGANIZATIVOS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	129

## QUASE-MERCADO, ESTÍMULO À PRIVATIZAÇÃO E À LIVRE ESCOLHA NA APS: A AMEAÇA DO FIM DA TERRITORIALIZAÇÃO NA APS

1. O ESTÍMULO À PRIVATIZAÇÃO E À LIVRE ESCOLHA NA APS	
2. A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO LOCAL NAS RAS	
3. O BAIRRO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE	
4. O MICROESPAÇO LOCAL NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: O CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL COMO PREDITOR DA EXPECTATIVA DE VIDA DAS PESSOAS	
5. O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA APS	143

## A AMEAÇA DO SISTEMA DE FINANCIAMENTO DA APS POR MEIO DE VOUCHERS

	161
--	-----

## O DESAFIO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A AMEAÇA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA APS

1. O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE	
2. A SITUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
3. A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL E A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS COM PREDOMÍNIO RELATIVO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS	
4. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	
5. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A CRISE NA CLÍNICA DA APS	
6. O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E UMA NOVA CLÍNICA NA APS	167

## REFERÊNCIAS

	203
--	-----



## LISTA DE SIGLAS

---

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AC	Atenção Contínua
ACG	Atenção Compartilhada a Grupo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CatSalut	Serviço de Saúde da Catalunha
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CEP	Código de Endereçamento Postal
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISCAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
NHS	National Health Service
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil sem Fins Lucrativos
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
POP	Procedimentos Operacionais Padrão

PPP	Parcerias Público-Privadas
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo



“A atenção primária é um grande nó”.

Deputada Federal Margarete Coelho (PP/PI),

Coordenadora do Projeto de Fortalecimento e Modernização do SUS.

Revista Piauí, 19 de novembro de 2020.

“A Estratégia de Saúde da Família (ESF) brasileira constitui, no mundo, provavelmente, o exemplo mais impressionante de uma rápida implantação de um sistema de atenção primária à saúde custo/efetivo e integral...Os países ricos devem aprender como a ESF afetou as doenças crônicas, a demanda por serviços terciários e a promoção da saúde”.

Matthews Harris e Andy Haines. Pesquisadores do King College London e da London School of Hygiene and Tropical Medicine, na Inglaterra.

Editorial do British Medical Journal, uma das mais importantes revistas médicas do mundo, publicado em 2010.



## APRESENTAÇÃO

---



# APRESENTAÇÃO

---

São inegáveis os avanços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil nas últimas décadas, com aumento expressivo do acesso da população brasileira a esse nível de atenção. Vários estudos evidenciam que, além do acesso, também houve melhora significativa nos indicadores de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização da APS no país, devendo ser estratégia prioritária de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), pois é o pilar, o centro de comunicação, a responsável pela coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que deve ser organizada por regiões de saúde, integrando-a à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e à Atenção Hospitalar.

Um dos grandes desafios para avançar na qualidade e resolutividade da APS tem sido a visão simplificada dos cuidados primários. A APS não é simples nem é de baixa complexidade, pois, no dia a dia, lida com problemas muito complexos e se depara com um leque de respostas sociais engendradas por esses cuidados.

É crescente o movimento de aumento de parcerias entre públicos e privados na APS, com uma agenda liberal, com distribuição de “vouchers”, sem valia para os usuários que possuem condições crônicas, condição prevalente no nosso país. Esse tipo de atendimento contribui para a desorganização do sistema, e só funciona para condições agudas, mas sem os atributos da APS.

Este Conass Documenta aborda os diferentes tipos de demandas e ofertas da APS e a necessidade de ajustes entre a estrutura de demanda e a oferta; a escolha acertada pela ESF, a política de APS mais extensiva do mundo; o desafio das condições crônicas e a ameaça de mudança do modelo de atenção à saúde na APS; os avanços da APS: a joia da coroa do SUS; o público e o privado na APS do SUS e o estímulo à privatização e à livre esco-



Iha na APS, com a ameaça do fim da territorialização e do financiamento por meio de vouchers.

A pandemia da covid-19 vem submetendo a ESF ao seu maior desafio ante a emergência sanitária; e, apesar de todas as dificuldades, vem respondendo ao que se espera da APS.

A APS não é um nó no SUS, ao contrário, tem exercido um papel inquestionável de desatadora dos nós no Sistema de Saúde Brasileiro.

A substituição da ESF por outros modelos não parece uma atitude sensata e responsável, nem se justificam propostas de reformas radicais na APS com argumentos de sua ineficiência como muitos sugerem.

**Carlos Eduardo de Oliveira Lula**

Presidente do Conass

A HISTÓRIA  
DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO SUS:  
UM CAMINHO  
BRASILEIRO E  
UMA EXPERIÊNCIA  
DE INOVAÇÕES  
POR MEIO DE  
REFORMAS  
INCREMENTAIS  
CONSENSADAS

---



# A HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS: UM CAMINHO BRASILEIRO E UMA EXPERIÊNCIA DE INOVAÇÕES POR MEIO DE REFORMAS INCREMENTAIS CONSENSADAS

1

## 1. A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL

A moderna concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN *et al.*, 1920). Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles, e representa o texto fundante da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países. Esse documento constitui a proposta seminal das Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela APS (MENDES, 2011).

O Relatório Dawson surgiu uma década depois do Relatório Flexner que instituiu a medicina científica e que associava o desenvolvimento da atenção à saúde ao crescimento das especialidades médicas, praticadas com base em alguns elementos ideológicos, como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a ênfase no curativo (FLEXNER, 1910; MENDES, 1985). Esse relatório teve grande impacto doutrinário e operacional na medicina, que preserva, até hoje, os seus elementos essenciais.

No período do início dos anos 1920 ao final dos anos 1970, deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à proposição da APS. Um, muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do

Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista (LAKKHANI *et al.*, 2007). Vários outros foram também relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos 1970: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional; o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos; a valorização da saúde materno-infantil; os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares; a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos do estudo sobre saúde e tabaco; a aparição das organizações de manutenção da saúde americanas (*health maintenance organizations*) e a criação do *Medicaid* e do *Medicare* nos Estados Unidos; a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde (ILLICH, 1975), o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, e outros (SAKELLARIDES, 2001). Tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como

cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida em que se desenvolvem em um espírito de autonomia e autodeterminação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Dessa definição, emergiram, naquele momento, os elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, apontou para a saúde como expressão de direito humano.

Em Alma-Ata, consolidou-se a grande ideia da APS, comparada, em notável depoimento, às catedrais góticas:

Quando finalmente entendemos a importância dos cuidados primários, procuramos desenvolvê-los à maneira das antigas catedrais góticas dos velhos burgos medievais: desenhadas por poucos, construídas por alguns, frequentadas obrigatoriamente por todos os demais. (SAKELLARIDIS, 2001).

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde instou todos os países-membros a definir e colocar em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação (VUORI, 1984).

## **2. AS DIFERENTES INTERPRETAÇÕES DA APS**

As variações na interpretação da APS se explicam pela história mesma de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de instituir uma concepção positiva de processo saúde-doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Disso, derivaram três interpretações principais da APS (MENDES, 2002): a APS como atenção primária seletiva; a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde; e a APS como estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em níveis de atenção de maior densidade tecnológica (WALSH; WARREN, 1979; UNGER; KILLINSWORTH, 1986).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de

entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994). É uma interpretação muito comum em países desenvolvidos e, em geral, está relacionada com a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora das RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN *et al.*, 2006) e quem proponha redes integradas de serviços de à saúde baseadas na APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2007), fiel a essa interpretação mais abrangente e contemporânea, propôs uma renovação da APS pelas seguintes razões: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades.

Desse movimento renovador, deve emergir a interpretação da APS como um enfoque de saúde e de direitos humanos que pressupõe que os cuidados primários superaram os aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais globais, dinâmicas e transparentes, bem como ser apoiadas por compromissos legais e econômicos de modo a alcançar melhorias na equidade em saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007).

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como a oferta focada

n. 38

no primeiro nível de cuidados do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

A decodificação da APS como estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta de suas estruturas por vários motivos: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta atualmente; e é a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RAS. Essa interpretação é que fundamenta a visão de cuidados primários que o SUS deve praticar em função de seus princípios e de suas diretrizes.

### **3. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA APS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

A APS tem uma larga história no sistema público de atenção à saúde de nosso país, tendo uma origem bem anterior à instituição do SUS. Essa história pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento da APS (MERHY, 1992; MENDES, 2002a).

O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP). Provavelmente, esses centros sofreram a influência do pensamento dawsonianiano do Reino Unido. Eles tinham uma população adstrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre os campos da saúde pública e da atenção médica.

O segundo ciclo deu-se no início dos anos 1940 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), hoje Fundação Nacional de Saúde. O Sesp, criado como parte do esforço de guerra, em um convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitário americano, foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais e a algumas ações verticais de saúde pública.



O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 1960, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica em um modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com alto grau de verticalidade.

O quarto ciclo, praticado nos anos 1970, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva. Iniciados por meio de experiências-piloto em centros acadêmicos, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. Deu-se, então, uma forte expansão da APS no país, por meio de um amplo programa de atenção primária seletiva; o número de unidades de APS que era de 1.122 em 1975 passou a 13.739 em 1984, um crescimento de 1.255% em uma década.

O quinto ciclo deu-se no início dos anos 1980, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). As AIS expandiram a rede de APS, uma vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987. Essa política institucionalizou-se porque os recursos abundantes da Previdência Social eram transferidos, por convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Entretanto, havia uma diferença fundamental com o modelo do Piass: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária, um grupo social integrado e com significativa capacidade de vocalização política.

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que lançou as bases doutrinárias e operacionais do que viria ser o SUS e que introduziu algumas diretrizes sobre os cuidados primários à saúde.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), e isso significou um sexto ciclo da APS na saúde pública brasileira.

Em 1988, com a criação do SUS pela Constituição Federal que fez uma opção indiscutível pela descentralização deste sistema, chegou-se a um sétimo ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios. A assunção pelos municípios das responsabilidades de APS gerou uma enorme expansão da APS no SUS.

Como o SUS tinha como princípio ordenador a integralidade da atenção, já não se podia continuar a ofertar uma APS como programa de atenção primária seletiva, e exigia o fortalecimento desse nível de atenção à saúde. Tratava-se, então, de buscar um modelo de APS que desse conta de concretizar a integralidade das ações de saúde.

Anteriormente ou paralelamente a esse processo de municipalização da APS, desenvolviam-se experiências de modelos de cuidados primários em várias partes do país: a Medicina Geral e Comunitária em Porto Alegre, a Ação Programática em Saúde da Faculdade de Medicina da USP, o Programa Médico de Família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e o modelo de Defesa da Vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp).

A Medicina Geral e Comunitária desenvolveu-se em Porto Alegre, a partir de 1983, no Murialdo e, depois, no Grupo Hospitalar Conceição, impulsionada por residências médicas. Essa proposta, inspirada por movimentos semelhantes em países desenvolvidos em que se adota a medicina familiar, supõe uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade aos quais se pretende prestar uma atenção integral, contínua e personalizada (ABATH, 1985).

A Ação Programática em Saúde surgiu no movimento de programação da saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos 1970, mas conformou-se, como proposta orgânica, a partir da implantação da reforma sanitária. Seu lugar de origem foi o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. A Ação Programática em Saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde, fundamentada no ideal da integração sanitária,

para o que busca se inspirar em tecnologia de base epidemiológica e se estruturar na lógica dos programas de saúde (NEMES, 1996).

O Programa Médico de Família foi implantado em Niterói, em 1992, e constituiu um modelo de nítida influência cubana. A APS era prestada por uma equipe composta por um médico generalista e por um auxiliar de enfermagem, responsáveis por aproximadamente 250 famílias. Essa equipe desenvolvia atividades no ambulatório na comunidade e acompanhamento em hospitais. A atenção era integral, o foco era na família, e as ações de saúde tinham orientação comunitária (MOTTA, 2005).

O modelo de Defesa da Vida foi desenvolvido no final dos anos 1980, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Supunha uma descentralização da gestão dos serviços de saúde por meio de colegiados e organizava a APS por meio das funções de acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde (CAMPOS, 1991).

Todas essas propostas foram importantes e representaram alternativas para proporcionar uma APS de qualidade à população e de concretizar os princípios do SUS, compondo um oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no SUS. Esses movimentos constituíram espaços significativos de desenvolvimento científico e tecnológico. Não obstante, não se institucionalizaram isoladamente como políticas públicas de corte nacional, mas, de certa forma, cada qual teve alguma influência em um novo ciclo da APS na saúde pública brasileira.

Esse ciclo instaurou-se em 1994, no governo do Presidente Itamar Franco, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente, foi coordenado pela Fundação Nacional de Saúde, sendo, posteriormente, assumido pelo Ministério da Saúde. Nesse ciclo, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente e, até mesmo, dos modelos de medicina de família e comunidade praticados no cenário internacional.

O PSF sofreu influências internas, dos modelos brasileiros de APS referidos anteriormente, e externas, das diferentes propostas de

APS, em especial, dos modelos canadense, cubano e inglês. Fundamentalmente, suas origens estão no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado em 1975 pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal, e adaptado ao sertão cearense no município de Jucás, depois estendido a outros 14 municípios. Esse trabalho dos agentes de saúde foi adotado como política pública do Ceará em 1987 como parte do Programa de Emergência que se iniciou com 6 mil mulheres e com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade infantil. Os bons resultados levaram à sua institucionalização pelo governo cearense em 1989 com o nome de Programa de Agentes de Saúde (PAS), com o formato de uma iniciativa de atenção primária seletiva que inspirou a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), depois Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), pelo Ministério da Saúde em 1991. Esse programa exigia a contratação de profissionais de nível superior para sua implantação. Isso, em conjunto com o processo de municipalização da saúde, foi criando, nos municípios cearenses, nas unidades de APS, equipes que juntavam médico e enfermeiros com agentes de saúde. Esse foi o embrião do PSF do SUS.

Com o processo de descentralização, os municípios começaram a assumir a gestão da saúde e passaram a contratar mais médicos e mais enfermeiros e, em menor escala, outros profissionais, como odontólogos. Dessa forma, no Ceará, a transição do PAS para o PSF ocorreu de forma natural, uma decorrência da própria demanda criada pelos agentes de saúde (ÁVILA, 2011). Assim, o modelo cearense de articulação entre o programa de agentes de saúde e os profissionais de saúde nas unidades de APS teve notável influência na instituição do PSF em escala nacional pelo Ministério da Saúde, processo que contou, inicialmente, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e do Unicef.

A opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Estava superada, pelo menos no discurso oficial, a visão da APS como um programa de atenção primária seletiva ou de

mero nível de cuidados primários – o que justificou o objetivo geral do PSF que era de

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997).

Uma linha de tempo mostra as evoluções da APS no Brasil, a partir da criação do PSF por meio de um primeiro documento oficial denominado de PSF, dentro de casa: em 1996, a NOB 01/96 estabeleceu um modelo de financiamento da APS por meio do PAB fixo e variável; em 1997, implantaram-se os polos de capacitação, formação e educação permanente de recursos humanos para a saúde da família e definiram-se as normas de funcionamento do Pacs e do PSF; em 1998, o PSF passou a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS e deu-se início às transferências financeiras dos incentivos ao Pacs e ao PSF do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; em 1999, a realização do 1º Pacto da Atenção Básica e a criação dos incentivos ao PSF por cobertura populacional; em 2000, a instituição do Departamento de Atenção Básica para organizar a APS no Ministério da Saúde; em 2001, a edição da Noas/01 com estímulos à qualificação da atenção básica e a incorporação das ações de saúde bucal na APS; em 2003, a transferência do Departamento de Atenção Básica para a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e o início do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf); em 2006, a definição da Política Nacional de Atenção Básica; em 2010, a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que dispôs sobre a organização das RAS coordenadas pela APS; em 2011, a definição de uma nova Política Nacional de Atenção Básica; em 2017, o estabelecimento de mais uma nova Política Nacional de Atenção Básica; e em 2019, a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), a instituição do Programa Previne Brasil e o estabelecimento de novo modelo de financiamento de custeio da APS.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

O exame desses movimentos institucionais revela uma bonita e longa história da APS na saúde pública – quase cem anos de evolução – que começou com os Centros de Saúde Escola, passou pela Fundação Sesp, pela ampliação da APS nas Secretarias Estaduais de Saúde, pelo movimento da atenção primária seletiva por meio do Piass, pelas AIS em cooperação com o Inamps que expandiram fortemente os cuidados primários na saúde pública brasileira, pelo Suds, pela instituição do SUS, pelo forte movimento de municipalização das unidades básicas de saúde por meio da criação do Pacs e do PSF e pelas Políticas Nacionais de Atenção Básica.

A longa história da APS no SUS vai muito além de sua suposta origem no posto de vacinação e nas ações programáticas (GUSSO *et al.*, 2015).

Especialmente após a instituição do SUS, esses processos quase sempre derivaram de problemas identificados dentro de nosso sistema público de saúde e foram amplamente discutidos e aprovados nos foros intergestores e nos conselhos de saúde. Esteve presente sempre um movimento constante de mudanças incrementais em busca de avanços na saúde pública brasileira, estabelecidas pelo consenso entre diferentes atores sociais.

Um exame mais acurado identifica, ao longo do tempo, um claro sentido de mudanças que combinou inovações de sustentação que buscaram o aumento da efetividade e da eficiência das políticas públicas para sustentar o funcionamento do sistema com, em alguns momentos, inovações disruptivas que mudaram o conceito e instituíram soluções mais simples e mais acessíveis (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).



## O QUE É APS

---

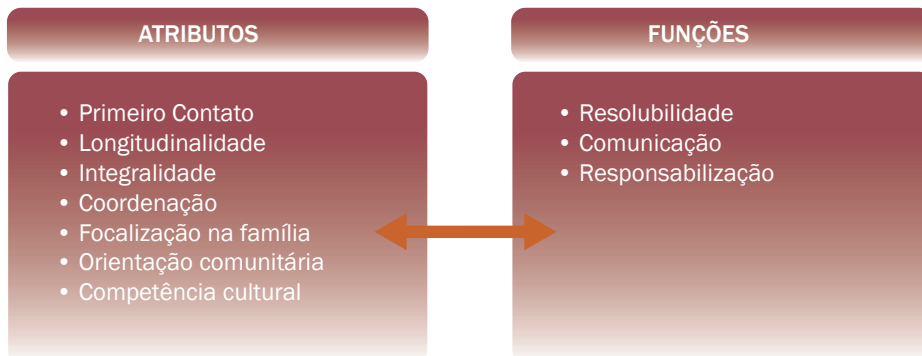




## 1. OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA APS

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas na Figura 1.

FIGURA 1. Os atributos e as funções da APS



FONTES: STARFIELD (2002); MENDES (2012).

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais, e os três últimos são os atributos derivados.

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.

A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde, e seu uso consistente, ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos; 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 conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, e se articula com a função de centro de comunicação das RAS.

A focalização na família impõe considerá-la como o sujeito da atenção e como unidade de cuidado, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar.

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde dessas famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários.

A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais nas RAS: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender em torno de 90% dos problemas de sua população.

A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos

e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes nós das redes.

A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão da saúde da população e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população (MENDES, 2012).

Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada em uma RAS como seu centro de comunicação, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS denominado de *Primary Care Assessment Tool*, PCATool (STARFIELD *et al.*, 2002). Esse instrumento foi validado para o Brasil com o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Brasil (PCATool-Brasil).

## 2. A APS NÃO É SIMPLES

Um dos problemas mais prevalentes na análise da APS é uma visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Na realidade, os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais comuns, mas isso não significa que elas são, necessariamente, mais simples. Há condições simples que se apresentam na APS, mas, também, há outras condições que são de manejo muito complexo.

A normativa do SUS expressa essa visão de APS como baixa complexidade ao instituir três níveis de atenção: a atenção básica, de baixa complexidade; a atenção de média complexidade; e a atenção de alta complexidade. Essa divisão equivocada baseia-se no grau de densidade das tecnologias utilizadas, mas nada tem a ver com a real complexidade da atenção à saúde nesses níveis.

A visão comum – quase ingênua – da APS expressa, em boa parte, uma incompreensão da natureza complexa da demanda por cuidados primários. Em geral, a demanda na APS é reduzida aos cuidados dos eventos agudos (demanda espontânea) e das condições crônicas não agudizadas (demanda programada) e a certos cuidados preventivos. Contudo, a demanda na APS vai muito além desses três grupos de condições de saúde.

Para que se possa avançar para uma APS que seja efetivamente uma estratégia de reordenamento do SUS, há que se romper com essa visão simplificadora de cuidados primários. A APS nada tem de simples nem representa um conjunto de serviços de baixa complexidade porque lida com uma grande complexidade da demanda e opera por meio de um amplo leque de respostas sociais engendradas pelos cuidados primários.

### 3. OS PROBLEMAS QUE SE APRESENTAM NA APS

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

---

Estudos internacionais demonstraram a natureza complexa da demanda na APS (STARFIELD, 2002). Pesquisas brasileiras recentes permitiram compreender melhor a composição da demanda na APS do SUS (GUSSO, 2009; LANDSBERG *et al.*, 2012; TAKEDA, 2013).

As pessoas buscam a atenção na APS por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais e sintomas de doenças estabelecidas (LANDSBERG *et al.*, 2012).

A visão restrita da demanda na APS, ainda prevalecente, leva a problemas sérios na prestação de serviços de qualidade, como, por exemplo, o manejo das condições de saúde como se todas elas pudessem ser, sempre, catalogáveis na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Na APS, dada a ocorrência de problemas gerais e inespecíficos e de enfermidades que não são doenças, nem sempre é possível operar com diagnósticos. A CID não é adequada para classificar problemas indiferenciados. Por essa razão, na APS, é preferível trabalhar com a Classificação Internacional da Atenção Primária (Ciap) (LAMBERTS; WOOD, 1987). O sistema de registro deve seguir a sistematização SOAP (acrônimo para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) e o registro clínico orientado por problemas (WEED, 1968); e os prontuários clínicos devem ter uma lista de problemas bem sistematizada (GUSSO *et al.*, 2015).

Estudos demonstraram que somente em torno de 50% da demanda da APS é passível de diagnóstico. Em Florianópolis, só foram possíveis diagnósticos em 62,6% da demanda da APS (GUSSO, 2009). As

razões disso são elencadas por Crombie (1963): muitos problemas são autolimitados e exigem apenas uma observação ativa; muitas pessoas demandam somente serviços administrativos; a fisiopatologia de base de problemas indefinidos e não graves é desconhecida; exames laboratoriais e tecnologias não colaboram para o complexo processo diagnóstico de problemas frequentes; e constitui má prática clínica tentar vigorosamente a definição de um diagnóstico para um problema vago, especialmente se este está acompanhado por determinantes psicológicos.

Assim, na APS, é preferível trabalhar com problemas de saúde ou com condições de saúde do que com diagnósticos de doenças.

Entende-se problema de saúde como o que requer ou pode requerer uma ação da equipe de saúde que motivará um plano de cuidados (LOPES, 2012). O problema é parte de um episódio de cuidado que tem três elementos: o motivo da consulta, o problema ou o diagnóstico e a intervenção acordada (GUSSO, 2009).

A APS lida com episódios de cuidado que se diferenciam de episódios de doença ou episódios de enfermidade. O episódio de cuidado significa o problema de saúde apresentado no primeiro encontro com um profissional de saúde e que termina ao final do último encontro com esse profissional que lidou com esse mesmo problema (GUSSO, 2009).

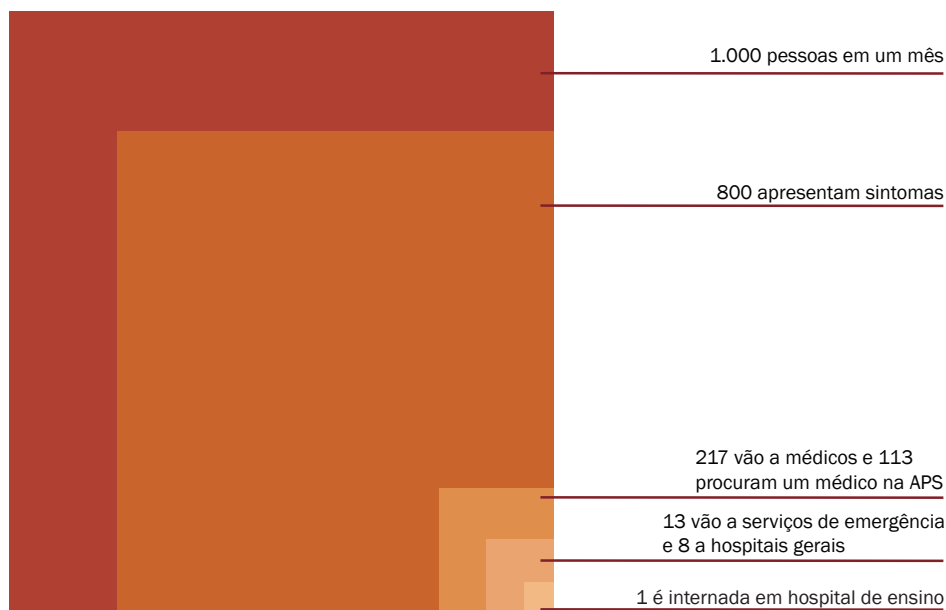
Por tudo isso, é necessário empreender uma discussão mais sólida sobre as diferentes formas de expressão da demanda na APS para que se possam estruturar respostas sociais diferenciadas a elas pelo lado da organização da oferta.

#### **4. A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Antes de entrar na discussão da demanda na APS, é necessário considerar a ecologia dos sistemas de atenção à saúde.

O modelo de ecologia dos sistemas de saúde foi proposto originalmente por White *et al.* (1961) e reiterado por Green *et al.* (2001) para mostrar como as ações no planejamento da saúde, na educação e na pesquisa podem ser orientadas para responder às demandas da população.

FIGURA 2: **A ecologia dos sistemas de atenção à saúde**



FONTE: GREEN ET AL. (2001).

O trabalho de Green *et al.* (2001), resumido na Figura 2, aponta que, de cada mil pessoas em um mês, 800 apresentam sintomas; dessas 800 pessoas, 327 consideram procurar cuidados médicos e 217 chegam a um consultório médico, sendo que 113 procuram um médico de APS, 21 chegam a um ambulatório hospitalar, 13 vão a um serviço de urgência e emergência, 14 recebem atenção domiciliar, 8 são hospitalizadas e 1 interna-se em um hospital de ensino.

Esses dados atestam que, em um mês, 200 pessoas não apresentam sintomas; das 800 que apresentam sintomas, 583 não chegam ao consultório médico, o que sugere um grande potencial de autorresolução dos problemas.

A propósito, Kloetzel (2013) afirma que 80% a 90% da demanda ambulatorial são passíveis de remissão espontânea, um fenômeno que, ao longo da história da medicina, foi responsável pela fama de uma legião de charlatões e pela popularidade de toda sorte de manipulações terapêuticas e religiosas.

O estudo nos permite, também, delimitar o campo da APS: de cada mil pessoas em um mês, 113 irão buscar os cuidados primários.

O estudo mostra uma situação preocupante no campo da educação. O ensino das profissões de saúde, muito centrado nos equipamentos hospitalares terciários, dificilmente preparará profissionais generalistas capacitados para exercer os cuidados primários. Kloetzel (2013) magistralmente aponta as dificuldades dos médicos na clínica da APS:

[...] o ensino médico ainda tem como estandarte o aprendizado em hospital-escola, fiel ao mito de que as doenças raras, as patologias exóticas merecem inteira prioridade. As consequências não se fazem tardar: estudantes ou jovens médicos, familiarizados com o doente horizontal, mas geralmente estranhos ao paciente vertical, sentem-se perplexos, desambientados, impotentes quando de seus primeiros contatos com o mundo novo do ambulatório. Isso influi de forma decisiva em seu desempenho futuro, salvo esforços especiais de parte dos educadores.





## A DEMANDA E A OFERTA NA APS

---



## 1. A COMPLEXIDADE DA DEMANDA NA APS

A demanda na APS é muito complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade, em que esta representa um desafio para os profissionais de saúde (MENDES; MATOS; EVANGELISTA; BARRA, 2019).

Aqui, vão-se analisar algumas características singulares dessa demanda por cuidados primários, com base em pesquisas nacionais e internacionais.

### 1.1. A DEMANDA NA APS É QUANTITATIVAMENTE MUITO AMPLA

Em uma determinada população, estima-se que 21,7% dela demandará, em um mês, atenção em uma unidade de cuidados primários. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, 60% dessa população consultou a APS nos últimos três anos (TAKEDA, 2012).

Essa demanda é extremamente diversificada como ensina John Fry quando fala sobre a demanda ambulatorial:

Fora do hospital, as doenças comuns em uma comunidade se caracterizam por serem de menores portes, benignas, fugazes e autolimitadas, com acentuada tendência para a remissão espontânea. Sua apresentação clínica tende a ser um tanto vaga e é difícil afixar-lhes um rótulo diagnóstico preciso. Frequentemente permanecem indiferenciadas e não identificadas do começo ao fim do episódio. Muitas vezes a patologia clínica vem acompanhada de problemas sociais, de modo a exigir uma conduta que simultaneamente faça frente a ambas (FRY, 1974).

## 1.2. A APS TEM ALTA CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

Há evidências de que uma APS efetiva é capaz de absorver e resolver a grande maioria dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde.

A capacidade de retenção na APS, sem encaminhamentos para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), foi de 95% em países europeus (STARFIELD, 2002), de 87,5% na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (GUSSO, 2009), de 91% no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre (TAKEDA, 2013) e de 95% em Toledo, no Paraná (FREITAS, 2016).

Dados brasileiros demonstraram, portanto, que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 95% dos problemas que se apresentaram na APS. Isso torna a APS um nível de atenção custo-efetivo porque se podem solucionar, a um custo mais baixo e com efetividade, quase todos os problemas de saúde que, nela, se apresentam.

## 1.3. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM MULHERES, CRIANÇAS, ADULTOS E PESSOAS IDOSAS

Pesquisa feita em Florianópolis evidenciou que 66,4% da demanda total é de mulheres; e 33,6%, de homens. Do ponto de vista demográfico, adolescentes e adultos jovens demandaram pouco a APS (GUSSO, 2009). Em Betim, Minas Gerais, verificou-se que 68,1% das consultas eram do sexo feminino; e 31,9%, do sexo masculino (LANDSBERG *et al.*, 2012). Em uma unidade de saúde de Porto Alegre, a demanda foi de 67% de mulheres e 33% de homens (RADAELLI *et al.*, 1990).

Estudos feitos em vários países mostraram que as mulheres em idade fértil consultam mais em função de problemas obstétricos e ginecológicos. Além disso, elas percebem mais facilmente os riscos à saúde que os homens porque têm mais acesso às informações em saúde (FERNANDES *et al.*, 2009).

## 1.4. A DEMANDA NA APS ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE PROBLEMAS, MOTIVOS DE CONSULTA OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

Pesquisa realizada na APS de Florianópolis mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625 motivos de consultas e 1.475 problemas, distribuídos em 17 capítulos (GUSSO, 2009). Esses resultados são semelhantes aos que se encontraram internacionalmente (BRITT *et al.*, 2005).

## 1.5. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM POUCOS PROBLEMAS, MOTIVOS DE CONSULTA OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

Os estudos de demanda na APS evidenciaram que, apesar do grande número de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde que se apresentam na clínica, há uma forte concentração em problemas, motivos e consultas ou condições mais frequentes. Em geral, observa-se, na literatura internacional e nacional, que um número pequeno de problemas ou condições de saúde mais frequentes respondeu por mais da metade da demanda por cuidados primários (SAMPAIO, 2004; OKKES *et al.*, 2005).

Nos Estados Unidos, somente 26 problemas de saúde corresponderam a 50% de todos os motivos de consultas de médicos de família na APS (STARFIELD, 2002).

Estudos de demanda na APS, realizados no Brasil, mostraram resultados semelhantes. Pesquisa feita em Florianópolis mostrou que 28 problemas responderam por 50,4% da demanda total na APS (GUSSO, 2009). Estudo feito em uma unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, constatou que 20 problemas ou diagnósticos responderam por 61% da demanda total na APS (RADAELLI *et al.*, 1990). Outra pesquisa realizada nesse mesmo Serviço de Saúde Comunitária, indicou que 40 dos problemas/diagnósticos foram responsáveis por 58,9% da demanda total na APS daquele serviço (TAKEDA, 2013). Há muita proximidade entre os resultados de Porto Alegre e de Florianópolis. Em Betim, Minas Gerais, 32 motivos de consultas foram responsáveis por 50% do total de atendimentos em três unidades de APS (LANDSBERG *et al.*, 2012).

Na pesquisa de Florianópolis, os problemas mais frequentes variaram por grupos de idade: 0 a 4 anos: prevenção/manutenção da saúde, com ênfase na puericultura; 5 a 14 anos: infecções das vias aéreas superiores; 15 a 44 anos: gravidez; 45 ou mais anos, hipertensão arterial sem complicação (GUSSO, 2009).

O fenômeno da comorbidade foi analisado. Gusso (2009) constatou que as comorbidades mais frequentes para o diagnóstico da hipertensão arterial sem complicações foram: diabetes não insulino-dependentes (17,3%); alteração no metabolismo dos lipídios (5,2%); perturbações depressivas

(5,0%); hipotireoidismo/mixedema (3,7%); obesidade (3,3%); e doença vascular cerebral (2,4%). Além disso, as comorbidades mais frequentes para o diagnóstico de diabetes não insulínica foram: hipertensão sem complicações (48,6%); hipotireoidismo/mixedema (4,0%); alteração do metabolismo dos lipídios (3,1%); aterosclerose/doença vascular periférica (1,5%); perturbações depressivas (1,5%); obesidade (1,5%); e doença cardíaca isquêmica com angina (1,2%). Outrossim, as comorbidades mais frequentes no diagnóstico de gravidez foram: outras anemias não específicas (7,1%); secreção vaginal (5,9%); anemia por deficiência de ferro (4,7%); dor abdominal generalizada/cólicas (4,7%); abuso do tabaco (4,7%); cistite/outra infecção urinária (4,7%); e vômitos/náusea durante a gravidez (4,7%).

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

Essa análise dos problemas mais frequentes na APS aponta para a prioridade que se deve dar, nos cuidados primários, às ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, às condições gerais e inespecíficas, às enfermidades, à hipertensão arterial, ao diabetes melito, às alterações do metabolismo lipídico, à atenção às gestantes e às crianças, à depressão, às infecções das vias aéreas superiores, ao hipotireoidismo, à obesidade e aos sintomas e sinais da região lombar.

Do ponto de vista dos capítulos da Ciap, verificou-se em Florianópolis (GUSSO, 2009) uma concentração de 68,4% dos problemas em seis capítulos, pela ordem: circulatório (13,8%); geral e inespecífico (12,0%); respiratório (9,4%); endócrino, metabólico e nutricional (9,0%); musculoesquelético (8,4%); e psicológico (8,3%).

#### 1.6. OS TIPOS DE ATENDIMENTOS NA APS DISTRIBUEM-SE EM UMA RELAÇÃO PRÓXIMA ENTRE A DEMANDA NÃO PROGRAMADA E A DEMANDA PROGRAMADA

A pesquisa de Florianópolis mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e que 60% são por atendimentos programados (GUSSO, 2009). As demandas não programadas mais comuns na APS são: infecção aguda do aparelho respiratório superior (9,2%), hipertensão arterial (4,1%), gastroenterite (3,8%), amigdalite aguda (3,3%), perturbações depressivas (2,2%), cistite/outras infecções urinárias (2,1%), sinais/sintomas da região lombar (2,0%), otite média aguda/miringite (1,7%), contracepção/outras (1,7%) e conjuntivite infecciosa (1,6%).

### 1.7. OS ATENDIMENTOS NA APS CONCENTRAM-SE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Quando se analisou o tipo de atendimento por condição de saúde (GUSSO, 2009), verifica-se que, do total de 28 problemas de saúde mais frequentes na APS, 21 (75%) são condições crônicas, e 7 são condições agudas (25%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas.

### 1.8. A DEMANDA NA APS ENVOLVE UMA QUANTIDADE SIGNIFICATIVA DE PROBLEMAS GERAIS E INESPECÍFICOS

A demanda na APS traz um conjunto grande de problemas gerais e inespecíficos que indicam que os problemas de saúde nos cuidados primários se apresentam de uma forma ainda indiferenciada e que muitos sintomas não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico. É por essa razão que a Ciap tem um capítulo referente a esses problemas.

Entre os principais problemas gerais e inespecíficos, estão: febre, dor generalizada, debilidade, cansaço, fadiga, sentir-se doente, criança irritável, dores torácicas, medo do tratamento e outros. A existência desses problemas, juntamente com a tendência à autolimitação de problemas que aparecem na APS, imprime uma característica singular à clínica dos cuidados primários que é a observação ativa ou a demora permitida. Nesse caso, o clínico ganha a liberdade para uma conduta sóbria, de expectativa, sem o clima de atropelo que caracteriza o atendimento que se faz sob a “tirania do urgente”. Ao usar o tempo como instrumento de trabalho, o clínico ganha um forte aliado para um bom manejo da condição de saúde da pessoa usuária, desde que duas condições estejam presentes: que o clínico esteja convencido de não se encontrar diante de uma urgência e que tenha uma ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para a pessoa (KLOETZEL, 2013).

Pesquisa feita em Betim constatou que 29,8% dos motivos de consultas estão classificados no capítulo A da Ciap-2, relativos a problemas gerais ou inespecíficos que foram responsáveis mais frequentes pelos contatos com a APS daquele município em todas as faixas etárias. A partir dos 70 anos, os problemas gerais e inespecíficos tiveram um papel ainda mais importante, representando mais de 40% dos contatos com a APS. Entre os problemas gerais e inespecíficos, a febre, a dor generaliza-



da e o cansaço foram os mais comuns, respondendo por 5,8% da demanda total de motivos de consulta na APS (LANDSBERG *et al.*, 2012).

Pesquisa efetuada em uma unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, evidenciou que a febre foi responsável por 5,5% de todos os atendimentos na APS (RADAELLI *et al.*, 1990).

Pesquisa realizada em Florianópolis mostrou que 17,1% dos motivos de consultas e 12% dos problemas identificados na APS foram determinados por condições gerais e inespecíficas (GUSSO, 2009).

Pesquisa concluída no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, indicou que 23% do total de motivos de consultas na APS foi por condições gerais e inespecíficas (TAKEDA, 2013).

### 1.9. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA NAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS

A demanda na APS caracteriza-se pela sua concentração em um grupo de pessoas usuárias, denominadas de hiperutilizadoras (FERNANDES, 2013), de usuários frequentes (SCHRIRE, 1986) ou de pessoas que consultam frequentemente (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

A utilização dos serviços de APS pode ser medida pelo número de vezes que uma pessoa utiliza, em um ano, os cuidados primários; se esse número se distancia, para mais, da média de utilização, poder-se-ia estar diante de uma pessoa hiperutilizadora.

Têm sido propostos critérios quantitativos para identificar essas pessoas. Um estudo sugere que o número esperado de consultas na APS seja de 5 por ano (SAWIER *et al.*, 2002). Para alguns autores, a hiperutilização se manifesta quando a frequência de consultas vai além do percentil 97 do padrão de demanda. Outras definições são mais arbitrárias, considerando hiperutilizadoras aquelas pessoas com mais de 7, 11, 12 ou 20 consultas por ano, uma vez que a média é inferior a esses valores. Fernandes (2013), trabalhando com dados brasileiros, sugere que são hiperutilizadoras as pessoas que fazem mais de 6 consultas por ano. Para outros, pessoas hiperutilizadoras são aquelas cujo número de consultas excede um valor médio ou de referência para o respectivo grupo com o mesmo sexo e faixa de idade, em um dado período (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012). Para Vested e Christensen

n. 38

(2005), as pessoas hiperutilizadoras deveriam ser definidas como as 10% mais frequentes de cada grupo.

Uma forma alternativa de definir as pessoas hiperutilizadoras é pela percepção subjetiva dos profissionais de saúde. Quando um profissional percebe que uma determinada pessoa o consulta com uma frequência superior à esperada, tendo em vista a situação clínica e de saúde na perspectiva do profissional, essa pessoa passa ser hiperutilizadora, independentemente de um critério quantitativo (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

Quando a gravidade da doença, a necessidade de reavaliações frequentes e as necessidades das pessoas com doenças crônicas são fatores responsáveis pela procura excessiva de atendimento, a frequência de consultas pode ser adequada e não deve ser considerada um problema. De outra parte, quando a ida frequente à consulta não se traduz em resultados de melhoria das situações de saúde e na redução do sofrimento, é legítimo perguntar se há maneiras melhores para o manejo dessas pessoas (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Não há uma interpretação simples para o fenômeno das pessoas hiperutilizadoras. É um grupo heterogêneo, o qual inclui pessoas que necessitam, de fato, dos cuidados que procuram, mas que, ademais, inclui pessoas que criam uma carga de trabalho aparentemente desnecessária para as equipes de APS. Às vezes, existe uma mistura dessas duas situações (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

Há trabalhos na literatura que mostraram que as pessoas hiperutilizadoras são, muitas vezes, fonte de estresse e de frustração para os médicos de APS (NEAL *et al.*, 1998; HODGSON *et al.*, 2005). Estudos europeus evidenciaram que 30% das consultas ofertadas por médicos de família são induzidas pelos próprios médicos que, nesses casos, comportam-se como fatores intervenientes da hiperutilização (MARTIN *et al.*, 1991).

As pessoas hiperutilizadoras comumente apresentam problemas físicos, mentais e sociais. Essas pessoas têm maiores probabilidades de apresentar enfermidades (*illnesses*), problemas gerais e inespecíficos, quadros clínicos pouco organizados e indiferenciados (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

Do ponto de vista do sistema de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007), além dos problemas gerais que determinam, tem sido associada à hiperutilização dos serviços de APS (SCHRIRE, 1986; ROBINSON; GRANFIELD, 1986).

Na literatura, existem relatos da hiperutilização dos serviços de APS. Neal *et al.* (1996) relataram que os 3% de pessoas mais frequentes utilizaram 15% do trabalho clínico de um médico de família. Estudos na Europa mostraram que 4% a 5% das pessoas hiperutilizadoras eram responsáveis por 20% a 25% do total de consultas em cada ano (NEAL *et al.*, 1998; SMITS *et al.*, 2008). Capilheira e Santos (2006), em um estudo feito no Brasil, mostraram que as pessoas hiperutilizadoras constituíam 9% da população demandante. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, 10% das pessoas que consultaram em 2012 foram responsáveis por 34% do total de consultas realizada naquele ano (TAKEDA, 2012).

O entendimento do fenômeno das pessoas hiperutilizadoras é importante do ponto de vista do sistema de atenção à saúde, tanto em uma perspectiva de sua economicidade quanto na perspectiva de sua qualidade.

Em termos da economicidade, a hiperutilização dos serviços gera uso inadequado e ineficiência dos recursos da APS, seja em tempo da equipe, seja em medicamentos e exames complementares, seja nos custos de oportunidade para as pessoas usuárias (SCHRIRE, 1986). Ademais, a existência de pessoas hiperutilizadoras consumindo grande parte da oferta de consultas da APS mostra a importância de aplicar modelos de atenção que incentivem a demanda programada de forma a equilibrar a atenção não programada e programada. Em relação à qualidade, a identificação das pessoas hiperutilizadoras permite aplicar, a elas, modelos efetivos para seu manejo, como o modelo balintiano, o modelo biopsicossocial de Engel, o modelo do método clínico centrado na pessoa e o modelo clínico integrado (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

#### 1.10. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM ENFERMIDADES

Um dos fundamentos da atenção centrada na pessoa e na família está na diferença das necessidades individuais em termos de condições de saúde que, na língua inglesa, pode se dar entre os termos *disease* e *illness*. Doença (*disease*) é uma condição do organismo ou de parte dele que promove distúrbio nas suas funções. Ela é um construto teórico que permite oferecer os benefícios e os riscos da medicina científica (HEATH, 2010). *Illness* é uma condição de se estar sentindo mal ou sofrendo difusamente. Essa

palavra tem sido traduzida para o português como enfermidade para expressar ideias, expectativas, sentimentos e efeitos nas funções (GUSSO, 2007).

Assim, a enfermidade refere-se ao modo como as pessoas percebem a sua doença, ou seja, é a resposta subjetiva do indivíduo e/ou sua rede de relações ante a situação de doença. É um fenômeno que engloba aspectos individuais, sociais e culturais da experiência de doença e contempla o significado atribuído a ela. A doença (*disease*) é o que pode ser sistematizado e generalizado por meio de critérios diagnósticos e catalogado em uma classificação de doenças. Diferentemente, a enfermidade (*illness*) é única e singular porque não se repete, uma vez que cada pessoa a experimenta de uma forma própria e, portanto, não é passível de generalização (KNAUTH *et al.*, 2013).

As enfermidades podem apresentar formas diferenciadas de manifestação: as somatizações, os sintomas físicos medicamente não explicáveis, as conversões, a hipocondria ou a ansiedade excessiva em relação a uma doença (GRAY, 2009).

Em geral, as queixas somáticas constituem a principal justificativa apresentada pelas pessoas usuárias para a busca de consultas médicas na APS, mas para apenas uma fração delas se consegue encontrar explicações orgânicas confiáveis (KROENKE *et al.*, 1973).

Uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pelas doenças, ou seja, com as enfermidades. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002). Por isso, a enfermidade convoca uma clínica que abranja os campos das psicoterapias (GROOPMAN, 2001), da terapia comunitária (FONSECA *et al.*, 2008) e/ou da abordagem psicanalítica (QUINET, 2005).

O cuidado das pessoas portadoras de queixas somáticas sem explicação médica na APS envolve três estratégias: intervenções psicossomáticas, como reatribuição e recodificação do sintoma, técnicas de solução de problemas associadas com intervenções de caráter cognitivo-comportamental, grupos terapêuticos, técnicas de relaxamento, exercício físico e abordagem familiar; tratamento medicamentoso; e acompanhamento da pessoa quando for encaminhada para tratamento psicoterápico especializado (FORTES *et al.*, 2013).

### 1.11. A DEMANDA NA APS APRESENTA VARIAÇÕES SAZONAIS E TEMPORAIS

Pesquisa feita em uma unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou que a demanda na APS variou por estações, sendo maior no outono e menor no verão (RADAELLI *et al.*, 1990). Em Florianópolis, houve variações entre as estações do ano, mas os dois problemas principais (hipertensão arterial sem complicações e prevenção/manutenção da saúde) se mantiveram constantes ao longo do ano. Já a tosse variou de 1,8% no verão a 4,4% no inverno. Em Betim, Minas Gerais, observou-se que as pessoas usuárias buscaram consultas, com maior frequência, às segundas e às sextas-feiras em relação aos demais dias da semana (LANDSBERG *et al.*, 2012).

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

### 1.12. A DEMANDA ADMINISTRATIVA É SIGNIFICATIVA NA APS

A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Os atestados médicos são de vários tipos: atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina, atestado médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito (LIMA *et al.*, 2013).

Em Betim, Minas Gerais, evidenciou-se que 20% do total de consultas na APS foi devido a demandas administrativas (LANDSBERG *et al.*, 2012); resultados semelhantes foram obtidos em Portugal (RODRIGUES, 2000) e no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RADAELLI *et al.*, 1990).

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recursos da APS, é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. Uma forma de fazer essa organização é por meio do gerenciamento de processos. Há que elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POP) desses processos, implantá-los e monitorá-los.

### 1.13. A DEMANDA POR CUIDADOS PREVENTIVOS É SIGNIFICATIVA NA APS

Os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco individuais biopsicológicos, estra-

tégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e outras.

Em Florianópolis, constatou-se que prevenção e manutenção da saúde responderam por 5,7% do total de atendimentos na APS, sendo que essa média variou de 4,1% nas mulheres a 9,1% nos homens. Resultado semelhante foi observado em Betim (LANDSBERG *et al.*, 2012).

É possível que ocorra na APS praticada no SUS, o que se constatou em outros países, a suboferta de atendimentos preventivos. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, examinando o tempo médio gasto pelo médico de família médio, verificou um dispêndio de 3,0 horas por dia quando seriam necessárias 10,6 horas por dia para esses procedimentos (YARNALL *et al.*, 2003); o que só é possível se delegar as ações preventivas a outros profissionais não médicos.

Há estudos que demonstraram que a demanda de cuidados preventivos dominou as preocupações das pessoas usuárias na APS. Estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica, e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, realizado na Austrália, chegou a resultados semelhantes (MENDES, 2012).

#### 1.14. A DEMANDA POR ATENÇÃO DOMICILIAR É SIGNIFICATIVA NA APS

No Brasil, há experiências expressivas de atenção domiciliar focalizadas na atenção hospitalar, na humanização, na diminuição dos custos e menos na inversão do modelo de cuidados. Silva e Seixas (2013) observaram um descompasso entre oferta e demanda de atenção domiciliar que se caracterizava por oferta limitada, direcionada a pequenos grupos, não inclusão de estratégias efetivas para o gerenciamento das condições crônicas e foco na desospitalização e na liberação de leitos nas unidades de saúde.

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde e prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Ela deve ser estruturada de

acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva das RAS. Além disso, ela precisa ser organizada conforme os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência.

O serviço de atenção domiciliar deverá ser organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial, com a APS, atuando como matriciadores dessas equipes. Ele deverá se articular com os outros serviços das RAS, principalmente hospitalares, serviços de urgência e APS, buscando evitar demanda direta dos usuários (BRASIL, 2016). Por consequência, a APS cumpre funções importantes na atenção domiciliar, seja como ponto de atenção à saúde, seja como coordenadora do cuidado nas RAS.

A organização da atenção domiciliar envolve a organização de macroprocessos em três dimensões principais: a visita domiciliar, o atendimento domiciliar, os cuidados paliativos e o apoio à internação domiciliar.

#### 1.15. A DEMANDA POR CUIDADOS PALIATIVOS É IMPORTANTE NA APS

O envelhecimento da população e o domínio relativo das condições crônicas tornam imperativa a consideração mais cuidadosa dos cuidados paliativos nos sistemas de atenção à saúde. Nos países desenvolvidos, há uma preocupação crescente com a incorporação dos cuidados paliativos nesses sistemas. Há um movimento forte de utilização desses cuidados na APS (ESPANHA, 2000; PORTUGAL, 2006).

Nos Estados Unidos, verificou-se que os cuidados paliativos são acessíveis em dois estabelecimentos: os hospitais e os *hospices*. Contudo, a maioria das pessoas que se beneficiariam desses cuidados não está nesses estabelecimentos nem se enquadra no critério de últimos seis meses de vida. Das pessoas com sérios problemas de saúde, 99% estão na comunidade e em suas casas. Consequentemente, os cuidados paliativos devem ser ofertados por uma rede integrada de serviços e com forte presença relativa de recursos comunitários. Certamente, entre esses pontos de atenção, está a APS, que deve ser preparada para a prestação de cuidados paliativos e para a coordenação entre os diversos pontos de atenção dessa rede, nos

quais se inclui o domicílio como unidade de cuidado. É fundamental que equipes de APS e de cuidados paliativos operem juntas em um trabalho baseado na comunidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2018).

Os cuidados paliativos não são estabelecidos em função de diagnósticos, mas pelas necessidades, situações e decisões das pessoas doentes e de suas famílias (SANTOS *et al.*, 2012). Não obstante, esses cuidados abordam um amplo espectro de doenças como as neoplasias, as demências, as pneumopatias crônicas, as neuropatias progressivas, as sequelas de acidentes vasculares cerebrais, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) e outras (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2009).

Os princípios de organização dos cuidados paliativos são: o acesso permanente aos serviços (24 horas), a atenção aos determinantes sociais da saúde, a acurada identificação de pessoas em situações de risco, a utilização de equipe multiprofissional interdisciplinar, a redução da carga de sintomas, o bom manejo da dor, a obediência às preferências das pessoas e de suas famílias e o suporte de cuidadores (INSTITUTE OF MEDICINE, 2018).

Infelizmente, a presença da APS na prestação de cuidados paliativos no SUS é rara e frágil e, por esta razão, à semelhança do que vem ocorrendo em outros países, há que prepará-la para ter uma participação mais protagônica no trabalho de prestação de cuidados paliativos.

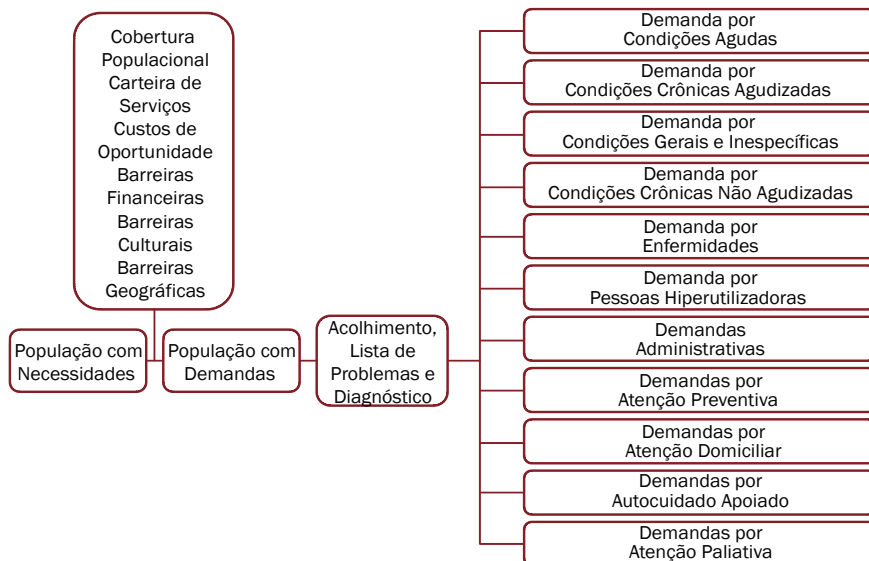
#### 1.16. OS DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA NA APS

Os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser reunidos em dez grupos conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas.

É o que se vê na Figura 3.



FIGURA 3. Os diferentes perfis de demanda na APS



FONTE: MENDES, MATOS, EVANGELISTA, BARRA (2019).

As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidades altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais), transformam-se em demandas efetivas que levam ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos.

Essas listas estruturam diferentes perfis de demanda que podem ser agrupados em: por condições agudas, por condições crônicas agudizadas, por condições gerais e inespecíficas, por condições crônicas não agudizadas, por enfermidades, por pessoas hiperutilizadoras, por demanda administrativa, por atenção preventiva, por atenção domiciliar, por autocuidado apoiado e por atenção paliativa.

Nesse sentido, a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática cotidiana dos cuidados primários, é comum operar com uma estrutura de demanda limitada que desconhece e esconde essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: a demanda espontâ-

nea que cobre os eventos agudos (as condições agudas, as agudizações das condições crônicas e as condições gerais e inespecíficas agudas); a demanda programada que se limita às condições crônicas não agudizadas, muitas vezes estruturadas em programas mais ou menos verticais; a demanda por atenção preventiva; e a demanda por visitas domiciliares.

Essa estrutura restrita de demanda gera um desequilíbrio entre as estruturas de demanda e de oferta, um grave problema a ser superado na construção social da APS.

## 2. O AJUSTE ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS

A construção social da APS implica o estabelecimento da coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular. Ou seja, há que se harmonizar a estrutura de demanda com a estrutura de oferta.

Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, por consequência, é, também, muito restrita. O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários. Em outras palavras, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS.

No Quadro 1, mostra-se o desequilíbrio entre as estruturas de demanda e de oferta na APS.

QUADRO 1. **O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS**

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
Por condições agudas	Consultas médicas
Por condições crônicas agudizadas	Consultas de enfermagem
Por condições gerais e inespecíficas	Trabalhos em grupo
Por condições crônicas não agudizadas	Vacinação
Por enfermidades	Rastreamento de câncer de colo de útero
Por pessoas hiperutilizadoras	Visitas domiciliares
Por demandas administrativas	Dispensação de medicamentos

Por atenção preventiva	Solicitação, coleta ou realização de exames
Por atenção domiciliar	Fornecimento de atestados médicos
Por autocuidado apoiado	
Por cuidados paliativos	

FONTE: MENDES, MATOS, EVANGELISTA, BARRA (2019).

A análise do Quadro 1 indica que, em geral, fruto da redução do perfil da demanda, há uma estrutura de oferta que se compõe de consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos.

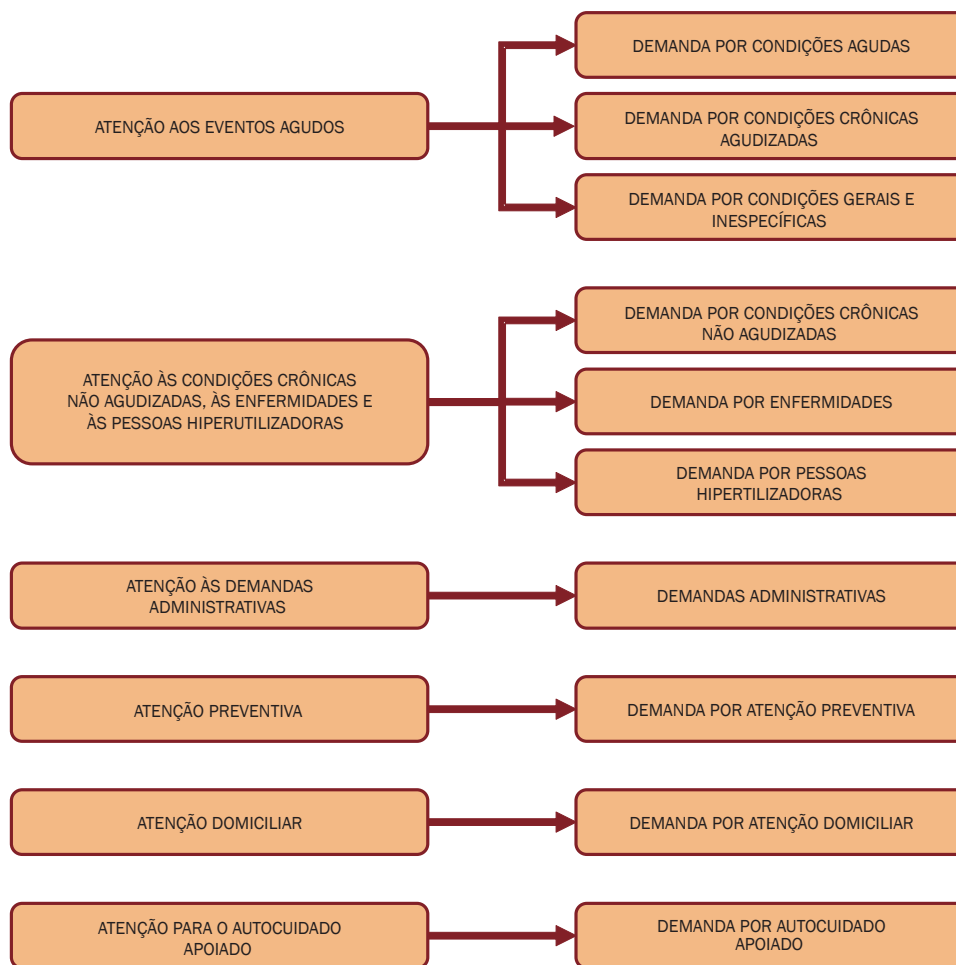
Essa estrutura de oferta restrita só é capaz de responder integralmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas e de responder parcialmente às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar. Contudo, ela não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras, por autocuidado apoiado e por cuidados paliativos. Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma situação disfuncional.

Para solucionar essa disfunção, há que atuar em dois pontos: agrupar as demandas que exigem perfis de oferta semelhantes e ampliar o perfil de oferta em função dos grupos de demandas. Isso significa promover um adensamento tecnológico da APS com mudanças na estrutura e em processos básicos de organização dos cuidados primários e redesenhar e/ou introduzir novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda.

O agrupamento das demandas faz-se em função da similaridade das respostas sociais que convocam por parte da APS. Assim, os 11 perfis de demanda na APS podem ser agrupados em 7 perfis de oferta, conforme se observa na Figura 4: a atenção aos eventos agudos que agrupa a demanda por condições agudas, por condições crônicas agudizadas e por condições gerais e inespecíficas; a atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras que agrupa a demanda por condições crônicas não agudizadas (estabilizadas

ou não), a demanda por enfermidades e a demanda por pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; a atenção à demanda por autocuidado apoiado; e a atenção paliativa.

FIGURA 4. Os perfis de oferta e de demanda na APS



FONTE: MENDES, MATOS, EVANGELISTA, BARRA (2019).

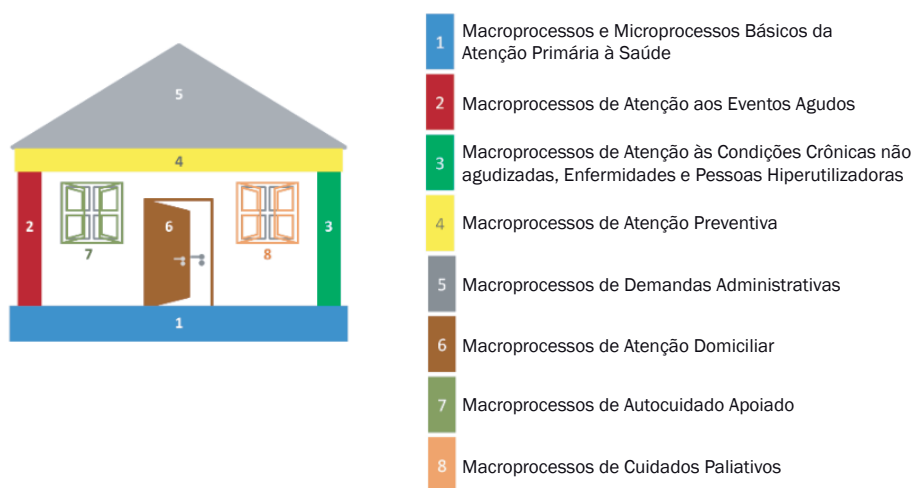
O processo de construção social da APS faz-se pelo desenvolvimento e implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas

satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais nos sete perfis de oferta.

### 3. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: A METÁFORA DA CASA

O processo da construção social da APS que se propõe pode ser mais bem entendido utilizando a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na Figura 5. Primeiro, há que se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais e de macro e de microprocessos básicos dos cuidados primários; a partir desse alicerce, vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e as janelas.

FIGURA 5. **A metáfora da casa na construção social da APS**



FONTE: MENDES, MATOS, EVANGELISTA, BARRA (2019).

Utilizando-se da metáfora da construção da casa da APS, vários momentos de mudança na APS serão implantados.

### 3.1 A CONSTRUÇÃO DO ALICERCE DA CASA: AS INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA E NOS MACRO E NOS MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS

Nesse momento, as condições estruturais vão ser consideradas, partindo-se de um diagnóstico estrutural da APS e elaborando-se um plano de intervenções. Essas intervenções se darão nos recursos humanos, na infraestrutura física, nos equipamentos, nos insumos e no financiamento.

No aspecto da infraestrutura, pode-se necessitar de reformas ou, até mesmo, da construção de uma nova unidade. Ainda nesse plano infraestrutural, será necessário garantir consultórios para consultas individuais da equipe multiprofissional, espaço para atividades de grupo que suportam as novas tecnologias a serem incluídas, sala para primeiro atendimento a eventos agudos e outros espaços fundamentais para a organização dos macroprocessos assistenciais.

Em relação aos recursos humanos, deverá ser garantida uma equipe multiprofissional que, além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde bucal, agregue novos profissionais, como assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A atuação desses profissionais não será de mero apoio ou matriciamento, tal como se concebeu nos núcleos de apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF), mas de efetiva inserção como membros da equipe multiprofissional da APS. Esses novos profissionais podem estar dimensionados em uma relação de um para cada três equipes de ESF ou um por cada Unidade Básica de Saúde (UBS).

Todos os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos. De forma similar, os recursos financeiros deverão assegurar a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho, bem como a provisão de insumos, medicamentos e exames contidos na carteira de serviços. Além disso, se necessário, deverão ser garantidos recursos para investimentos.

Os macroprocessos básicos são aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação de risco familiar; o diagnóstico local; a escuta inicial da demanda do dia; os fluxos de atendimento; a agenda; a programação e o monitoramento; e a contratualização.

Os resultados da implantação desses macroprocessos devem ser monitorados e, alguns deles, devem ser auditados temporariamente. Há, contudo, um marcador que indica, indiretamente, se esses macroprocessos foram implantados eficazmente que é agenda com hora marcada para atendimento às pessoas usuárias (bloco de horas).

Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: a recepção, o acolhimento e o preparo; a vacinação; o curativo; a farmácia; a coleta de exames; os procedimentos terapêuticos; a higienização das mãos, a higienização e a esterilização; e o gerenciamento de resíduos.

A implantação dos microprocessos básicos envolve o seu mapeamento, o seu redesenho, a elaboração dos POP; a implantação dos POP; e a auditoria periódica, interna e externa, dos POP. Outrossim, o resultado da implantação dos microprocessos deve ser monitorado regularmente e pode ter um marcador que é o selo de qualidade da unidade em que foram implantados.

### 3.2. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Na metáfora da casa, esse momento corresponde à construção de uma das paredes.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único e informado por um modelo de atenção aos eventos agudos.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica estruturar os macroprocessos de acolhimento, de classificação de risco, de atendimento aos eventos agudos de menores riscos e de primeiro atendimento de eventos agudos de maior gravidade e encaminhamento.

Começa-se por implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco. Ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

Há resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS. Contudo, na teoria de redes, aplicada às RAS, é central a utilização

de uma linguagem comum por todos os nós das redes. Na atenção aos eventos agudos, essa linguagem comum é um sistema de classificação de risco que deveria ser o mesmo em todos os pontos das RAS.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores e seu encaminhamento ao ponto de atenção certo, no tempo certo.

### 3.3. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS, ÀS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS E ÀS ENFERMIDADES

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção de outra parede.

Esses macroprocessos são colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza.

A implantação desses macroprocessos parte da utilização de modelos de atenção às condições crônicas, especialmente do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

As condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades exigem respostas sociais articuladas de forma inovadora e que se expressam em um conjunto variado de tecnologias de intervenção.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a gestão das condições de saúde prioritárias; a gestão de caso das condições de muito alta complexidade; a estratificação de riscos; a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; as ações educacionais e as intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, desenvolvimento de habilidades e aumento da confiança da pessoa usuária no gerenciamento da própria situação de saúde; a elaboração e o monitoramento dos planos de autocuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde das pessoas usuárias utilizando-se tecnologias como grupos operativos, educação popular e outras; a introdução de novas formas de encontros clínicos como a atenção contínua, a atenção compartilhada a



grupo e a atenção por pares; o matriciamento entre generalistas e especialistas; a atenção a distância; e a elaboração e o uso rotineiro do mapa de recursos comunitários.

### 3.4. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PREVENTIVA

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção do teto.

O foco desses macroprocessos é a prevenção dos fatores de risco proximais e dos fatores de risco individuais biopsicológicos.

Na APS, há uma demanda significativa por ações preventivas relativas aos fatores de risco definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Em termos de cuidados primários, destacam-se os fatores de risco proximais e os fatores de risco individuais, segundo a proposição do Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991).

Os fatores de risco proximais são considerados fatores de risco modificáveis, como a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o tabagismo e outros. Esses fatores de risco devem ser enfrentados nos âmbitos macro, meso e microssociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Na APS, as ações se concentram relativamente no âmbito microssocial de uma UBS.

Os fatores de risco proximais são muito ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Por essa razão, as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamentos das pessoas que os apresentam. A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudar e o incremento da autonomia. Mudança de comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem-preparada na APS.

Mudar o comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige o domínio, pelos profissionais da APS, de diferentes abordagens que apresentam evidências de que são úteis. Dentre elas, destacam-se o modelo

transteórico de mudança, a entrevista motivacional, o grupo operativo e a técnica de solução de problemas.

Os fatores de risco individuais biopsicológico abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis. Dentre eles, mencionam-se: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-diabéticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Os cuidados preventivos na APS não se limitam à prevenção primária, secundária e terciária, segundo o modelo da história natural das doenças proposto por Leavell e Clark (1976). Recentemente, foi incorporado um novo conceito, a prevenção quaternária, proposto pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) que incorpora as ações tomadas para identificar pessoas e populações em riscos de medicalização excessiva, para protegê-las de intervenções médicas desnecessárias ou excessivas.

A organização desses macroprocessos implica implantar os seguintes processos: as tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais como programa de atividade física, programa de reeducação alimentar, programa de controle do tabagismo, programa de controle do álcool e outras drogas, manejo adequado do sobrepeso ou obesidade; os rastreamentos suportados por evidências científicas; a vacinação; o controle de arbovirose; e as prevenções primária, secundária, terciária e quaternária.

### 3.5. OS MACROPROCESSOS DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção do teto.

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recurso da APS, é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. A demanda administrativa pode ser assistencial e não assistencial.

A organização dos macroprocessos assistenciais das demandas administrativas faz-se por meio do mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares, de renovações de receitas e de relatórios periciais, de redesenho desses processos, de elaboração dos POP relativos a eles, da implantação destes POP e de sua auditoria periódica, interna e externa.

Há, também, que atuar sobre os macroprocessos não assistenciais das demandas administrativas que dizem respeito à gestão da unidade, como o registro sanitário, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a segurança do trabalho, os sistemas de informação e relatórios de gestão e os prontuários.

### 3.6. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à colocação da porta.

Se o domicílio é identificado como o próprio ambiente familiar, é nele que se manifesta um conjunto de forças poderosas que influenciam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e de suas famílias, especialmente quando se pratica a ESF em que a família é uma unidade sociológica e, também, uma unidade de cuidado pelas equipes de APS (MAHMUD *et al.*, 2012).

A atenção domiciliar ou cuidado domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, com sua família e com o cuidador, quando está presente, e se constitui um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada segundo a necessidade dessas pessoas e famílias. Ademais, envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras.

A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES; OLIVEIRA, 1998).

A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento em domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. A internação domiciliar envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação específica. O acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitam de contatos frequentes e programáveis com a equipe, como pessoas

portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A vigilância domiciliar faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adstrita à APS (MAHMUD *et al.*, 2012).

Há alguns critérios que devem ser observados para a assistência familiar: situação de emergência em que a pessoa usuária não pode ser transportada rapidamente para o hospital; atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam a pessoa usuária a ir à unidade de saúde; intercorrências dos portadores de condições crônicas, de pessoas em fase terminal de doença e ou em internação domiciliar; visita periódica para pessoas com incapacidades funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos; visitas a pessoas egressas de hospitais; e confirmação de óbito (MAHMUD *et al.*, 2012).

A organização dos macroprocessos da atenção domiciliar é realizada em relação aos seus principais componentes envolvidos na APS: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. Para cada um desses processos, faz-se o mapeamento dos processos, o redesenho desses processos, a elaboração dos POP, a implantação desses POP e sua auditoria periódica, interna e externa.

### 3.7. OS MACROPROCESSOS DO AUTOCUIDADO APOIADO

Na metáfora da casa, esses macroprocessos significam a colocação de uma das janelas.

As condições crônicas que dominam a carga de doenças em nosso país têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS, da atenção à sua saúde.

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção que os profissionais de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b).

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em

gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são: gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: na informação e na educação para o autocuidado, na elaboração e no monitoramento de um plano de autocuidado e no apoio material para o autocuidado (LORIG *et al.*, 2012). Assim, a organização dos macroprocessos do autocuidado apoiado faz-se sobre esses três componentes desenhando esses processos (já que não há tradição de utilização das tecnologias de autocuidado entre nós), elaborando os POP a eles referentes, implantando esses POP e os auditando periodicamente, interna e externamente.

### 3.8. OS MACROPROCESSOS CUIDADOS PALIATIVOS

Na metáfora da casa, esses macroprocessos significam a colocação de uma segunda janela.

Os cuidados paliativos apresentam quatro dimensões: a dimensão física, abordada mediante monitoramento e manejo dos sintomas físicos; a dimensão psíquica, abordada pelo acompanhamento empático do sofrimento da pessoa; a dimensão social, que implica envolver a família e demais pessoas próximas no cuidado e atentar para os impactos da doença nessas pessoas nos aspectos emocionais, laborais, legais e previdenciários; e a dimensão espiritual, que significa abordar as necessidades e as dúvidas que a pessoa apresenta (McCOUGHLAN *et al.*, 2006; LICHTENFELS *et al.*, 2013).

Para que se desenvolvam adequadamente os cuidados paliativos respondendo às necessidades das pessoas portadoras de condições muito complexas e suas famílias, é imprescindível que a APS esteja em rede com outros pontos de atenção à saúde e que ocorra um trabalho multiprofissional interdisciplinar.

As equipes multiprofissionais interdisciplinares na APS devem operar segundo alguns princípios: o acompanhamento das pessoas e de suas famílias com base em suas necessidades; atenção integral, acessível e equitativa; a continuidade da atenção; a comunicação aberta e honesta; a reflexão ética das atitudes; a participação da pessoa e da sua família na tomada de decisões; a competência e o desenvolvimento profissional continuados para poder responder adequadamente às necessidades das pessoas e das famílias; e as atuações terapêuticas baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Na prestação de cuidados paliativos na APS, podem ser utilizadas várias tecnologias, como genograma, abordagem do ciclo vital, entrevista familiar, grupos de cuidadores e discussão de casos em equipes multiprofissionais interdisciplinares. Além disso, é fundamental a utilização de planos de cuidados interdisciplinares (LICHTENFELS *et al.*, 2013).

Os cuidados paliativos constituem um trabalho difícil porque as pessoas em situação terminal têm dependência física para atividades básicas, necessitam e solicitam atitudes mais afetuosas e de maior empatia e apresentam várias intercorrências clínicas que são debilitadoras e ocorrem concomitantemente. Da mesma forma, nem sempre é fácil separar os sofrimentos da equipe de saúde e das pessoas e suas famílias (LICHTENFELS *et al.*, 2013).

Lidar com a morte é difícil para a pessoa doente, para sua família e para os profissionais de saúde. Nesse sentido, o conhecimento dos estágios da morte é fundamental: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação (KUBLER-ROSS, 1981).

Em vista disso, os profissionais de saúde devem estar preparados para o reconhecimento e o manejo clínico dos principais sintomas, especialmente dos problemas relacionados com a nutrição e hidratação, das náuseas e dos vômitos e da dor (LICHTENFELS *et al.*, 2013).

Apesar de os cuidados paliativos terem se desenvolvido como resposta às necessidades de pessoas portadoras de câncer em fase avançada, hoje, eles constituem um tipo de atenção aplicável a qualquer pessoa com doença em estágio terminal. Em especial, os cuidados paliativos se aplicam a: pessoas sem perspectivas de tratamento curativo; rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada; pessoas com intenso sofrimento; e problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (SANTOS *et al.*, 2012).

As equipes multiprofissionais interdisciplinares que atuam nos cuidados paliativos devem operar com os seguintes princípios: tratar a dor e outros sintomas físicos, bem como as necessidades emocionais, sociais e aspectos práticos dos cuidados das pessoas; informar, comunicar e dar o apoio emocional, assegurando que a pessoa doente seja escutada, que participe das decisões, que obtenha respostas claras e honestas e que possa sempre expressar seus sentimentos; assegurar a continuidade assistencial ao longo da evolução da sua doença; e melhorar a qualidade da atenção prestada às pessoas em situação terminal e aos seus familiares, promovendo uma resposta integral, respeitando a autonomia e os valores de cada pessoa (SANTOS *et al.*, 2012).

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

#### 4. O RESULTADO DO PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: O EQUILÍBRIO ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E A ESTRUTURA DA OFERTA

Como resultado da melhoria da estrutura para os cuidados primários e da implantação de todos os macroprocessos estabelecidos no processo da construção social da APS, será estabelecida uma situação de equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta, conforme se observa no Quadro 2.

QUADRO 2. O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na APS

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
Condições agudas	Acolhimento
Condições crônicas agudizadas	Consultas médicas
Condições gerais e inespecíficas	Consultas de enfermagem
Condições crônicas não agudizadas	Consultas de outros profissionais
Enfermidades	Grupos operativos
Pessoas hiperutilizadoras	Grupos terapêuticos
Demandas administrativas	Vacinação
Atenção preventiva	Rastreamento de doenças
Atenção domiciliar	Atenção domiciliar
Autocuidado apoiado	Dispensação de medicamentos
Cuidados paliativos	Solicitação, coleta ou realização de exames
	Fornecimento de atestados médicos

	<ul style="list-style-type: none"><li>Atendimentos compartilhados a grupos</li><li>Atendimentos contínuos</li><li>Atendimentos a distância</li><li>Atendimentos por pares</li><li>Apoio ao autocuidado</li><li>Gestão de casos</li><li>Matriciamento de especialistas e generalistas</li><li>Acesso à segunda opinião</li><li>Acesso a serviços comunitários</li><li>Cuidados paliativos</li></ul>
--	--

FONTE: MENDES, MATOS, EVANGELISTA, BARRA (2019).

Como se observa no Quadro 2, adequada a estrutura e implantados os macroprocessos, haverá um forte adensamento tecnológico da APS com incorporação de novos profissionais e de novas tecnologias.





A OPÇÃO CORRETA  
DO SUS:  
A ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA

---



## A OPÇÃO CORRETA DO SUS: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

---

# 4

A trajetória histórica da APS no SUS mostrou que, não obstante algumas influências externas, houve uma nítida predominância das soluções intrínsecas à saúde pública brasileira. Nesse sentido, pode-se afirmar que a opção final pelo modelo de APS configurou uma solução autóctone porque partiu de um projeto-piloto de ACS realizado no Planalto Central e escalado nos ser-tões cearenses, evoluiu naturalmente com a conjugação do Pacs com outros profissionais de saúde gerando o PSF e terminou na proposta da ESF. Contudo, esse não é um caminho único no plano mundial.

Na experiência internacional, especialmente de países desenvolvidos que adotaram sistemas públicos universais, prevalece a medicina de família e comunidade; em outros, tem vigência o modelo Semachko, desenvolvido na Revolução Russa e que opera por meio da tríade clínico geral, gineco-obstetra e pediatra; em muitos, está presente o modelo tradicional de um médico generalista operando isoladamente e sem abordagem familiar e comunitária no modelo de consultório.

O modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado singular, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências externas importantes, mas diferiu delas, sobretudo, por não se instituir como uma proposta exclusiva de medicina familiar, e, sim, como uma política pública voltada para a saúde da família. A ESF é uma proposta de saúde da família singular que se distanciou dos modelos de medicina familiar prevalentes no mundo desenvolvido, os quais, em geral, articulam-se em torno do papel protagônico dos médicos generalistas ou de família e comunidade. Como exemplo, no modelo de medicina familiar do Canadá, apenas 32% dos médicos trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde e somente 22% trabalham juntamente com enfermeiros (STATISTICS CANADA, 2009). Além disso, esses modelos internacionais tendem a valorizar a liberdade de escolha dos médicos pelas pessoas usuárias, independentemente da adstrição geográfica,

com o objetivo de obter ganhos de competitividade, rompendo com a territorialização dos cuidados primários.

A ESF foi construída em bases distintas, de modo a cumprir com os objetivos do SUS inscritos nas legislações constitucionais e infraconstitucionais. São várias as suas especificidades. Foi um modelo de saúde da família que se propôs a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Essa opção estratégica convocou, necessariamente, a territorialização dos espaços de atuação da APS e a ação intersetorial. Essa estratégia agregou, desde seu início, o trabalho multiprofissional interdisciplinar realizado em equipe por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, ACS e, eventualmente, outros profissionais de saúde incorporados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A incorporação dos ACS constituiu um grande diferencial porque criou as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias e as organizações e os movimentos sociais do território.

Devido às dimensões continentais do Brasil e ao fato de que a APS é ofertada em 5.572 municípios, os vários modelos – especialmente o modelo tradicional, o modelo Semachko e o modelo da ESF – ainda são encontrados. Isso ocorre em função de algumas situações que ainda vigem no SUS, como: em uma vertente mais corporativa, as propostas de reorganização do trabalho médico com a valorização relativa da tríade de especialistas básicos nos cuidados primários, especialmente pediatras; a flexibilização do trabalho dos profissionais, principalmente dos médicos, permitindo o trabalho em tempo parcial, também com viés corporativo; a expansão exagerada das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com a ESF; e o fenômeno generalizado da oferta de atendimento hospitalar em unidades de pequeno porte que operam sem escala e que, nos municípios menores, desviam recursos orçamentários da APS para a manutenção de hospitais que não têm densidade tecnológica para o exercício real de ações hospitalares e que são ineficientes e de baixa qualidade (MENDES, 2019).

É preciso ter claro que as propostas de substituição da ESF pelos modelos convencionais de APS não estão sustentadas por evidências cien-

n. 38

tíficas. O que parece moderno é, na realidade, uma volta ao passado que, certamente, aprofundará a crise contemporânea do SUS, prejudicando a sua política mais consequente que é a ESF.

Não obstante, no momento, consolidaram-se uma predominância forte da ESF e uma tendência constante de diminuição relativa dos modelos alternativos. Isso se expressa, de forma inquestionável, na existência, no final de 2020, de 44.716 equipes da ESF no SUS.

Uma questão poderia ser feita: essa opção pela ESF foi correta? A resposta é dada por pesquisas avaliativas feitas em diferentes locais do nosso país, principalmente com a utilização do PCATool-Brasil.

Harzheim (2004), utilizando esse instrumento, comparou o desempenho das unidades da ESF e das unidades tradicionais na saúde infantil, na região sul de Porto Alegre. Observou-se uma extensão significativamente maior dos atributos da integralidade, orientação comunitária e orientação familiar e do valor geral da APS para as crianças que frequentavam as unidades da ESF. A proporção de crianças com atenção à saúde classificada com alto valor geral da APS também foi significativamente maior para aquelas cobertas pela ESF.

Macinko *et al.* (2004) realizaram estudo avaliativo da APS em Petrópolis, Rio de Janeiro, comparando a ESF com o modelo tradicional, e constataram que a ESF apresentou: em termos de acessibilidade, um acesso melhor, especialmente nos fins de semana; em termos de primeiro contato, um escore maior, ainda que sem significação estatística; em termos de longitudinalidade, a ESF tinha uma população adstrita e dava maior oportunidade às pessoas usuárias para discutirem suas dúvidas sobre a atenção prestada; em termos de integralidade, a ESF provia melhor atenção pré-natal, tratamento de tuberculose, aconselhamento em violência doméstica, educação em saúde, prevenção ao uso excessivo de álcool e ao tabagismo; a ESF utilizava mais as diretrizes clínicas para orientação das condutas clínicas e as linhas-guia para a referência a outros níveis do sistema; em termos de orientação familiar, a ESF utilizava mais instrumentos de abordagem familiar; e em termos de orientação comunitária, a ESF trabalhava mais com pesquisas populacionais, oferecia mais a atenção domiciliar e se envolvia mais com trabalhos interseoriais.

Elias *et al.* (2006) compararam as unidades tradicionais e as unidades da ESF no município de São Paulo, por estratos de exclusão social, utilizando o instrumento PCATool, aplicado a gerentes, a profissionais de saúde e a pessoas usuárias. Os resultados mostraram que as estimativas dos índices de atenção primária nas unidades da ESF foram mais altas do que as das unidades tradicionais, sempre com diferenças estatisticamente significantes em todos os estratos.

Facchini *et al.* (2006) realizaram uma avaliação da APS em 41 municípios dos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, utilizando delineamento transversal, com grupo de comparação externo e entrevistas com presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, secretários municipais de saúde e coordenadores de APS. O estudo revelou que as unidades da ESF apresentaram, em relação às unidades tradicionais: maior tempo para as consultas médicas; maior oferta de ações programáticas para o cuidado integral e de atividades de grupo; e maior frequência de realização do pré-natal em suas unidades de adstrição territorial. As unidades da ESF ofertaram mais serviços em relação às unidades tradicionais de: atendimentos odontológicos a grupos prioritários, promoção do aleitamento materno, puericultura, manejo dos agravos infantis mais graves, consultas pré-natais, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero, diagnóstico e tratamento da tuberculose, diagnóstico e tratamento da hanseníase, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, diagnóstico e tratamento do diabetes, recomendação de atividades físicas e cuidado domiciliar a pessoas idosas. Em termos de processos de trabalho, as unidades da ESF utilizaram mais protocolos clínicos que as unidades tradicionais. A conclusão dos autores foi que o desempenho da ESF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul quanto no Nordeste. Esse achado coincide com a percepção dos gestores de que a ESF é mais adequada para o funcionamento do SUS e conta com uma maior adesão dos profissionais de saúde do que o modelo tradicional.

Ibañez *et al.* (2006) desenvolveram uma avaliação por meio do PCATool em 62 municípios do estado de São Paulo comparando as unidades da ESF e tradicionais, a partir das opiniões dos profissionais de saúde. De modo geral, os dados demonstraram que os profissionais que trabalhavam na ESF avaliaram o seu desempenho como sendo melhor, o que se reflete em es-

cores médios maiores. Além disso, sempre que houve diferença estatística entre os dois tipos de unidades, esta foi favorável às unidades da ESF.

Van Stralen *et al.* (2008) compararam a APS praticada em nove municípios da Região Centro-Oeste (Goiás e Mato Grosso), nas formas de unidades da ESF e unidades tradicionais, utilizando o instrumento PCATool. Os resultados, medidos pelo índice de atenção primária, apontaram para uma melhor avaliação dos serviços prestados pelas unidades da ESF em relação às unidades tradicionais, tanto para profissionais quanto para pessoas usuárias.

Chomatas (2009) realizou um trabalho de avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, por meio de um estudo transversal realizado por inquérito estruturado utilizando o instrumento PCATool, nos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, comparando as unidades do modelo Semachko e da ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Esse estudo é interessante porque, em Curitiba, convivem esses dois modelos, sendo que o modelo Semachko apresenta certas características singulares como a territorialização, a organização pelo princípio da vigilância em saúde e a presença dos ACS nas equipes. Os resultados do estudo estão sumarizados na Tabela 1.

**TABELA 1. Escores médios dos atributos e dos escores essenciais, derivados e geral de APS na avaliação dos profissionais, médicos e enfermeiros, das unidades do modelo Semachko modificado e da ESF do município de Curitiba em 2008**

ATRIBUTOS	UNIDADE SEMACHKO ADA	UNIDADE DA ESF
Essenciais	6,2	7,0
Acessibilidade	4,7	5,1
Longitudinalidade	6,2	6,7
Coordenação	6,9	7,0
Integralidade	5,9	8,3
Derivados	7,7	8,3
Orientação familiar	7,8	8,5
Orientação comunitária	7,6	8,1
<b>Geral</b>	<b>6,6</b>	<b>7,4</b>

FONTE: CHOMATAS (2009).



O exame da Tabela 1 evidencia que, para todos os atributos, os escores médios alcançados pelas equipes da ESF superaram aqueles das unidades Semachko, embora no atributo coordenação a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Além disso, as unidades da ESF também apresentaram maior percentual de alto escore (igual ou maior que 6,6) da APS, tanto nos atributos individuais quanto nos escores essenciais, derivados e geral. Ademais, nas unidades da ESF, as ações educativas, as visitas domiciliares e as discussões de caso são mais frequentes, sugerindo maior possibilidade de mudar o modelo para enfrentar o desafio das condições crônicas. Há que se acrescentar que esses resultados foram obtidos mesmo considerando que as unidades da ESF, em geral, encontram-se localizadas em regiões de maior vulnerabilidade social do que as unidades Semachko.

Marty (2011), em outra pesquisa feita no município de Curitiba, comparando as unidades da ESF com as unidades Semachko da Secretaria Municipal de Saúde, mostrou que, dos 17 indicadores de saúde selecionados, 7 (41%) apresentaram melhores resultados com o modelo da ESF em relação ao modelo Semachko, sendo que 5 desses indicadores compõem o atributo acessibilidade. Na avaliação por atributos, a coordenação, a longitudinalidade e a integralidade evidenciaram uma tendência de melhores desempenhos nas unidades da ESF. As unidades Semachko não obtiveram melhores resultados em nenhum dos indicadores.

Travassos (2011), verificando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, mostrou resultados importantes sobre a ESF em relação aos atributos e à equidade. A população brasileira foi dividida em três segmentos de demanda: SUS com ESF, 42,2% de cobertura; SUS sem ESF, 31,9% da cobertura; e planos de saúde, 25,9% da cobertura. A renda familiar per capita de cada segmento foi de: SUS com ESF, R\$ 326,00; SUS sem ESF, R\$ 458,00; e planos de saúde, R\$ 1.396,00. O percentual de cobertura de pessoas analfabetas foi de: SUS com ESF, 23,5%; SUS sem ESF, 17,1%; e planos de saúde, 8,6%. O percentual de cobertura de pessoas com ocupação agrícola foi de: SUS com ESF, 25,4%; SUS sem ESF, 14,8%; e planos de saúde, 3,1%. Esses dados evidenciam que o SUS com ESF, relativamente, cobre a população mais vulnerável do ponto de vista econômico e social. Tomando-se como indicador de acesso o uso regular dos serviços, verificou-se que foi de: SUS com ESF, 76,0%; SUS sem ESF, 66,0%; e planos de

saúde, 77,2%; isso coloca o acesso ao SUS com ESF bem próximo ao acesso aos planos de saúde e bem maior que o acesso ao SUS sem ESF. Do ponto de vista da porta de entrada, os resultados foram: SUS com ESF, 77,6% com entrada em postos ou centros de saúde; SUS sem ESF, 66,7% com entrada em postos ou centros de saúde; planos de saúde, 67,3% em consultórios/clínicas que, na maioria das vezes, não são de cuidados primários, mas de atenção especializada. Aqui, pode-se concluir que o SUS com ESF é superior no atributo de acesso com entrada pela APS. A prevalência do uso de consultas médicas por 100 habitantes foi de: SUS com ESF, 64,4%; SUS sem ESF, 61,8%; e planos de saúde, 80,4%. Nota-se um maior uso de consultas médicas no SUS com ESF que no SUS sem ESF. A prevalência de internações hospitalares foi de: SUS com ESF, 7,3%; SUS sem ESF, 6,0%; planos de saúde, 8,2%. Aqui, também, as internações hospitalares foram maiores no SUS com ESF que no SUS sem ESF e foram próximas às hospitalizações dos planos de saúde. O percentual de consultas médicas com prescrição de medicamentos foi de: SUS com ESF, 61,8%; SUS sem ESF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. O acesso a todos os medicamentos prescritos nas consultas médicas foi de: SUS com ESF, 43,2%; SUS sem ESF, 36,3%; e planos de saúde, 13,4%. Esses dados mostram que os maiores acessos a todos os medicamentos foram do SUS com ESF. Como o pagamento por desembolso direto é muito regressivo e gerador de iniquidades, verificou-se que ele é menor no SUS com ESF que no SUS sem ESF. Além disso, constatou-se que 13,5% dos usuários de planos de saúde tiveram seus serviços custeados pelo SUS, o mesmo percentual de usuários do SUS com ESF que fizeram pagamentos por desembolso direto. Os resultados desse estudo da PNAD/2008 evidenciam uma superioridade do SUS com ESF em relação ao SUS sem ESF, em todas as variáveis analisadas.

Cabral *et al.* (2012) compararam a incidência de doenças cardiovasculares recorrentes ou fatais em pessoas que usaram a ESF e as que usaram modelos convencionais de APS no município de Joinville, Santa Catarina. Foram acompanhadas, entre 2005 e 2010, 103 pessoas que utilizavam a ESF e 138 pessoas que utilizavam modelos convencionais. Acidentes vasculares cerebrais e infartos agudos do miocárdio ocorreram em 30,1% das pessoas usuárias no grupo da ESF e em 36,2% das pessoas usuárias do modelo convencional. Outrossim, 37,9% das pessoas usuárias da ESF e 54,3% das

peças usuárias do modelo convencional faleceram no período. Seis anos após acidentes vasculares cerebrais, indivíduos atendidos pela ESF tiveram risco de morte 42% menor que pessoas sem ESF. Consequentemente, a ESF reduziu a risco absoluto de morte em 16,4%. A conclusão dos autores é que a ESF é mais efetiva que os modelos convencionais de APS para prevenir mortes de acidentes vasculares cerebrais e de infartos agudos do miocárdio secundários.

As evidências provindas dessas várias pesquisas, realizadas em diferentes partes do nosso país, são definitivas: a modalidade da ESF é superior às demais com que foi comparada, o que atesta o acerto do SUS ao optar, majoritariamente, pela organização da APS por meio da modalidade ESF. Essa superioridade se manifesta, de forma incontestada, em todos os atributos da APS, na redução das internações hospitalares, na oferta de consulta médica, na redução da morbidade por algumas doenças e na diminuição das mortes.

*n. 38*

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

OS AVANÇOS DA  
APS: A JOIA DA  
COROA DO SUS

---



Seguramente, o avanço mais significativo do SUS, em toda sua história, foi na APS, principalmente pela consolidação da ESF. Isso pode ser constatado no plano das evidências científicas produzidas por pesquisas robustas, por avaliação da população e pelo reconhecimento nacional e internacional dessa política pública de saúde.

## **1. A AVALIAÇÃO DA ESF BASEADA EM EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS POR PESQUISAS CIENTÍFICAS**

Criou-se, ao longo do tempo, uma estrutura formidável de cuidados primários em nosso sistema público de saúde. As equipes da ESF passaram de 2.054 em 1988 para 44.716 em 2020. Além disso, havia ainda: 1.800 equipes de atenção primária, 8.743 equipes tradicionais, 99 equipes de saúde fluvial, 168 equipes de consultório de rua, 456 equipes de atenção prisional, 5.530 equipes ampliadas de apoio à saúde da família e 269.921 ACS.

Isso gerou um enorme incremento do acesso aos cuidados primários no SUS pelo aumento das equipes da ESF. Considerando-se uma cobertura média por equipe de 3.450 pessoas, a cobertura nominal de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 7.086.300 de brasileiros (4,5% da população) para 154.270.200 (73,6% da população). Se considerarmos que o sistema privado de saúde suplementar cobre 47.118.000 de brasileiros, a cobertura da ESF em relação à população exclusivamente SUS é de aproximadamente 95%. Ainda que essa cobertura varie por municípios, sendo maior no interior que nas capitais, o avanço é muito significativo (PINTO; GIOVANELLA, 2018; MENDES, 2019). Uma cobertura da ESF de 154 milhões de pessoas torna essa política de APS a mais extensiva do mundo; ela corresponde a 15 vezes a população total de Portugal, a 4 vezes a população total do Canadá e a 2,8 vezes a população da Inglaterra, três países que

desenvolveram festejados sistemas de públicos universais sustentados por boa estrutura de APS.

Deve-se considerar que, recentemente, houve um incremento da cobertura real da ESF que derivou do aumento significativo da população efetivamente cadastrada pelas equipes e que chegou a 127 milhões de brasileiros. Essa alta cobertura da ESF pode, também, ser vista como um mercado potencial enorme pela iniciativa privada.

Um dos aspectos positivos da introdução da ESF foi o aumento do interesse de acadêmicos em pesquisar a APS no Brasil. No período de 1980 a 2017, foram publicados no País 2.475 artigos sobre APS ou atenção básica, número superior aos artigos publicados em países como Itália, França e Portugal, de longa tradição em cuidados primários (MACINKO, 2018). Essas pesquisas permitiram produzir evidências científicas sobre os impactos que a ESF teve na saúde dos brasileiros em diversas dimensões.

Várias pesquisas demonstram o resultado favorável da ESF na equidade e no acesso, mostrando que ela teve uma orientação para os mais pobres (MORRIS *et al.*, 2004; GUANAIS, 2010; WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Macinko *et al.* (2006) avaliaram a ESF de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e a saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiros por 10 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, seguido da ampliação da oferta da ESF. O estudo demonstrou que um aumento de 10% na cobertura da ESF foi responsável por uma diminuição de 4,56% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso à água foi responsável por uma diminuição de 2,92% 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.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) apresentou uma pesquisa sobre a saúde da família no Brasil, no período de 1998 a 2004, mostrando que a cobertura de ESF esteve associada com a melhoria de alguns indicadores de saúde. Os dados sobre a proporção média anual de crescimento na homogeneidade de cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano

de idade revelaram que quanto mais elevada a cobertura de ESF, maior foi o aumento do indicador entre 1998 e 2003. O indicador cresceu 5,73% para o estrato de menos de 20% de cobertura por ESF, 6,85% para o de 20% a 50% de cobertura, 7,80% para o de 50% a 70% de cobertura e 10,97% para o de 70% ou mais de cobertura. A variação média de queda na proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal cresceu com o aumento da cobertura de ESF nos estratos, revelando um gradiente. Os estratos de menos de 20% de cobertura e de 20% a 50% de cobertura apresentaram queda média anual de 7,95% e de 13,47%; e os estratos de 50% a 70% e de mais de 70% tiveram reduções de 15,45% e 19,04%. Verificou-se que a proporção de óbitos em menores de 1 ano por causas mal definidas caiu relativamente mais nos estratos de maior cobertura da ESF. A mesma tendência verificou-se na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal e nas taxas de internações da população de 40 anos e mais por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva.

Van Stralen *et al.* (2008) empreenderam uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e a saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiros por 10 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, seguido da ampliação da oferta do PSF.

Giovanella *et al.* (2009) desenvolveram estudos de caso sobre a ESF em quatro capitais brasileiras: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Os resultados mostraram que foi na ESF que se deu, prioritariamente, o primeiro contato e, a partir dele, que se estruturava o acesso aos serviços especializados. A proporção das opiniões concordantes dos médicos e enfermeiros de família com a afirmativa “a população procura primeiro a unidade de saúde da família quando necessita de atendimento” foi de 92,6% em Aracaju, 89,1% em Belo Horizonte, 87,8% em Florianópolis e 83,5% em Vitória.

Aquino *et al.* (2009) estudaram o impacto da ESF sobre a mortalidade infantil em 721 municípios brasileiros no período de 1996 a 2004. Para isso, os municípios foram subdivididos em três categorias: cobertura da ESF incipiente, menor que 30% da população; cobertura da ESF intermediária, en-



tre 30,0% e 69,9% da população; cobertura da ESF com valor igual ou maior que 70% da população e duração da ESF de menos de quatro anos; e cobertura consolidada de mais de 70% da população e duração igual ou maior de quatro anos. A expansão da ESF variou de 1% dos municípios em 1996 a 80% em 2004; a expansão de cobertura intermediária cresceu no mesmo período de 0,1% para 39,3%. Nesse intervalo, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 26,6 para 16,1 mortes em crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil diminuíram, no período, em 16% para os municípios de cobertura incipiente, 23% nos municípios de cobertura intermediária e 22% nos municípios de cobertura consolidada. O efeito da ESF foi maior na mortalidade pós-neonatal que na neonatal e nos municípios com altas taxas de mortalidade infantil e com baixo índice de desenvolvimento humano. Alguns processos críticos na mortalidade infantil cresceram com a implantação da ESF, como número de consultas médicas por habitante, percentual de mulheres com uma ou mais consultas pré-natais e coberturas vacinais de pólio, sarampo e difteria.

Reis (2009) analisou a influência da ESF na saúde infantil comparando períodos anteriores e posteriores à introdução dessa estratégia de APS em municípios brasileiros. As variáveis da saúde infantil foram estado de saúde autorreportado, número de dias de atividades restritas, número de dias de internações hospitalares, prevalência de vômito ou diarreia e número de vezes que as crianças receberam atenção médica. Os resultados indicaram que, para a maioria dos indicadores de saúde infantil utilizados na análise empírica, as crianças para as quais a ESF estava disponível no município durante o período pré-natal e nos primeiros anos de vida foram mais saudáveis que aquelas em que a ESF não era disponível.

Rocha (2009) avaliou políticas públicas organizadas em torno de intervenções nos níveis familiar e comunitário, procurando estudar o impacto da ESF na mortalidade, no trabalho infantil, na frequência escolar e na oferta de trabalho adulto. Para isso, compararam-se municípios que tinham e que não tinham ESF. Nas Regiões Norte e Nordeste, os municípios que estiveram há três anos na ESF reduziram a taxa de mortalidade infantil na ordem de 1,81 por mil a mais que os municípios que não estiveram no programa. Isso significa que apenas por causa da ESF um município que tivesse a mortalidade infantil igual à média brasileira em 1993 (que era de 27 por mil) e estivesse há três anos no programa reduziria,

n. 38

em média, 6,7% a taxa de mortalidade infantil a mais que um município que não estivesse no programa. Além disso, quanto maior o período em que o município estivesse no programa, maior seria este efeito, as estimativas chegando a ser de 20,0% quando o município estivesse há oito anos na ESF. Em relação à taxa de mortalidade de 1 a 4 anos, o impacto foi de uma redução de 0,07 por mil na taxa de mortalidade dos municípios que estiveram há três anos no programa maior que nos municípios que não estiveram no programa, o que significa uma redução de 6,2% da taxa de mortalidade se o município tinha mortalidade igual à média brasileira em 1993. Esse efeito passaria a ser de 22,1% se o município estivesse no programa há oito anos. Note que o efeito na mortalidade infantil (até 1 ano) e de criança (de 1 a 4 anos) cresceu bastante com a duração do programa. O efeito da ESF sobre a taxa de mortalidade adulta do programa também foi importante. O impacto para os municípios que estiveram há três anos na ESF foi de uma redução da taxa de mortalidade de 0,11 por mil. Isso significa uma redução de 3,25% da taxa para os municípios que estiveram há três anos no programa. Esse efeito subiu para uma redução de 11,24% da taxa de mortalidade nos municípios que estiveram no programa há oito anos. A ESF impactou, também, a frequência escolar. Quantitativamente, uma criança de um município que estivesse há quatro anos na ESF teve uma probabilidade 2,1% maior de frequentar a escola do que uma criança que estivesse em um município sem o programa. Já uma criança em um município que estivesse há oito anos teve uma probabilidade de 4,5% maior de frequentar a escola na mesma comparação. Com relação aos resultados dos impactos da ESF sobre oferta de trabalho e emprego adultos, verificou-se que a ESF teve efeito positivo e significativo em ambos. Quantitativamente, uma pessoa que residia em um município que estava no programa há cinco anos teve 5,6% a mais de probabilidade de estar empregado, número este que sobe para 6,8% nos municípios que estivessem há oito anos no programa.

Rasella *et al.* (2010) procuraram verificar o impacto da ESF na mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, em municípios brasileiros, no período de 2000 a 2006, decompondo seus efeitos em mortes por causas mal definidas e por outras causas. Os municípios foram divididos em categorias: sem cobertura de ESF; com baixa cobertura, menos de 30% da população; com cobertura intermediária, de 30,0% a 69,9% da população; e com alta cobertura, igual ou mais de 70,0%. No período analisado, a mortalidade em menores de 5 anos diminuiu de 24,7 para 19,3 por mil nascidos

vivos. A mortalidade por causas mal definidas diminuiu de 2,1 para 0,4 por mil nascidos vivos. Contrariamente, no período, o número de municípios sem ESF diminuiu de 2.483 em 2000 para 367 em 2006, ao passo que os municípios com alta cobertura (igual ou maior que 70%) aumentaram de 851 para 3.432. Os resultados mostraram que a ESF teve sucesso em melhorar a qualidade das informações sobre as causas de morte e de reduzir o número de registros de mortes mal definidas, o que reforça achados de outros estudos (FRIAS *et al.*, 2005; SZWARCOWALD, 2008).

Silva *et al.* (2010) fizeram uma avaliação econométrica dos efeitos da ESF sobre a mortalidade infantil no estado do Ceará e indicaram que a ESF possui um impacto negativo sobre a taxa de mortalidade infantil, ou seja, a atuação do programa diminuiu essa taxa, em média, em -4,3. O coeficiente estimado para esse efeito, além de possuir o sinal correto, é estatisticamente significativo. Do ponto de vista da avaliação econômica, assumindo que a taxa de desconto empregada e a taxa de crescimento da renda individual futura possuem a mesma magnitude de forma a se anularem, sob a análise dos índices empregados, a ESF apresentou-se viável do ponto de vista econômico.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), na PNAD 2008 sobre saúde, investigou a ESF no Brasil. Observou-se que, quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar per capita, menor era a proporção de domicílios cadastrados na ESF. Entre aqueles com rendimento de até dois salários mínimos, 54,0% foram declarados cadastrados, enquanto para aqueles com rendimento acima de cinco salários mínimos, 16,3% assim se declararam, o que mostra que o programa está chegando aos mais pobres. Entre os domicílios em que a pessoa de referência não tinha instrução ou tinha menos de um ano de estudo, 63,8% estavam cadastrados na ESF. Já nos domicílios em que a pessoa de referência tinha 11 anos ou mais de estudo, esse percentual foi de 33,5%. A pesquisa constatou que 77,2% da população de rendimento mensal até um quarto do salário mínimo utilizou centros ou postos de saúde que, na maior parte, operam com equipes da ESF; esse percentual caiu para 67,1% na população de renda de meio a 1 salário mínimo, para 50,4% na população de renda de mais de 1 a 2 salários mínimos e para 4,8% na população de renda de mais de 5 salários mínimos. Os dados da PNAD 2008, trabalhados segundo a cobertura de ESF por anos de escolaridade das pessoas usuárias, mostraram que supera a cobertura

n. 38

de não ESF nos grupos de menor escolaridade: relação de 40% a 29% no grupo de menos de 3 anos de escolaridade; de 26% a 22% no grupo de 4 a 7 anos de escolaridade; o equilíbrio só se dá no grupo de 8 a 10 anos de escolaridade; a partir daí, predomina o acesso a não ESF. Esses dados atestam que a ESF atinge os brasileiros de menor escolaridade.

Andrade *et al.* (2011), comparando as PNAD 1998 e 2008 em Minas Gerais, constataram que o acesso a consultas médicas anuais, no SUS, aumentou significativamente no período, tanto nos homens quanto nas mulheres. As chances de uma criança de até 1 ano de idade ter acesso a uma consulta médica anual foi de 90%. Quando comparados os acessos a consultas médicas por ano, na população SUS e na população com planos privados, verificou-se que, embora a probabilidade de consultar o médico seja menor entre indivíduos SUS, a análise temporal revela um aumento do acesso na população SUS muito mais expressivo nessa probabilidade entre os indivíduos desse grupo em relação àqueles com planos privados. O acesso a consultas médicas nos indivíduos de 0 a 5 anos e de mais de 50 anos estava se aproximando do grupo com planos privados. Tudo isso se deve, principalmente, ao importante incremento da ESF no estado, no período analisado.

Macinko (2011), após analisar vários estudos avaliativos da ESF no Brasil, considera que essa estratégia influenciou positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros. As evidências analisadas mostraram: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade de crianças menores de 5 anos, o impacto na morbidade, a melhoria no acesso, a melhoria na utilização dos serviços e a satisfação com os serviços recebidos, uma orientação “pró-pobres” e a melhoria do desempenho do SUS.

Schmidt *et al.* (2011), a partir da realização de análises ecológicas, sugerem que a ESF pode ter produzido uma diminuição de 8% nas mortes de adultos no Brasil, oito anos após sua introdução, e que essa estratégia pode estar associada à diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares no País.

Rasella *et al.* (2014) concluíram que a cobertura de ESF está associada a uma redução da mortalidade em doenças cardíacas e cerebrovasculares e que esse efeito aumenta com o tempo de implantação dessa estratégia nos municípios. Além disso, verificaram que a amplitude de cobertura tem um forte impacto com efeitos de curto prazo.

Guanais (2015), pesquisando um painel de dados de 4.583 municípios brasileiros entre 1998 e 2010, evidenciou que a ESF contribuiu para a diminuição da mortalidade pós-neonatal no Brasil, mas que apresenta efeitos combinados com o Programa Bolsa Família, tornando-o, ao mesmo tempo, mais eficaz e se beneficiando de seus resultados.

Andrade *et al.* (2016) fizeram uma avaliação quantitativa e qualitativa da ESF no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, o que envolveu, inclusive, pesquisa de amostra domiciliar. Os resultados foram muito positivos: a cobertura universal da população pela ESF, incluindo 91% das pessoas que tinham planos de saúde privados; 95% da população recebeu visita regular do ACS; 73% de estado de saúde autodeclarado muito bom ou bom; 100% da população esperada de pessoas com diabetes com diagnóstico; 89% das pessoas com diabetes com consulta médica regular; 85% das pessoas com hipertensão com consulta médica regular; 100% das gestantes com cartão pré-natal em dia; 94% das gestantes com captação precoce (menos de 3 meses); 96% das gestantes com 6 ou mais consultas; 100% das gestantes com exames de sangue e urina realizados; 99% das crianças com todas as vacinas recebidas; e redução das internações por diabetes e hipertensão arterial.

Bastos *et al.* (2017) encontraram 14 pesquisas em que houve uma associação entre alta cobertura de ESF e baixa mortalidade pós-neonatal. Quando o Programa Bolsa Família foi considerado, o efeito da ESF na mortalidade de crianças foi maior. Houve uma associação entre alta cobertura de ESF e menor mortalidade em 92% dessas investigações. Essa pesquisa mostrou que houve associação entre o tempo de implantação da ESF no município e do grau de cobertura dessa estratégia. A mortalidade por doenças cerebrovasculares foi 31% menor; e por doenças isquêmicas e outras doenças cardiovasculares, foi 36% menor nos municípios com cobertura de ESF igual ou superior a 70% da população. Do mesmo modo, ocorreu com as internações por doença cerebrovasculares e por doenças cardiovasculares que foram muito menores nos municípios com cobertura de ESF igual ou maior de 70% da população.

Macinko (2018), analisando a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, verificou que a ESF foi a fonte regular de serviço para 79% das pessoas usuárias. Nesse estudo, o autor percebeu, a partir de dados das PNAD e da Pesquisa Nacional de Saúde, que apenas 0,61% da população referiu não ter

procurado os serviços de saúde nos últimos 15 dias em função de não ter dinheiro, o que revela uma situação muito confortável em termos de barreiras financeiras. Ou seja, no SUS, apesar de atender às pessoas mais pobres do País, as barreiras financeiras ao acesso são muito baixas, e isso está ligado à capilaridade da APS. Além disso, identificou que a probabilidade de conseguir uma ou mais consultas médicas entre os mais pobres em 2013 superou o valor dos mais ricos em 1998 e 2003 e, em algumas regiões, em 2008, o que atesta o incremento temporal da equidade no acesso aos serviços de saúde. Constatou, também, que no quintil de renda mais pobre, 60,9% das pessoas têm sua cobertura de saúde na ESF; e apenas 7,2%, no sistema de saúde suplementar, o que mostra que esse modelo de APS chega efetivamente aos mais pobres. A cobertura da ESF passou a 56,6% no segundo quintil, a 50,8% no terceiro quintil, a 43,9% no quarto quintil e a 23,2% no quinto quintil mais rico. Nos primeiros quatro quintis de renda, a cobertura da ESF superou a do sistema de saúde suplementar; somente no quintil mais rico a cobertura da saúde suplementar superou a da ESF, atingindo, mesmo aí, pouco mais da metade da população brasileira (54,2%). Esses dados desmentem um posicionamento muito comum de que a APS no SUS é uma atenção prestada somente aos mais pobres. Esse estudo constatou que, em 2004, 17% das consultas na APS do SUS foram para pessoas com 60 anos ou mais; em 2015, chegaram a 27%. Isso coloca um papel fundamental da ESF no cuidado das pessoas idosas, o que é fundamental em função da rápida transição demográfica brasileira.

Várias pesquisas têm demonstrado o impacto da ESF na eficiência do SUS, tanto na eficiência alocativa quanto na eficiência técnica. Exemplo claro de repercussão da ESF está no incremento que vem produzindo na eficiência alocativa, que é a combinação dos insumos de forma que o custo monetário de produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível considerando os preços (ANDRADE *et al.*, 2007). É o caso da redução que a ESF vem determinando nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) – as quais foram propostas por Billings *et al.* (1996), tendo sido sua primeira aplicação feita no Brasil, sob inspiração da Prof. Bárbara Starfield, por Alfradique (2001).

Perpétuo e Wong (2006) avaliaram as ICSAP em Minas Gerais no período de 1998 a 2004 em que a cobertura de ESF, na média do estado, subiu de 13,8% para 51,6%. Nesse decurso, essas internações evitáveis ou

desnecessárias tiveram uma queda de 12,6%. Estratificando por idade, as quedas foram: no grupo de 5 a 14 anos, 21,8%; no grupo de menores 1 ano, 19,3%; no grupo de 25 a 34 anos, 17,7%; no grupo de 45 a 54 anos, 17,0%; no grupo de 55 a 64 anos, 14,3%; no grupo de 15 a 24 anos, 8,9%; e no grupo de 65 anos ou mais, 8,6%.

Macinko *et al.* (2010) analisaram as ICSAP no Brasil, por doenças crônicas, no período de 1999 a 2007, procurando associá-las com a ESF. Nesse período, essas internações declinaram em 14% para os homens e em 7% para as mulheres. As reduções nessas internações estiveram associadas com a cobertura populacional na ESF medidas por quintis. Os municípios com os quintis de cobertura pela ESF maiores (quintis 5) apresentaram internações 13% menores que os municípios com quintis de cobertura pela ESF menores (quintis 1). Altos níveis de cobertura pela ESF estiveram associados com quedas de 23% nas internações por asma. Acidente vascular encefálico e outras doenças cardíacas mostraram uma diminuição das internações menor, mas ainda significativa.

Junqueira (2011), trabalhando dados de Minas Gerais relativos às ICSAP entre 2007 e 2010, período em que a ESF teve prioridade significativa nas políticas de saúde estaduais, observou impactos positivos sobre essas condições de saúde: internações hospitalares por desidratação em menores de 5 anos: de 6.810 em 2007 para 2.560 em 2010, queda de 62,4% no período; internações por pneumonias em menores de 5 anos de idade: de 12.426 em 2007 para 6.378 em 2010, queda de 48,7% no período; nascidos vivos com menos de 2.500 gramas: de 21.365 em 2007 para 12.435 em 2010, queda de 41,8% no período; e óbitos em menores de 1 ano por infecções respiratórias agudas: de 613 em 2007 para 158 em 2010, queda de 74,2% no período.

Mendonça *et al.* (2012) estudaram as ICSAP no município de Belo Horizonte após a implantação, em larga escala, da ESF. Em um período de quatro anos, essas internações caíram 17,9%; no mesmo intervalo, a queda das internações por condições não sensíveis à atenção primária foi bem menor, de 8,3%. As ICSAP diminuíram 22% nas mulheres moradoras de áreas de alta vulnerabilidade social, enquanto esse decréscimo foi de apenas 9% nas áreas de baixa vulnerabilidade social.

Hone *et al.* (2017) evidenciaram que, entre 2000 e 2013, as ICSAP caíram 37,9% na população parda/negra e 34,9% na população branca. A mortalida-

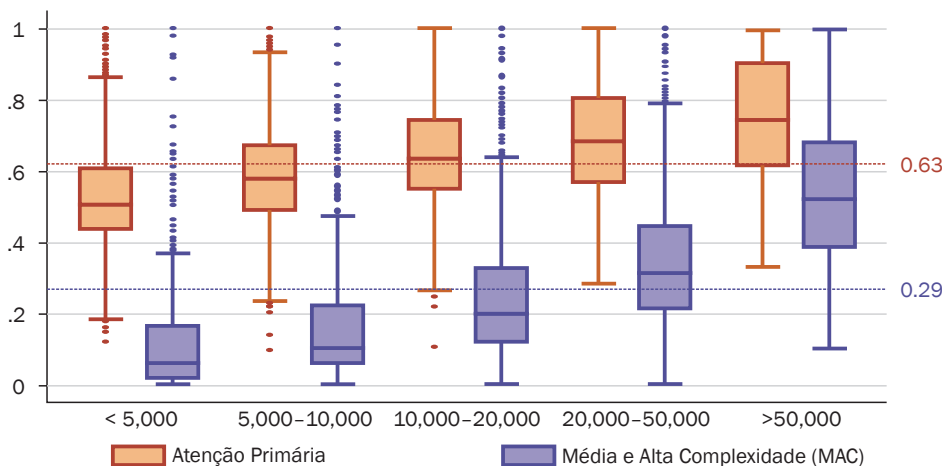


de diminuiu anualmente em 3,4% na população parda/negra e em 2,9% na população branca. A expansão da ESF estava associada com uma redução de 15,4% na mortalidade por ICSAP na população parda/negra e de 6,8% na população branca. O mesmo fenômeno foi observado em relação a doenças específicas, como doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e diabetes.

Pinto e Giovanella (2018) examinaram a tendência histórica, no período de 2001 a 2016, das taxas padronizadas de ICSAP que passaram de 120 para 66 internações por 10 mil habitantes, o que representou uma redução de 45%. Analisando por municípios, houve uma redução de ICSAP de 48,6% nos municípios das capitais e de 24,0% nos municípios de capitais. As taxas padronizadas foram calculadas para as internações não sensíveis à atenção primária verificando-se que a redução nas ICSAP foi muito maior que nessas internações não sensíveis. Parece claro que a redução das ICSAP esteve associada ao aumento da cobertura da ESF.

No entanto, a ESF, também, determinou um incremento na eficiência técnica do SUS como constatou pesquisa do Banco Mundial (ARAUJO; PONTES, 2017). É o que se observa na Figura 6.

FIGURA 6. **A eficiência da APS e da alta e média complexidade do SUS**



FONTE: ARAUJO E PONTES (2017).



A Figura 6 demonstra que a eficiência da APS é bem maior (0,63) que a eficiência dos serviços de alta e média complexidades (0,29). Nessa mesma pesquisa, ficou claro que a eficiência dos serviços de média e alta complexidade aumentou em função do aumento da eficiência da APS. Ainda que se possa aumentar a eficiência técnica da APS, ela atinge um patamar muito superior que a da média e da alta complexidades e, além disso, constitui um importante determinante da eficiência desses dois níveis de atenção do SUS.

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

---

## 2. A AVALIAÇÃO DA ESF POR MEIO DE PESQUISA DE OPINIÃO

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG (2011) realizou uma pesquisa em Belo Horizonte para monitorar desempenho, resultados e satisfação das pessoas usuárias com a ESF, construída com base em seis atributos da APS e aplicada a 512 equipes de saúde da família, a qual apresentou os seguintes percentuais de satisfação em relação aos atributos definidos: 86,6% para a integralidade, 86,0% para a orientação comunitária, 84,9% para o primeiro contato, 78,4% para a orientação familiar, 75,2% para a longitudinalidade e 61,4% para a coordenação da atenção. Ou seja, a opinião da população foi muito favorável à ESF.

## 3. O RECONHECIMENTO NACIONAL E INTERNACIONAL

A APS do SUS tem obtido reconhecimento nacional e internacional. No plano nacional, a ESF, competindo com mais de 140 políticas públicas, ficou em 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal, realizado em 2011, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

Macinko (2014) considera que a política do SUS de consolidação da ESF significou importante contribuição à prática, à ciência e às políticas internacionais para o renascimento do interesse pela APS no mundo.

Um editorial da importante revista médica *British Medical Journal*, de novembro de 2010, afirmou:

O Programa de Saúde da Família é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de

rápida expansão e bom custo-efetividade...O potencial das reformas em saúde do Brasil e, especificamente, do Programa de Saúde da Família, em prover atenção à saúde a um custo acessível foi mencionado há 15 ou mais anos atrás no *British Medical Journal*. Em muitos aspectos, aquela promessa foi mais que cumprida, mas a história de sucesso da atenção primária à saúde no Brasil continua pouco compreendida e ainda fracamente difundida e interpretada para outros contextos. Países de renda elevada poderiam aprender como este programa alterou a interação com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde...Em muitos aspectos o Brasil acertou: um programa de atenção primária custo-efetivo e de larga escala que aborda questões de saúde pública típicas de países de baixa renda e daqueles em transição epidemiológica, mas também relevante para os países de alta renda. A ascensão política e econômica do Brasil no mundo deve englobar seu papel de liderança na atenção primária à saúde. Todos temos muito que aprender, façam o sistema funcionar corretamente e os resultados virão, mesmo com recursos limitados. Os formuladores de políticas em saúde no Reino Unido têm um histórico em observar os Estados Unidos na busca de exemplos de inovação na prestação de atenção à saúde, apesar de seus resultados relativamente fracos e dos altos custos. Eles poderiam aprender muito voltando seus olhares para o Brasil. (HARRYS; HAINES, 2011).

A ESF brasileira tem recebido avaliações positivas de agências internacionais multilaterais, como, por exemplo, da Organização Pan-Americana da Saúde que considera o SUS e a ESF modelos que poderiam ser seguidos por vários países (TASCA *et al.*, 2018).

#### **4. CONCLUSÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA ESF NO SUS**

Não obstante a força das evidências analisadas, manifestações desinformadas e sem respaldo científico apontam no sentido de que a APS do SUS é um nó que precisa ser desatado para que o nosso sistema público de saúde possa ser aperfeiçoado (SALOMON, 2020).

Ao contrário, as pesquisas aqui analisadas, bem como o reconhecimento nacional e internacional, demonstram que a ESF é uma política pública bem-sucedida e que merece ser continuada e aprofundada por meio de mudanças incrementais que foram realizadas desde sempre, conforme se demonstrou anteriormente na revisita à história da APS no Brasil.

As evidências comprovam que a ampliação da APS no SUS, em especial, a expansão da ESF, tem sido responsável por uma ampla gama de resultados virtuosos, como: melhoria da qualidade das informações de saúde, diminuição da mortalidade infantil, redução na mortalidade de crianças até 5 anos, atenuação da mortalidade na população adulta, diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares, melhoria no manejo de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, melhoria no manejo de pessoas idosas e ações sinérgicas positivas com o Programa Bolsa Família.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

A pandemia da covid-19 submeteu a ESF à sua maior prova, e ela respondeu bem ao que se esperava dos cuidados primários nesta emergência sanitária. Isso foi, em boa parte, responsável pelo incremento recorde na avaliação do SUS pelos brasileiros, conforme pesquisa do Ibope que mostrou que nosso sistema público de saúde cresceu 11 pontos no Índice de Confiança Social entre julho de 2019 e setembro de 2020. O crescimento da confiança média dos brasileiros nas 20 instituições públicas foi de apenas 3 pontos. O patamar de 56 pontos alcançado neste momento pandêmico é o maior da série histórica, e a razão dada pelos pesquisadores foi que com a pandemia cresceu a confiança do público pela experiência concreta, já que mais brasileiros tiveram contato com sua estrutura e atendimento (TOLEDO, 2020). Sempre se soube, e esses dados reiteram, que quem mais avalia negativamente o SUS são as pessoas que não o utilizam (MENDES, 2019).

Os dados são contundentes: a ESF não é um nó no SUS; ao contrário, ela exerce um papel inquestionável de desatadora dos nós no nosso sistema público de saúde. A substituição do modelo da ESF por outros modelos não parece uma atitude sensata e responsável à luz das amplas evidências disponíveis – nem se justificam propostas de reformas radicais na APS com argumentos de sua ineficiência.

## O PÚBLICO E O PRIVADO NA APS DO SUS

---



Recentemente, vêm-se propondo reformas na APS do SUS com base em novos arranjos organizativos na prestação dos serviços. Isso tem levado a discussões acaloradas que confluem para um dilema entre prestação pública ou privatização. Exemplo disso foi o Decreto Presidencial nº 10.530/2020, publicado e revogado de forma intempestiva, em função da resistência a ele apresentada por diferentes segmentos da sociedade brasileira.

Para enquadrar a discussão entre o público e privado, é fundamental compreender a estrutura funcional dos sistemas de atenção à saúde e sua dinâmica ao longo do tempo (MENDES, 2002b).

## 1. AS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para alcançar seus objetivos, os sistemas de atenção à saúde devem desempenhar certas funções. Estas têm sido catalogadas de diversas formas: um documento preparado para a Organização Mundial da Saúde definiu 9 funções essenciais para a saúde pública (BETTCHEER *et al.*, 1998); a Organização Pan-Americana da Saúde estabeleceu 11 funções essenciais (MUÑOZ *et al.*, 2000); e Berman e Bossert (2000) propuseram 5 funções.

Pode-se, entretanto, agrupar as funções dos sistemas de serviços de saúde em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde.

### 1.1. A MACROFUNÇÃO DE REGULAÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde estão sujeitos a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica (LOMAS; CONTANDRIOPOULOS, 1994). Por seu turno, essas formas de regulação dão origem, respectivamente, a quatro modelos regulatórios: o modelo tecnocrático, o modelo de autorregulação profissional, o modelo democrático e o modelo baseado no livre mercado (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1998).

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de atenção à saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, as necessidades e as representações da população. Esse modelo tecnocrático de regulação está baseado na análise normativa produzida por *experts* e deve ser capaz de estruturar, monitorar e avaliar as atividades do sistema de atenção à saúde de modo a verificar em que extensão os seus objetivos foram alcançados.

A autorregulação ocorre quando os profissionais de saúde, organizados em instituições corporativas, estabelecem limites para o exercício ético e eficaz das práticas de saúde e tentam manter os profissionais da categoria específica dentro desses limites. Esse modelo de autorregulação profissional assume que o controle de parte do sistema de atenção à saúde deve ser delegado às corporações sanitárias.

A regulação social manifesta-se quando os cidadãos, organizados em instituições formais de controle público, e apoiados em uma ambiência democrática eficaz (Ministério Público, Sistema Judiciário, Mídia, Ouvidorias etc.), participam das decisões políticas da saúde e de sua implementação e avaliação, mas como entes externos ao aparelho de Estado. Esse modelo de regulação democrática supõe que cada cidadão tem o direito e a responsabilidade de influenciar as decisões sociopolíticas e as ações do sistema de atenção à saúde no interior da sociedade.

A regulação mercadológica acontece, normalmente, nos sistemas privados, mediante a competição entre entes administradores e prestadores de serviços de saúde. Esse modelo de regulação baseada no livre mercado está relacionado com o que é denominado de uma alocação Pareto-ótima de recursos, no sentido de que é impossível mudar uma alocação sem penalizar, pelo menos, um agente econômico.

Ainda que reconhecendo essas quatro formas de regulação, o que vai se considerar, aqui, é a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado em um sistema público de saúde.

A macrofunção da regulação estatal dos sistemas de atenção à saúde pode envolver um conjunto de papéis regulatórios: os de reitoria, decorrentes da

n. 38

capacidade de condução política desses sistemas; os de normalização, que se referem à delimitação das regras do jogo desses sistemas e das condições para que os jogadores entrem e se desempenhem na arena sanitária; e os de superintendência, referentes ao monitoramento, controle e avaliação desses sistemas.

A regulação estatal dos sistemas de atenção à saúde pode ser realizada por meio de várias funções: a condução política, o planejamento estratégico, a comunicação social, a análise de situação e de tendências da saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde, a normalização dos processos de trabalho, o desenvolvimento dos recursos humanos, a auditoria dos sistemas e serviços de saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico (MENDES, 2002b).

Essa visão ampla da regulação dos sistemas de atenção à saúde contrasta, no cotidiano do SUS, com um conceito restrito que limita esse escopo à regulação dos fluxos de pessoas, de produtos e de informações entre os diferentes pontos de atenção realizados por complexos reguladores e com base em sistemas logísticos. Essa função de regulação assistencial é um componente da macrofunção de regulação, mas não é a única na perspectiva ampla da regulação dos sistemas de atenção à saúde.

## 1.2. A MACROFUNÇÃO DE FINANCIAMENTO

O financiamento dos sistemas de atenção à saúde compreende a mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou de fontes secundárias (governos federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação em fundos reais ou virtuais (poupança familiar, orçamento público, fundos e outros) e sua distribuição por intermédio de uma variedade de arranjos institucionais, para produzir serviços de saúde.

Um bom sistema de financiamento dos sistemas de atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade e que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde da população.

A macrofunção de financiamento compõe-se de três papéis principais: o papel extrativo, o papel acumulativo e o papel alocativo.

O papel extrativo do financiamento abrange a mobilização dos recursos por meio de impostos, taxas, prêmios etc. Os recursos públicos provêm,



principalmente, de impostos e contribuições, inclusive contribuições obrigatórias à previdência social pública, e são acumulados em orçamentos ou em fundos específicos. Os recursos privados compõem-se, principalmente, de pagamentos de prêmios, por indivíduos, famílias e/ou empresas, para seguros privados voluntários de saúde e dos gastos do bolso de indivíduos e famílias para compra direta de serviços e bens de saúde.

O papel acumulativo do financiamento consiste em depositar os recursos extraídos das diversas fontes em fundos financeiros, reais ou virtuais. Esses recursos acumulados em fundos devem ser geridos de forma a garantir que os riscos de pagar por serviços de saúde sejam rateados por todos os membros segurados e não por cada contribuinte em particular. Por isso, os fundos desempenham em um sistema de atenção à saúde uma função de seguro, seja por meio de seguros explícitos (as pessoas ou famílias filiam-se a uma seguradora e pagam um prêmio), ou implícitos, como se dá quando o fundo é constituído por recursos originários de impostos gerais cobrados de todos os cidadãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O papel alocativo do financiamento compreende a forma como esses recursos são distribuídos para outros gestores ou para instituições prestadoras de serviços de saúde.

A distribuição de recursos financeiros entre gestores aplica-se no financiamento estatal e dá-se entre níveis de governo. Há dois princípios fundamentais que devem orientar a distribuição dos recursos estatais nos sistemas de atenção à saúde: a equidade e a eficiência. Entretanto, nem sempre é possível evitar os *trade-offs* entre esses dois objetivos (CARRIN *et al.*, 1994). Há que se considerar, no papel alocativo do financiamento dos sistemas de atenção à saúde, as diferentes formas que podem se dar nas relações entre os gestores estatais, públicos não estatais ou privados, e os prestadores de serviços de saúde. Esse papel alocativo materializa-se por intermédio de formas de pagamento distintas, expressas em diferentes tipos como elementos de despesa: pagamento por salário, pagamento por orçamento global, pagamento por procedimentos, pagamento por performance, pagamento por diária, pagamento por pacote, pagamento por episódio ou pagamento por capitação. Há uma tendência de transição de formas de pagamento por volume de serviços para pagamento por valor (MORIATES *et al.*, 2015; JAMES; POULSEN, 2016; PORTER; KAPLAN, 2016). Esses diver-

Os modos de pagamento podem ser agrupados em dois grandes grupos: os pagamentos retrospectivos e os pagamentos prospectivos. O sistema de pagamento retrospectivo é aquele em que o fluxo financeiro se faz *ex ante*, independentemente da prestação prévia dos serviços, como os pagamentos por capitação e por orçamento global. Diferentemente, os pagamentos prospectivos constituem fluxos financeiros *ex post*, nos quais o pagamento é efetuado em virtude dos serviços previamente executados, como nas formas de pagamento por unidade de serviço e por procedimentos por grupos afins de diagnóstico (DRG).

### 1.3. A MACROFUNÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A prestação de serviços de saúde refere-se a uma combinação de recursos em um processo de produção desenvolvido em uma estrutura organizacional particular que leva a alguns produtos que, por sua vez, podem determinar resultados, isto é, alterações no estado de saúde das pessoas usuárias.

A prestação de serviços se dá em diferentes pontos de atenção que apresentam densidades tecnológicas e sistemas de produção distintos e que deveriam se organizar de modo a operar em redes (MENDES, 2011).

## 2. A EVOLUÇÃO DO MIX ESTATAL/PRIVADO NAS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

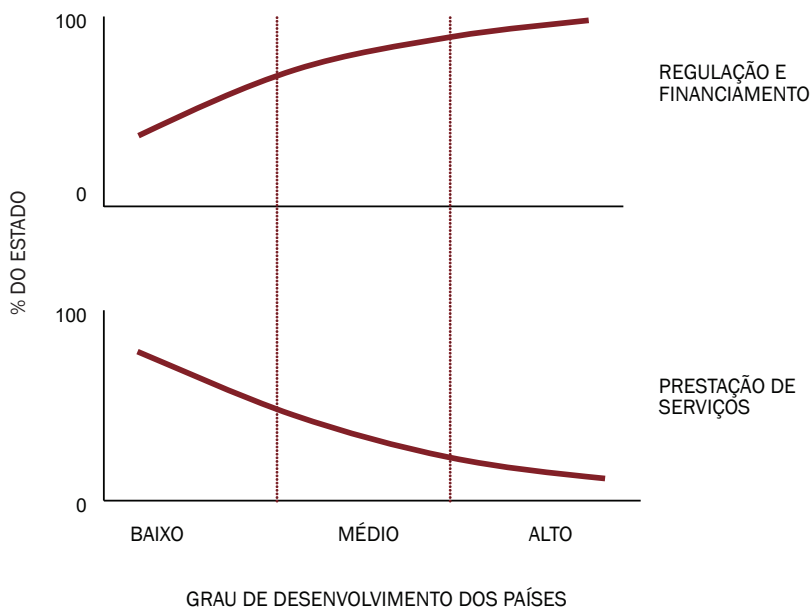
As três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde exercitam-se, na prática social, por meio de um *mix* estatal/privado. Não há nenhum país em que exista um modelo puro, seja de exercício exclusivamente estatal, seja de exercício exclusivamente privado.

O *mix* estatal/privado varia, na sua composição interna, em um dado momento, entre grupos diferentes de países, mas há evidências nos padrões de evolução desse *mix* nas três macrofunções quando, em uma visão longitudinal, discriminam-se os países de acordo com seus graus de desenvolvimento: baixo, médio e alto desenvolvimento.

Chernichovsky (1995), observando uma amostra de diferentes países com baixo, médio e alto graus de desenvolvimento, constatou que, à medida que o desenvolvimento vai se dando de baixo para médio e para alto as macrofunções de regulação e financiamento deixam de ser privadas e

passam a ser, predominantemente, estatais; contrariamente, uma tendência inversa se dá na macrofunção de prestação de serviços em que, com maior desenvolvimento, há uma tendência a que a prestação deixe de ser estatal para ser privada. É o que está representado na Figura 7, uma adaptação da proposta original daquele autor, e que reflete, em grande parte, a política de separação das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde que se consolidou nos países desenvolvidos.

FIGURA 7. **A evolução do mix estatal/privado das três macrofunções dos sistemas de atenção à saúde conforme o grau de desenvolvimento dos países**



FONTE: CHERNICHOVSKY (1995).

O exercício concomitante das macrofunções de regulação e de financiamento configura a gestão dos sistemas de atenção à saúde; já o exercício exclusivo da macrofunção de prestação de serviços de saúde conforma a gestão dos serviços de saúde, algo intrínseco ao campo microeconômico. O entendimento dessa diferença é fundamental nos sistemas públicos de

saúde, uma vez que a gestão de sistemas tende a ser exclusiva do Estado e que a gestão de serviços tende a ser desempenhada por um *mix* estatal/privado, ou seja, por entes estatais, públicos não estatais e privados, não sendo, portanto, competência exclusiva do Estado.

Uma discussão racional sobre as articulações entre as macrofunções dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos, para ser feita com um certo rigor e sem vieses ideológicos, implica examinar o conceito de descentralização das organizações de saúde, os espaços sociais dos sistemas de serviços de saúde, a proposta de separação das macrofunções de financiamento e regulação da prestação de serviços de saúde e o movimento da contratualização dos serviços de saúde.

### **3. A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Há que se precisar bem o que é descentralização porque há entendimentos diversos sobre esse signifiante e porque ela não constitui um movimento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais (MENDES, 1998).

A descentralização, enquanto processo, não é compatível com tempos políticos muito curtos nem pode ser implementada de maneira uniforme. Por isso mesmo, ela deve ser orientada por um conjunto de princípios: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público. Outrossim, tampouco constitui conceito unívoco, articulado como oposto à centralização. Ao contrário, apresenta-se, na realidade política, como unidade dialética que se exprime, fatorialmente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso deva ser o descentralizatório.

A descentralização como processo social apresenta, na sua consecução prática, fortalezas e debilidades, havendo, pois, que se buscar uma maximização das suas fortalezas e uma minimização das suas debilidades.

Torna-se difícil buscar uma conceituação geral que dê conta da descentralização. As tentativas de buscar um significado unívoco para a descentralização articulam-na com o deslocamento do poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos. Assim, a descentralização está, sempre, conotada a um movimento centrífugo do poder, com aumento relati-

vo do poder periférico. Não raro, isso obedece a uma interpretação polarizada de centralização/descentralização. Em consequência, nomeia-se como descentralização coisas muito diferentes, seja no que concerne aos fenômenos observados, seja às trajetórias históricas.

Daí ser preferível uma interpretação conceitual referida pela unidade dialética da centralização/descentralização e por uma visão processual que admite que a descentralização se apresenta, na prática social, com graus ou formas distintas. Os diferentes graus representariam um gradiente que iria de menos descentralização para mais descentralização; as formas seriam expressões possíveis de descentralização determinadas pelo contexto político e que, em determinado momento e em determinada sociedade, podem conviver entre si.

Na literatura, aparecem tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, sendo uma das mais abrangente aquela que identifica quatro formas de descentralização (RONDINELLI *et al.*, 1983): desconcentração, devolução, delegação e privatização.

A desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. Para alguns, a desconcentração é considerada como descentralização administrativa. Trata-se de repasse de capacidade decisória a um ente de escala inferior sem proporcionar, a ele, autonomia e poder decisório. A unidade receptora da desconcentração atua com a mesma normatividade do organismo delegante, e a responsabilidade permanece com a autoridade que desconcentrou. A criação de organismos estaduais e regionais por Ministérios, Secretarias Estaduais ou Prefeituras Municipais é exemplo de desconcentração (por exemplo, regionais das Secretarias Estaduais de Saúde ou distritos sanitários nas Secretarias Municipais de Saúde).

A devolução compõe-se na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa. Por isso, é denominada, também, de descentralização política. No caso, há o repasse de poder decisório e, portanto, o deslocamento de poder político. A devolução significa o fortalecimento ou a criação de níveis subnacionais de governo que passam a operar com autonomia. Exemplos de devolução

são os processos de estadualização e municipalização de certas funções dos governos federais que ocorreram no SUS com muita força, especialmente na APS.

A delegação sucede em outro âmbito, envolvendo as relações entre Estado e sociedade civil, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. Aqui, ocorrem a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de um ente público não estatal. A delegação não deve ser feita sobre funções estratégicas do Estado, em que há que se manifestar, única e exclusivamente, o exercício do poder estatal. O ajuste que a delegação faz entre Estado e sociedade significa uma reordenação institucional em uma lógica nova, mas presidida pelas necessidades sociais e, não, pelo mercado. Isso a diferencia, substantivamente, da privatização qualificando-a como uma desestatização com publicização das atividades privadas. A delegação anula a pretensão do Estado de deter o monopólio da solidariedade social. A organização autônoma que surge da delegação é publicizada pela permanência do poder regulatório nas mãos do Estado.

Por fim, a privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Ela se refere à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma de venda de ativos estatais. Essa forma de descentralização vem com a primeira geração de reformas econômicas e foi moldada no Reino Unido, nos anos 1980, no governo de Margaret Thatcher. A privatização incide sobre o aparelho produtivo de bens e serviços e fundamenta-se na necessidade de buscar financiamento privado para essas atividades com o objetivo de liberar o Estado para suas funções substantivas, para o que ele deve abandonar espaços mais vocacionados pela iniciativa privada. Os exemplos mais significativos de privatização, em escala mundial, estão nos campos da siderurgia, indústria automobilística, transportes aéreos, telecomunicações e energia. Nos sistemas de atenção à saúde, a privatização se dá quando se retiram do Estado, ainda que parcialmente, as macrofunções de regulação e financiamento dos sistemas públicos de saúde, transferindo-as ao setor privado.

O importante é entender que a privatização é, apenas, uma das quatro formas de descentralização e que não pode ser confundida, como é co-

num, em especial, nos países em desenvolvimento, com os processos de desestatização das instituições prestadoras de serviços de saúde pela via da criação de entes públicos não estatais, o que significa uma descentralização por delegação. Esse movimento de descentralização por delegação, com a criação de entes públicos não estatais, que não significa privatização, constitui um dos mecanismos pelos quais pode se realizar a separação das funções de regulação e de financiamento da prestação de serviços de saúde.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

#### **4. OS ESPAÇOS SOCIAIS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Para fundamentar a discussão sobre a separação das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde, há que se entender os seus espaços sociais (MENDES, 1999).

Os espaços sociais estão, tradicional e restritamente, delimitados pela forma como se dá a propriedade dos meios de produção. Daí que surgem os espaços público e privado, nos quais o público representa o que pertence ao Estado, ou seja, em que público é igual a estatal; por outro lado, o privado está conotado, sempre, a mercado.

A categorização por meio dessa díade dificulta o entendimento da dinâmica dos espaços sociais dos sistemas de atenção à saúde, ao reduzi-los a duas dimensões polares. Ademais, essa divisão dificulta a apreensão da complexidade dessa dinâmica, seja pelo maniqueísmo político-ideológico que lhe é intrínseco, seja pela manipulação que enseja às manifestações de grupos de interesses. Essa polarização leva a uma passividade imobilizante, ao desconsiderar a sociedade como agente no planejamento e na operacionalização dos serviços públicos.

Por isso, impõe-se trabalhar com três categorias de análise: o estatal, o que pertence ao Estado; o privado, o que é propriedade de agentes não estatais, lucrativos ou não; e o público – sendo este, então, distinto de estatal.

O espaço público caracteriza-se, do ponto de vista econômico, pela indivisibilidade do bem ou serviço que deve ser ofertado, indistintamente, a todos; e do ponto de vista jurídico, pela pactuação do Estado consigo mesmo ou com agentes privados, sob o domínio do interesse público. Assim, tanto os entes estatais quanto os privados podem ser

publicizados; ao revés, nem todas as instituições estatais são públicas (porque muitas acham-se privatizadas porque submetidas a interesses particularistas), como não são públicos os entes privados que não estão pactuados com o Estado segundo as normas do Direito Administrativo. Um Estado deixa de ser público quando capturado por interesses privados, tal como ocorre no patrimonialismo.

O patrimonialismo desenvolvido por Weber (1982) teve uma interpretação brasileira muito reconhecida, feita por Faoro (1998). No patrimonialismo, o Estado não assume o papel de fiador e mantenedor de uma ordem jurídica impessoal e universal que possibilite aos agentes econômicos a calculabilidade de suas ações e o livre desenvolvimento de suas potencialidades; ao contrário, intervém, planeja e dirige o mais que pode a economia, tendo em vista os interesses particulares do grupo que o controla (CAMPANTE, 2003).

A instituição dessa terceira categoria analítica, o público, diferenciada do estatal e do privado, é fundamental para entender o movimento desses espaços sociais e para orientar intervenções necessárias ao resgate do caráter público das instituições estatais e privadas dentro dos sistemas públicos de saúde.

A publicização dos espaços estatais e privados de um sistema público é que vai garantir a construção de um sistema de atenção à saúde republicano, pela subordinação dos espaços estatais e privados ao interesse público, o que exige a presença de um Estado robusto.

Esse novo Estado não será nem o Estado paternalista e onipresente nem o Estado mínimo dos teóricos neoliberais das escolhas públicas. Será um Estado forte, ágil e descentralizado, capaz de exercitar, por meio de uma burocracia moderna, a regulação e o financiamento estatais dos sistemas de atenção à saúde colocando-o a serviço dos cidadãos.

Como afirmou o sociólogo Betinho:

Com o conceito democrático do público poderemos escapar desse falso dilema entre privatização e estatização, entre o privado e o social, entre o eu e o nós. E principalmente, escapar da falácia do mercado e dos perigos autoritários do Estado. O público inaugura a era da cidadania, encerra a era do individualismo e do estatismo. (SOUZA,1995).



## 5. A SEPARAÇÃO DAS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA SOCIAL: A REFORMA REGULATÓRIA, A ORGANIZAÇÃO DA FUNÇÃO DE COMPRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, A GOVERNANÇA EM REDES E OS MECANISMOS DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

### 5.1. A REFORMA REGULATÓRIA

A reforma dos sistemas de atenção à saúde esteve associada com uma forte tendência universal, presente nos países desenvolvidos (SALTMAN; FIGUERAS, 1997) e, também, em grande parte dos países da América Latina e Caribe (INFANTE *et al.*, 2000); que foi a da separação das macrofunções de financiamento e regulação da macrofunção de prestação de serviços de saúde.

A separação das macrofunções consolidou-se como parte do ideário de reformas sanitárias que ocorreram nos anos 1990 e, especialmente, pela introdução de mecanismos de mercado nos sistemas públicos de serviços de saúde, cujos casos emblemáticos foram as experiências do Reino Unido e da Suécia de criação, respectivamente, do “mercado interno” e da “competição pública” (HAM, 1997).

Essa separação das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde foi introduzida, nos diferentes países, por várias razões (BENGOA, 2001): maximizar a eficiência; melhorar a acessibilidade aos serviços; reforçar a efetividade da APS; eliminar os conflitos de interesse que se estabelecem quando uma mesma instituição exercita, concomitantemente, as três macrofunções; tornar a prestação de serviços mais transparente; e incrementar a qualidade dos serviços.

Esses propósitos não são excludentes entre si. Contudo, há quem pretenda ir além deles, ao conferir à separação das macrofunções um papel imprescindível de especializar as instituições, seja nas macrofunções de regulação/financiamento, seja na prestação de serviços de saúde, por entender que, as instituições, ou bem navegam, ou bem remam, sendo o exercício conjunto dessas macrofunções, incompatíveis entre si (OSBORNE; GLAEBER, 1994; KAUL, 1997; TROSA, 2001).

Uma instituição que regula, financia e presta serviços, ao mesmo tempo, irá descurar de seus papéis mais nobres de regulação e financiamen-

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

to em detrimento do papel de prestação de serviços de saúde, que acaba por sobrepor-se aos outros.

Em um sistema de atenção à saúde, o papel principal do Estado é advogar a saúde dos cidadãos; e, em uma organização em que as três macrofunções estão integradas, torna-se difícil o cumprimento desse papel porque os interesses dos prestadores são assimétricos em relação aos interesses das pessoas usuárias. Além disso, a cultura institucional da regulação e do financiamento é totalmente distinta da cultura de uma organização prestadora de serviços de saúde, e esta constitui a razão principal para se separar as macrofunções de regulação e financiamento da macrofunção e prestação de serviços. Por consequência, uma avaliação mais rigorosa da separação das macrofunções nos sistemas de serviços de saúde deveria medir e/ou qualificar as mudanças que esse movimento determina na capacidade regulatória da instituição reguladora/financiadora.

As avaliações da separação das macrofunções nos sistemas de atenção à saúde, em geral, têm sido positivas ainda que, nem sempre, respondam às expectativas teoricamente colocadas (SAVAS *et al.*, 1998).

Uma análise da experiência de separação de macrofunções na Província da Catalunha, Espanha, realizada por Vía (2001), mostrou impactos positivos na eficiência, na produtividade de diferentes serviços, na qualidade, no desenvolvimento da APS e em uma maior autonomia de prestadores de serviços. No Reino Unido, os resultados positivos foram a maior liberdade para os prestadores de serviços, a melhoria da qualidade, a maior eficiência e o reforço da APS (JORGE, 2001). Na Costa Rica, a experiência de separação das macrofunções, em termos gerais, foi avaliada positivamente (SOJO, 2000).

A separação das macrofunções de financiamento e regulação da prestação de serviços, o que foi denominada de reforma regulatória, expressou-se em dois movimentos principais, ambos sustentados por mecanismos de contratualização: de um lado, a instituição das agências regulatórias e, de outro, a organização da função de compra com a criação de quase-mercados.

A instituição das agências regulatórias que se utiliza nos processos de privatização assenta-se na necessidade de definição das regras que estabeleçam os parâmetros básicos para que o mercado possa funcionar em situações de monopólios naturais, de forte assimetria de informações e de bens públicos, situações que configuram falhas de mercado. Essas agências,

ainda que expressando um papel do Estado, devem guardar uma autonomia em relação aos governos, ao passo que devem prestar contas de suas ações à sociedade, por meio dos parlamentos. Ou seja, a reforma regulatória combina independência e obrigação de prestação de contas.

No Brasil, surgiram várias agências regulatórias em diversos setores da economia, incluindo o campo da saúde com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

n. 38

## 5.2. OS QUASE-MERCADOS

A organização da função de compras fundamenta-se na teoria dos quase-mercados.

Estes constituem sistemas particulares de relações de intercâmbio econômico que se sustentam em princípios, em um marco regulatório e em um sistema de incentivos e que têm implicações sobre a morfologia dos setores sociais em que se desenvolvem, plasmada na separação macrofunções de financiamento e prestação de serviços, supondo relações de uma relativa permanência no tempo, articuladas por contratos (SOJO, 2000).

Os quase-mercados propiciariam uma competição entre distintos prestadores de serviços em substituição à prestação monopólica de serviços pelo Estado. Do lado da demanda, o poder comprador não se expressa em termos monetários por parte dos usuários finais, senão mediante um orçamento pactuado com o ente financiador e regulador estatal. Os usuários finais estão representados por agentes, isto é, suas decisões de compra de serviços são delegadas ao ente comprador. Os preços não são preços livres de mercado, já que não são formados pela interação da oferta com a demanda mediante o pagamento direto pelos usuários dos serviços; são preços negociados ou administrados conforme um orçamento fixado pelo Estado. A oferta pode compreender uma variedade de formas de propriedade institucional: estatal, pública não estatal, privada não lucrativa e privada lucrativa, submetidas a certas regras de financiamento (BARTLETT; Le GRAND, 1993).

Em termos do *mix* estatal/privado, os quase-mercados obedecem a duas racionalidades. Quando o prestador continua estatal, a separação de macrofunções e a simulação de preços de mercado, mediante preços negociados ou administrados, têm como objetivo introduzir a competição no âm-

bito estatal para melhorar a eficiência e a qualidade. Quando os prestadores de serviços são públicos não estatais ou privados, os preços administrados substituem os preços livre de mercado, tendo em vista a impossibilidade de o mercado produzir, espontaneamente, um bem público demandado pelo Estado (SOJO, 2000).

Ainda que a instituição dos quase-mercados contemple, de um lado, a separação das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde e, de outro, a internalização de elementos de competição nos sistemas públicos de saúde, em relação a este último componente, predomina uma avaliação desfavorável. Isso pode explicar-se, mais geralmente, pelo próprio desencanto em relação aos mecanismos de competição das reformas sanitárias.

Ham (1997), ao tirar as lições das reformas sanitárias realizadas na Suécia, no Reino Unido e na Holanda, falou de uma desilusão com a competição. Na conclusão de um livro editado pela Organização Mundial da Saúde, que examinou as reformas sanitárias europeias dos anos 1990, Saltman e Figueras (1997), utilizando a metáfora do pêndulo, afirmaram que a introdução da competição nos sistemas públicos de saúde moveu o pêndulo para o polo oposto; e que, posteriormente, isso se inverteu de posições orientadas pelos incentivos de mercado para posições originais da cooperação e da coordenação públicas planejadas. O mesmo desencanto com a introdução da competição nos sistemas de atenção à saúde foi constatado em outros países, como Argentina (ÁLVAREZ *et al.*, 2000), Cingapura (HSIAO, 2000) e Colômbia (JARAMILLO, 1999). Ou seja, especificamente em relação à instituição de quase-mercados, a avaliação dos resultados da competição nos sistemas de atenção à saúde não tem sido positiva.

Como observou Maynard (1993), os sistemas regulatórios usados nos mecanismos de mercado são incompletos ou contraditórios, tendendo a produzir consequências imprevistas, como a aparição de conflitos entre eficiência, eficácia e interesses das pessoas usuárias. Uma avaliação da separação das macrofunções de financiamento e regulação da prestação de serviços de saúde na Catalunha mostrou que não se deu, ali, uma real competição (VÍA, 2001). O mesmo ocorreu no Reino Unido quando se substituiu a competição entre prestadores por mecanismos de cooperação (JORGE, 2001). Bengoa (2001) foi mais enfático quando disse que os países que adotaram a separação das macrofunções de financiamento e regulação da

prestação de serviços não voltaram atrás porque isso funcionou bem, mas, ao contrário, o conceito de competição foi sacrificado e existiu uma clara tendência em falar mais de cooperação que de competição. Ham (1997) concluiu que, se a separação das macrofunções permaneceu enquanto a ênfase na competição reduziu-se, a razão é a possibilidade que aquela separação tem de incrementar a responsabilização e de aumentar a transparência dos recursos utilizados pelos sistemas de atenção à saúde.

Os quase-mercados nos sistemas de atenção à saúde podem ser focalizados de duas formas: como partes de um esforço cooperativo, com base no planejamento de saúde, em um ambiente não competitivo, o que parece ser a tendência; ou como instrumentos de uma seleção informada da parte das pessoas usuárias, em um ambiente competitivo, o que parece ter falhado (SAVAS, 1998).

Em um contexto mais geral, Rice (1968), em livro em que se propôs reconsiderar a economia da saúde, concluiu que o mercado competitivo não apresenta bons resultados no setor saúde porque a opção pela competição nesses sistemas não encontra base firme na boa teoria econômica.

Essa visita à teoria e à prática dos quase-mercados nos sistemas de atenção à saúde não parece indicar que a introdução de elementos de mercado, pela via de mecanismos competitivos – como a possibilidade de livre seleção dos serviços pelas pessoas usuárias informadas –, não tende a aumentar a eficiência e a eficácia desses serviços. O que certamente se aplica à APS.

### 5.3. A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A GOVERNANÇA EM REDES

A teoria do quase-mercado esteve na base do movimento da nova gestão pública que se caracterizou por: responsabilidades claras para a alta gestão, indicadores de desempenho, comportamentos orientados para resultados, desagregação das grandes burocracias, maior autonomia das unidades organizacionais, introdução da competição e de mecanismos de mercado e disciplina orçamentária (HOOD, 1991).

Contudo, muitos pesquisadores mostraram que há grandes diferenças entre a gestão pública e a gestão privada. Uma delas está nas características ambientais que, na gestão pública, conotam noções tais como

democracia política e Estado legal. Outra é que a gestão pública não trata, apenas, de aumentar a eficiência e a efetividade. Os estados democráticos consideram três critérios fundamentais que são democracia, eficiência e racionalidade. Esses critérios apresentam *trade-offs* entre si.

Nas sociedades modernas, um enfoque consequente de gestão pública tem que levar em consideração normas e valores que vão além dos critérios de efetividade e eficiência que dominaram o debate sobre a nova gestão pública e que incorporem a complexidade do ambiente governamental.

Nesse sentido, a gestão pública constitui a governança de redes complexas, formadas por diferentes atores situados nos âmbitos nacional, estadual ou local, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e de pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas. A governança pública é a influência dos processos societários em uma rede de muitos outros coatores de governança. Esses atores têm interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes. O governo não é um ator dominante que pode impor unilateralmente seus desejos. Assim, estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam em uma rede. Os estilos de gestão e coordenação monocêntricos e monorracionais, portanto, não se adequam às redes (KICKERT; KOPPENJAN, 1999).

A governança em redes requer uma percepção diferente de gestão pública mais ligada ao funcionamento externo do setor público e de sua legitimidade. Nesse sentido, a gestão em redes pode ser vista como a promoção de ajustes mútuos dos comportamentos de atores com objetivos diversos para enfrentar problemas dentro de um quadro de relações interorganizacionais.

Há três fatores essenciais na gestão em redes: intervenção em um determinado padrão de relações para reestruturar as relações em redes, construção de condições para a colaboração por meio da formação de consensos e solução conjunta de problemas. Os fatores que mais influenciam a gestão em redes são o número de atores, a diversidade dentro da rede, a natureza da rede, os conflitos de interesse, o custo da gestão em redes, o contexto político e social, a liderança e as habilidades (KICKERT; KOPPENJAN, 1999).

As organizações contemporâneas estão buscando respostas aos seus desafios. Uma delas tem sido a adoção crescente de estratégias colaborativas. Isso se passa no setor privado e no setor público.

Em relação ao Estado, há um movimento de criação de uma administração pública diferente, inserida em um mundo complexo, conectado e caracterizado por contornos difusos entre setores distintos, com múltiplas formas e estilos de representação. Como consequência, valores como eficiência e efetividade continuam pautando as relações, porém incluem aspectos como democracia, cidadania, participação, respeito às singularidades das diferentes comunidades que constituem a sociedade moderna. Compreender como os atores se compõem para produzir de maneira colaborativa – ou seja, pela construção de consensos, bens e valores públicos – é um desafio do Estado contemporâneo. Historicamente, não foi ou não tem sido assim em diferentes concepções, como o Estado feudal, o Estado patrimonialista, o Estado absolutista, o Estado liberal, o Estado regulador e o Estado neoliberal (MILAGRES *et al.*, 2016).

A visão de Estado neoliberal fez surgir a gestão pública por resultados que busca a reinvenção do governo, a profissionalização da gestão, a fixação em resultados e a introdução de práticas da gestão privada no setor governamental (OSBORNE; GLAEBER, 1994; PEREIRA, 1998; TROSA, 2001).

O questionamento à proposição da nova gestão pública tem sido crescente e baseado em várias razões: ela não dá conta das contradições colocadas pelos conflitos sociais; esse Estado despolitizado restringe suas decisões estratégicas aos administradores; e ela deslegitima o poder dos representantes políticos e dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas.

Uma corrente alternativa à nova gestão pública, com forte inserção nos países escandinavos, propõe que as políticas públicas resultem de processos de gestão que não podem ser exclusivos dos governos, mas devem resultar da negociação entre vários atores governamentais e não governamentais que atuam por meio de arranjos não hierárquicos entre agentes públicos, semipúblicos e privados. Daí emerge a proposta de governança em redes que funciona por meio da colaboração entre diferentes atores em situação (KLINJ, 2008).

A teoria da governança em redes não pressupõe o fim de outras formas de atuação do Estado porque não se adequa a setores como gestão dos impostos e da segurança pública e a países com baixo grau de desenvolvimento democrático. Contudo, ela certamente se aplica à gestão sistemas de atenção à saúde, bem como a outros setores sociais (TORFING *et al.*, 2012).

Esse conjunto de características que compõe a rede convoca uma forma singular de governança coerente com as necessidades de um ambiente colaborativo, a governança colaborativa que implica: um conjunto de instrumentos que permite a coordenação dos atores envolvidos na rede; um processo de barganha entre as organizações participantes da rede e de seus respectivos gestores, cada qual considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais; um conjunto de processos de tomada de decisão e de controle que viabiliza a execução de políticas; o exercício de poder e autoridade, mas principalmente com o exercício da influência e da negociação; regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados; o uso de diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros; as regras, os procedimentos e as normas são construídos ao longo do tempo por meio de um processo de aprendizagem incremental; uma estrutura em mutação que pode variar conforme o contexto que a envolve e com a alteração de percepção dos agentes que dela fazem parte; o estabelecimento de novos processos que medeiam a relações entre as pessoas e as organizações, o que pressupõe mudanças nos comportamentos dos agentes; o uso de tecnologia de informação e comunicação que permita organizar a informação que circula entre os atores e as organizações; uma disponibilidade de troca de informações entre os atores e as organizações; o uso de modelos de gestão de desempenho para acompanhamento das atividades individuais e coletivas que impactam os resultados pretendidos; o envolvimento de pessoas que tenham habilidades de negociação, coordenação e facilitação de processos; o uso de processos de decisão que não são necessariamente hierárquicos, mas que visam promover a interação e o empoderamento dos envolvidos; e, na perspectiva do Estado, sua ação não é marcada necessariamente por mudanças no conteúdo de suas políticas e sim pela modificação de sua forma de atuar (MILAGRES *et al.*, 2016).

A partir de elementos antecedentes, há que se iniciar a estruturação da governança colaborativa por meio de contratos que contenham regras, normas, cláusulas, estabeleçam limites, responsabilidades e direitos. Além disso, é preciso definir a estrutura de coordenação que estabelece como,



com que responsabilidades e quem ficará encarregado de gerir e coordenar as redes e a governança processual.

#### 5.4. A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para garantir a governança em redes, há que se instituírem mecanismos mais ou menos formais entre o ente regulador/financiador e os entes prestadores de serviços por meio de processos de contratualização.

O sistema de atenção à saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou, segundo a teoria dos jogos, deve-se buscar uma solução colaborativa que produza um excedente cooperativo (COOTER; ULEN, 1988). A melhor forma de negociar e acordar é por intermédio de contratos firmados entre partes diferentes.

O contrato coloca juntas duas ou mais entidades legais, entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas. Ele pode ser definido como o acordo entre dois ou mais agentes econômicos por meio do qual eles se comprometem a assumir ou a renunciar, ou a fazer ou a não fazer, determinadas coisas (PERROT *et al.*, 1997). O contrato é, pois, uma aliança voluntária entre duas ou mais partes.

Além de dar uma base formal para a separação das macrofunções de regulação/financiamento da prestação de serviços de saúde, o crescente interesse pelos contratos entre entes reguladores e financiadores e prestadores de serviços de saúde é atribuído ao desapontamento com os padrões alocativos dos recursos dos sistemas gerenciais hierárquicos, normalmente vigentes nas organizações estatais.

Na governança hierárquica, diferentemente da governança em redes, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala de hierarquias da organização. Na ordem hierárquica, o meio para garantir a obediência é o uso do poder hierárquico efetivado pelos gestores. Na governança em redes, a coordenação é realizada por meio da colaboração entre os gestores interdependentes

em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas; e os meios para a realização da obediência nas redes são mais complexos do que nas hierarquias, pois as redes dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em colaboração, confiança e reciprocidade (WILLIAMSON, 1985; MENDES, 2019).

As organizações estatais hierarquicamente rígidas, operando com os modelos de governança hierárquica, assentada nos tradicionais sistemas de comando e controle, são, muitas vezes, capturadas pelos interesses dos prestadores de serviços e de suas burocracias, tornando-se incapazes de focalizarem-se nos seus sujeitos, os cidadãos.

Por isso, alguns analistas têm defendido a necessidade de um acordo de longo prazo entre financiadores/reguladores e prestadores de serviços de saúde por meio de um enfoque que se distancia do orçamento convencional das instituições estatais e dos mecanismos de mercado, o que foi denominado por Ham (1996) de enfoque da contestabilidade, entendido como o questionamento claro e permanente sobre o quê, o porquê e o como os serviços de saúde devem ser prestados. O instrumento no qual se assenta esse novo enfoque é o contrato entre a instituição reguladora/financiadora e as instituições prestadoras de serviços.

Ao estabelecer a relação contratual, ainda que dentro da mesma instituição estatal, destrói-se a lógica hierárquica e institui-se uma relação dialógica pela via do contrato, uma norma negociada. Na relação contratual, não haverá mais um lado que manda e outro que obedece e um lado que pensa e outro que executa. O princípio da autoridade se mantém, mas em outra dimensão: a capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialógicamente com outros níveis organizacionais, de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos bilaterais. Os sistemas convencionais de controle baseados na posição hierárquica, nos princípios da externalidade do controle e do controle da exceção e dos erros humanos movem-se para o conceito de governança, no qual se agregam aos sistemas convencionais de controle, o controle interno e o autocontrole.

Trosa (2001), analisando a introdução dos mecanismos contratuais nas organizações estatais, fala em espírito do contratualismo, algo que supera uma visão mais estreita do contrato como instrumento jurídico e se consolida como uma nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança

do sistema de relações entre entes contratadores e entes contratados que passa a se reger pelo princípio da parceria.

Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são: um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, ganhos e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e, sobretudo, a construção do sentido de responsabilização ou *accountability*.

O contrato exige uma relação bilateral entre o lado da demanda, o ente contratador ou comprador dos serviços – que atua como agente das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde, indivíduos e famílias – e o lado da oferta, os entes prestadores de serviços de saúde.

Do lado da demanda, o ente regulador/financiador institui-se como uma organização monopsônica, fortalecendo-se perante os prestadores; e, do lado da oferta, é necessário que os entes prestadores de serviços adquiram uma autonomia administrativa que os permita fazer as decisões com a liberdade necessária para cumprir o que foi acordado no contrato (REHNBERG, 1997).

Assim, quando o ente contratado é um terceiro, distinto do ente contratador, não há problema, a não ser em casos de entes estatais; ao contrário, quando o ente contratado é um prestador de serviços subordinado à organização contratadora, é desejável que se estabeleça alguma forma de incremento da autonomia da gestão desse prestador de serviços.

A introdução de mecanismos de contratação nos sistemas públicos de saúde não necessita estar, necessariamente, associada a políticas de desestatização dos entes estatais prestadores de serviços de saúde, com sua transformação em entes públicos não estatais ou em entes privados. No entanto, parece haver evidência de que os mecanismos de contratação têm maior eficácia quando são referidos por uma política maior de reforma do Estado, da qual devem ser casos particulares.

Os propósitos gerais de um contrato são: coordenar as atividades das partes de modo a assegurar a produção de um excedente cooperativo; distribuir os frutos da cooperação; e garantir que os compromissos sejam cumpridos. Para atingir esses propósitos, as partes estão obrigadas a adotar regras de comportamento aceitas de comum acordo.

n. 38

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de atenção à saúde: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidades aos gerentes locais; permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde; dão maior consequência ao planejamento estratégico das instituições ao exigir um maior empenho em atingir os produtos contratados; incentivam a criação e a utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais; melhoram a gestão da clínica; permitem uma melhor focalização nos interesses da população; e tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social (SAVAS *et al.*, 1998).

Por outro lado, os sistemas de contratação podem determinar, pelo menos, duas consequências indesejadas que é necessário ter presente para impedir que se manifestem. Uma primeira é o aumento exagerado dos custos de transação dos sistemas de atenção à saúde. Foi o que aconteceu no Reino Unido, no início do processo de reforma do Serviço Nacional de Saúde, em que chegou a haver 3.800 entes contratantes, especialmente médicos gerais, com um incremento significativo dos custos de transação, o que obrigou, em um segundo momento, a reduzir fortemente o número desses entes, agrupando os médicos gerais em grupos (JORGE, 2001). A mesma situação se passou na Colômbia em que os custos de transação decorrentes da introdução de um sistema singular de quase-mercados, baseado na competição gerenciada, atingiram um valor muito alto, colocando em xeque a solvência do sistema de atenção à saúde daquele país (JARAMILLO, 2001); de forma similar, também ocorreu na Argentina, com o incremento incontrolado da intermediação no sistema de atenção à saúde por inúmeras obras sociais (SOJO, 1997).

Uma segunda, a possibilidade de aumentar a fragmentação do sistema de atenção à saúde quando se fazem contratos, separadamente, com hospitais, ambulatórios especializados, unidades de APS, laboratórios e outras unidades etc. Esse parece ter sido o caso da Espanha, em que a contratação isolada de hospitais e de unidades de APS aumentou a incomunicação entre esses pontos de atenção à saúde e incrementou a fragmentação do sistema (VÍA, 2001). Contudo, a fragmentação não é inerente aos mecanismos de contratualização porque, no Reino Unido, a instituição de grupos de médicos generalistas como agentes de contratação de todos os serviços de atenção secundária e terciária aumentou a integração do sistema de atenção

à saúde (BOADEN, 1997). Uma forma de evitar a fragmentação é contratar uma série de pontos de atenção à saúde que propiciem uma assistência contínua por meio das RAS (MENDES, 2011).

Os contratos devem conter um conjunto de cláusulas essenciais que envolvem a definição dos produtos, a escolha e a organização dos recursos, a coordenação no tempo e no espaço, o sistema de garantias, o sistema de monitoramento e avaliação, o sistema de pagamento e o sistema de incentivos (BROUSSEAU, 1993).

n. 38

#### \_\_\_\_\_ **A definição dos produtos**

As partes devem definir os objetivos de sua aliança e os produtos que, dela, se esperam, no caso, quais os serviços de saúde que serão prestados a uma população. Essa definição deve ser feita da forma mais precisa possível, por meio de indicadores quantitativos e qualitativos e suas formas de mensuração ou qualificação. A explicitação dos produtos deve englobar indicadores de produção, de produtividade, de qualidade dos serviços de saúde e de satisfação da população.

#### \_\_\_\_\_ **A escolha e a organização dos recursos**

As partes devem especificar quais os recursos que serão utilizados, por cada uma delas, para atingir os objetivos do contrato e definir como estes recursos serão gerenciados.

#### \_\_\_\_\_ **A coordenação no tempo e no espaço**

Não basta definir os produtos e os meios de produção porque há que indicar quando e onde os produtos serão disponibilizados. Os contratos, por representarem uma mudança cultural profunda, devem ter um período de vigência maior que permita construir uma relação solidária (JORGE, 2001).

#### \_\_\_\_\_ **O sistema de garantias**

O sistema de garantias defende cada parte contra o comportamento oportunístico da outra e deve ser entendido como uma forma de dissuasão entre as partes. Para que esse sistema seja eficaz, a penalização deve ex-

ceder os benefícios que derivariam do comportamento oportunista de cada uma das partes e cobrar um valor justo pela desistência do contrato.

#### \_\_\_\_\_ **O sistema de monitoramento e avaliação**

Os produtos definidos e transformados em indicadores quantitativos e qualitativos devem ser checados com uma periodicidade predeterminada por controladores externos e internos e devem estar submetidos, quando couber um contrato legal, às normas e foros jurídicos estabelecidos de comum acordo. A avaliação far-se-á sobre indicadores de estrutura, processo e de resultado, entendidos como etapas de uma mesma cadeia lógica de objetivos (TANAKA; MELO, 2001).

#### \_\_\_\_\_ **O sistema de pagamento**

A forma de pagamento dos prestadores de serviços de saúde pelo ente contratante deve estar claramente definida no contrato e pode obedecer a diferentes formas. Nesse sentido, deve-se buscar transitar de sistemas de pagamento por volume (*fee-for-volume*) para sistemas de pagamento por valor (*fee-for-value*), ainda que a experiência indique uma tendência de operar com sistema híbrido composto por mais de uma modalidade de pagamento (MENDES, 2019).

#### \_\_\_\_\_ **O sistema de incentivos**

O sistema de incentivos é um dos elementos mais decisivos em um contrato e deve assegurar o equilíbrio entre as contribuições e as retribuições por meio de recompensas e penalidades, coerentes e claras, para as partes. Para que as relações contratuais funcionem adequadamente, algumas condições são necessárias: a existência de uma cultura de resultados nas instituições; o consenso político em relação ao modelo de separação das macrofunções de regulação/financiamento e de prestação de serviços de saúde; a clareza dos objetivos do sistema de atenção à saúde e sua inserção no conteúdo do contrato; a existência de sistemas de informações gerenciais que permitam monitorar e avaliar os produtos acordados no contrato; a disponibilidade de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos

nas instituições contratante e contratada; o sistema de remuneração dos serviços confortável para os prestadores; a oferta dos serviços a serem contratados disponíveis por parte dos prestadores de serviços; a autonomia de gestão dos prestadores de serviços compatível com o alcance dos produtos contratados; e a capacidade dos prestadores de assumir riscos (VÍA, 2001).

Há diferentes tipologias de contratos nos sistemas de atenção à saúde. Todavia, há uma que tem mais utilidade prática e que consiste em categorizá-los em contratos endógenos e contratos exógenos. Essas categorias têm sido também denominadas, alternativamente, de contratos suaves e contratos duros (SAVAS *et al.*, 1998).

Os contratos endógenos são aqueles em que os entes contratante e contratado são instituições estatais. Há, aqui, duas possibilidades: em uma, os entes prestadores de serviços estão subordinados ao ente contratante (uma Secretaria Estadual de Saúde faz um contrato com seus hospitais próprios); e, em outra, os entes contratante e contratados pertencem a organizações estatais distintas (uma Secretaria Municipal de Saúde faz um contrato com um hospital da Secretaria Estadual de Saúde). Em ambos os casos, não há uma política de reforma do Estado de desestatização dos entes prestadores de serviços de saúde e, por consequência, não se estabelece uma relação jurídica formal porque o ente prestador não é uma unidade autônoma, do ponto de vista legal. Nos contratos endógenos, está-se diante de um contrato moral, e não de um contrato legal, por isso, têm sido denominados de acordos de serviços (ENGLAND *et al.*, 1997), de termos de compromisso ou de quase-contratos (SOJO, 2000) porque esses contratos não dispõem de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos. A autonomia jurídica do ente prestador é substituída pelo conceito de centro de responsabilidade, entendido como um centro prestador de serviços que entra em uma via contratual com sua tutela, sem mudar sua natureza jurídica estatal (TROSÁ, 2001). Assim, foram os contratos realizados na Costa Rica e no Reino Unido. Contudo, na Nova Zelândia, há uma lei que deu aos contratos endógenos força legal (FERLIE *et al.*, 1996).

Os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas. É o caso dos contratos entre um Ministério da Saú-

de ou uma Secretaria Estadual de Saúde e Organizações Sociais (OS), e entre uma Secretaria Municipal de Saúde e hospitais filantrópicos. Nos contratos exógenos, configura-se uma terceirização dos serviços. Eles têm força legal, e os entes contratados são instituições portadoras de autonomia administrativa e jurídica e, portanto, em capacidade para formalizar e responsabilizar-se, moral, administrativa e juridicamente, pelo que foi pactuado nos contratos. Nesse caso, aplica-se, mais, a expressão contrato de gestão.

Sistemas de contratualização têm sido aplicados em diferentes países com bons resultados. Como exemplo, podem-se mencionar os contratos hospitalares da Catalunha, Espanha (CONSÓRCIO DE SAÚDE E SOCIAL DA CATALUNHA, 2020). A Lei de Planejamento em Saúde da Catalunha, em 1990, criou o atual sistema de saúde catalão que, por sua vez, instituiu o Serviço de Saúde da Catalunha (CatSalut). O CatSalut forma um mercado de concorrência planejada e regulamentada, baseado em duas partes principais: primeiro, na separação das funções de financiamento e compra de serviços de saúde de sua produção; e, segundo, no uso de dois elementos essenciais, que são os instrumentos de planejamento (Plano de Saúde da Catalunha e Mapa sanitário) e o contrato. De acordo com essas competências e responsabilidades, o CatSalut tem a possibilidade de escolher um fornecedor em entidades ou fornecedores públicos dentro de uma rede pública de assistência médica e dentro do conceito de mercado regulamentado. O modelo estabelece um sistema dividido entre a entidade que contrata serviços, CatSalut, e um conjunto de prestadores de serviços compostos de centros próprios e centros subsidiados. O CatSalut estabelece contratos com todos os centros para a prestação dos serviços necessários aos objetivos de melhoria da saúde e atendimento às demandas dos cidadãos, garantindo a melhor qualidade de serviço dentro da estrutura dos recursos disponíveis e em defesa dos seus interesses.

Os sistemas de contratualização, para serem efetivos, implicam uma relação equilibrada entre contratantes e contratados e uma boa capacidade de gestão de contratos da parte dos entes contratantes. Esse é um ponto fundamental para os processos de contratualização eficazes. Não raro, quando os entes contratantes apresentam baixa capacidade de gestão em relação aos entes contratados, manifesta-se um desequilíbrio nos contratos que gera significativas ineficiências. O resultado pode ser que o ente contratado



imponha seus interesses particularistas aos entes públicos contratantes, o que pode significar alguma forma de apropriação patrimonialista. Por consequência, é imprescindível que os entes contratantes disponham de uma capacidade de gerenciar bem os contratos com a finalidade de garantir seu caráter público.

Assim, uma reforma da APS que busque ampliar de forma incisiva a contratação de entes públicos não estatais para a prestação desses serviços pode representar uma ameaça porque esses contratos são, por natureza, feitos pelos municípios por meio das Secretarias Municipais de Saúde em um país que tem 5.572 municípios com uma enorme diversidade de padrões gerenciais. Certamente, em um universo tão grande de municípios de diversos tamanhos, de diversas populações e de diversas capacidades gerenciais como o Brasil, uma reforma radical de tipo *big-bang* para aprofundar as Parcerias Público-Privadas (PPP) pode gerar consequências muito negativas para a APS do SUS que, como se viu, tem produzido bons resultados sanitários para a população brasileira. Além disso, tal como ocorreu no Reino Unido, haverá um incremento enorme dos custos de transação, o que lesa o princípio da eficiência (JORGE, 2001).

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

---

ARRANJOS  
ORGANIZATIVOS  
PARA A  
PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE  
SAÚDE NA APS

---



## 1. OS MODELOS DE GERÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Em geral, as normas que regem o setor público brasileiro são inadequadas porque foram impostas discricionariamente e construídas por uma concepção de controle do processo, e não do resultado. Isso colide com a racionalidade da ação estatal no campo social que, por convocar uma ação direta ou na garantia de serviços à população, exige menos burocracia e mais resultados tangíveis; o que tem levado a novas alternativas jurídico-institucionais para o atendimento às demandas da população, especialmente nos setores de saúde e educação.

No setor saúde, a normativa constitucional de direito de cidadania e de dever de Estado a ser instrumentalizada pelo SUS gerou uma forma de governança inovadora por meio de colegiados interfederativos e pelo controle social, organizada em RAS, e ao surgimento de um sistema de prestação de serviços à população, diretamente ou por meio de parcerias com o setor privado e, por consequência, a diferentes modelos de gerência das organizações de saúde.

O termo modelos de gerência corresponde aos formatos jurídico-administrativos que podem ser utilizados pelo poder público para assegurar a prestação de serviços de saúde à população. Ele engloba as formas de atuação direta do poder executivo, por meio de seus órgãos e entidades públicas da administração direta e indireta, bem como as formas de atuação estatal indireta, por intermédio de terceiros, pela compra de serviços no mercado ou celebração de acordos de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos. Esses modelos, por seu turno, dividem-se em modelos de gerência de prestação direta e em modelos de

gerência de prestação indireta. Nos modelos de gerência de prestação direta, a prestação de serviços públicos faz-se por meio de organização estatal instituída por lei ou mediante autorização legal especial para o exercício de competências públicas por um órgão da administração direta ou por um ente descentralizado da administração indireta. Os modelos de gerência de prestação indireta de serviços públicos caracterizam-se pelo fato de a ação pública ocorrer por meio da celebração de contrato ou outro tipo de ajuste com terceiros no sentido de garantir a prestação de serviços aos cidadãos. Nesse caso, o que se gerencia não é o exercício da competência expressa na prestação de serviços aos cidadãos; mas, sim, o contrato e os resultados que ele deve produzir. Quando o Estado cria relações contratuais com agentes sociais ou de mercado para alcançar objetivos públicos, não se dá uma descentralização de competências públicas nem delegação de poderes aos entes particulares. Dessa forma, a celebração de contratos de entes estatais com entes particulares deve se dar quando a compra de serviços ou de produtos de terceiros mostrar-se mais eficiente ou adequada para o interesse público que a prestação direta dos serviços pelos órgãos estatais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

## 2. A ADMINISTRAÇÃO DIRETA

A administração direta é o conjunto de órgãos do ente federado diretamente subordinados ao chefe de cada poder. Os órgãos da administração direta não têm personalidade jurídica própria. Sua personalidade jurídica é a da União, do estado ou do município. São criados por lei para auxiliar o chefe do poder e regem-se, integralmente, pelo regime jurídico de direito público. A Constituição Federal diz que há funções que são privativas da administração direta e não podem ser descentralizadas para entes públicos a ela vinculados nem a terceiros, tais como: funções de direção superior de planejamento, supervisão, coordenação e controle; e funções normativas como definição de normas, programas e princípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

### 3. A ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

A administração indireta é composta por entidades administrativas, dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, criadas mediante lei específica, para o exercício de finalidade e competências descentralizadas. Essas entidades podem ser de direito público (autarquia, fundação pública de direito público e associação pública) ou de direito privado (empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública de direito privado). As entidades da administração indireta de direito público ou privado estão vinculadas ao órgão da administração direta responsável pela área de competência na qual ela se insere, para fins de coordenação e supervisão política e administrativa. A administração indireta compõe-se de autarquia, fundação pública de direito privado, fundação pública de direito público, consórcio público, empresa estatal e serviço social autônomo (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

A fundação pública de direito privado é um ente público com personalidade jurídica própria criada por autorização legislativa para desenvolver atividades não exclusiva de Estado no campo social. Apresenta autonomia administrativa, patrimônio gerido pelos órgãos de direção e operação custeada por recursos públicos diretos do tesouro da organização que a instituiu ou de outras fontes. Além disso, tem a força de trabalho provida por concurso público, observa os preceitos públicos de compras e contratos e submete-se à fiscalização dos órgãos de controle interno e externo do poder executivo. As normas do direito privado se aplicam ao regime do pessoal que é celetista, à remuneração do pessoal, ao pagamento e execução de seus créditos e aos direitos e obrigações civis, comerciais e tributárias.

A fundação pública de direito público, instituída por lei específica, é pessoa jurídica de direito público cuja finalidade e competências exigem o exercício conjugado de atividades administrativas e serviços públicos privativos com atividades e serviços públicos não privativos, de natureza social. Seu regime jurídico administrativo, de pessoal, patrimonial, orçamentário, financeiro, fiscal e tributário é o mesmo das autarquias, usufruindo das mesmas prerrogativas processuais. Diferem das autarquias por serem instituídas apenas em áreas sociais, para o exercício de atividades privativas ou não.

O consórcio público é a entidade pública sem fins lucrativos instituída por dois ou mais entes federados para a consecução de competências públicas por eles descentralizadas por lei. Ele pode ser instituído como uma autarquia interfederativa, a associação pública; ou como pessoa jurídica de direito privado. O âmbito de atuação do consórcio público corresponde à soma dos territórios dos municípios ou estados consorciados, independentemente de a União figurar como associada. Quando for instituído como consórcio público de direito privado, deve ser autorizado pelas leis dos entes federados instituidores, e sua personalidade jurídica é adquirida pela obediência dos postulados da legislação civil. Tanto os consórcios públicos de direito público quanto os consórcios públicos de direito privado devem obedecer a algumas regras: regime de pessoal celetista, recursos financeiros e patrimônio obtidos por contratos de rateio entre os seus membros, capacidade de recepção de servidores públicos cedidos pelos seus entes instituidores, observação da legislação federal de compras e contratações (Lei nº 8.666/1993), coordenação e supervisão dos entes instituidores de forma compartilhada e por meio de instância colegiada superior, assembleia geral como instância máxima de governança e controle pelos Tribunais de Contas.

A empresa estatal é uma pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, controlada direta ou indiretamente por ente da federação, que execute serviços públicos ou explore atividade econômica caracterizada pela produção ou comercialização de bens ou pela prestação de serviços em geral. É uma figura jurídica própria para a exploração direta de atividade econômica pelo Estado. Integra a administração indireta do ente federado que detenha o seu controle, vinculada ao órgão da administração direta responsável pela sua área de atuação para fins de orientação, coordenação e supervisão. A empresa estatal é criada por autorização legislativa específica e procedimentos do Código Civil: registro do estatuto social na Junta Comercial. Seu estatuto social é publicado por decreto, com base na lei autorizativa. A empresa estatal pode ser constituída como empresa pública ou sociedade de economia mista.

O Serviço Social Autônomo constitui um modelo de gerência, e não uma forma jurídica. É uma pessoa jurídica criada ou prevista por lei como entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical e atua no âmbito da relação econômica, capital e trabalho e

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

compõe o tradicional Sistema S. Seu objetivo é prestar assistência ou ensino a certas categorias sociais ou grupos profissionais. Pode assumir o formato de fundação, associação ou formato jurídico especial. Sua criação decorre de lei federal que o institui ou autoriza sua criação.

#### **4. MODELOS DE GERÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA**

As formas mais usuais de cooperação público-privada são aquelas previstas pela legislação, mas que se estabelecem por ato infralegal. Nelas, a decisão de celebrar ou não uma parceria é do próprio poder executivo, sem necessidade de autorização legal específica, devendo, sempre, ser motivada. Os principais modelos de cooperação entre órgãos e entidades públicos e associações ou fundações privadas, previstos na legislação federal, são: qualificação de entidades civis como OS, para fins de fomento e parceria (Lei nº 9.637, de 1998); qualificação de entidades civis como delegatárias de águas, para exercício de atividades de agências de águas (Lei nº 9.433, de 1997); qualificação de entidades civis como Organizações da Sociedade Civil sem Fins Lucrativos (Oscip), para fins de fomento e parceria (Lei nº 9.790, de 1999); qualificação de fundações civis em fundações de apoio a instituições públicas federais de ensino superior e de pesquisa (Lei nº 8.958, de 1994); e celebração de convênios com entidades civis (Lei nº 12.309, de 2010). Quando o poder executivo qualifica uma associação ou fundação privada sob o modelo de OS, agência delegatária de águas, Oscip ou fundação de apoio, o objetivo é ampliar a sua capacidade de regulação, especialmente por meio do aumento da oferta de serviços sociais à população e de realização indireta de outras atividades de interesse público. As OS, as agências delegatárias de águas e as fundações de apoio são modelos de qualificação direcionados a parcerias de longo prazo, para a realização de atividades de interesse público de natureza continuada. O modelo de qualificação de Oscip foi concebido para facilitar e agilizar as relações de cooperação entre o poder público e as entidades civis, na realização de projetos específicos de curta ou média duração e, portanto, não contempla a preocupação com a cogestão, e, sim, com as formas de eleição dos projetos e das respectivas entidades parceiras (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).



OS é uma concessão do poder público a uma associação ou fundação privada, regida exclusivamente pelo Código Civil e instituída por particulares, para a celebração de relação de parceria e fomento para a realização de atividade de interesse público, de longo prazo. As OS operam segundo algumas exigências estatutárias que envolvem a renúncia ao seu patrimônio em caso de extinção ou desqualificação e a autorização estatutária para a participação majoritária de representação do poder público e da sociedade civil em sua instância superior de decisão. No âmbito federal, não foram criadas muitas OS, mas, no âmbito dos estados e dos municípios, elas proliferaram com sua utilização principalmente no setor saúde. Muitos estados e municípios editaram leis próprias de OS que, mantendo a estrutura de base da lei federal, criaram conteúdos singulares. De tal forma que, contemporaneamente, as OS são diferentes modelos de parcerias público-privada. O que é comum é o fato de serem de títulos públicos outorgados pelos poderes executivos dos entes federativos, por autorização dos seus respectivos poderes legislativos, a entidades civis sem fins lucrativos, mediante comprovação de cumprimento de requisitos estatutários, exigidos em lei, com o objetivo de, com elas, estabelecer parcerias, em geral de médio e longo prazo, para provimento de benefícios sociais à população. O contrato de gestão é o ajuste que se faz entre o poder público e a OS para iniciar a relação cooperativa público-privada. Nesse contrato, são definidas as atribuições, as responsabilidades e as obrigações das partes; são especificadas as metas de desempenho e dos resultados a serem alcançados pelas OS; e é estabelecida a previsão da quantidade dos recursos públicos a serem pagos às OS. Para que o modelo de OS funcione adequadamente, são necessárias algumas condições: capacidade para planejar e definir políticas públicas; capacidade para definir e regular as parcerias; fazer as escolhas de gestão adequadas aos serviços prestados; não se tornar refém da parceria; capacidade do poder público de definir a demanda, negociar o contrato, acompanhar, avaliar e fiscalizar o alcance dos resultados contratados; e existência, na sociedade civil, de entidades com capacidade financeira, técnica e operativa para se tornar parceiras do poder público; e representação do poder público e da sociedade civil em sua instância superior de decisão.

A Oscip é um título concedido pelo poder executivo a uma entidade civil sem fins lucrativos, criada por particulares, que atue nas áreas da segu-

ridade social. O título é uma pré-qualificação ou pré-habilitação da entidade civil para o estabelecimento de relações de parceria com o poder público, no desenvolvimento de atividades ou projetos de interesse público, nas áreas de assistência social, cultura, saúde, segurança alimentar e nutricional, proteção e preservação do meio ambiente, promoção do desenvolvimento sustentável, econômico e social e direitos humanos, entre outros. Os objetivos das Oscip são: permitir o acesso à qualificação como Oscip pelas associações voltadas para finalidades públicas que não tinham acesso a nenhum benefício ou título; dar agilidade aos procedimentos para a qualificação por meio de critérios objetivos e transparentes; incentivar e modernizar a realização de parcerias entre Oscip e órgãos governamentais, por meio de novo instrumento jurídico – o termo de parceria – voltado para a avaliação de resultados; e implantar mecanismos efetivos de controle social.

A Fundação de Apoio é um título de apoio federal conferido pelo governo federal a uma fundação civil criada por particulares por meio de seus próprios recursos, segunda a normativa do Código Civil. Foi instituída pela Lei nº 8.958, de 1994, que autoriza as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica a contratarem fundações de apoio com dispensa de licitação por prazo determinado. A fundação de apoio objetiva dar suporte a projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico, mas, principalmente, ao desenvolvimento da inovação. A fundação de apoio deve: observar a legislação federal que rege as normas para licitações e contratos da administração pública concernentes à contratação de obras, compras e serviços; prestar contas dos recursos públicos aplicados aos órgãos financiadores; submeter-se ao controle finalístico e de gestão pela instituição de ensino superior; e submeter-se à fiscalização da execução dos contratos pelo Tribunal de Contas da União e pela Controladoria-Geral da União. Alguns estados criaram fundações de apoio estaduais.

As PPP, instituídas pela Lei nº 11.079, de 2004, constituem contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. São, portanto, contratos assinados entre entes públicos e privados pelos quais a instituição privada presta certos serviços à instituição pública. Há algumas condições para que a PPP seja instituída: a prestação de serviços deve durar entre 5 e 35 anos; o valor do contrato não pode ser inferior a R\$ 20 milhões; e não devem ser realizados contratos cujos objetivos forem

fornecimento de mão de obra, fornecimento e instalação de equipamentos e execução de obras públicas. A PPP pode ser precedida pela construção, ampliação, melhoria ou manutenção de infraestrutura pública. As PPS podem ser utilizadas em rodovias, em saneamento, em presídios e em unidades de saúde. Há duas categorias de PPP: a administrativa e a patrocinada. A PPP administrativa é aquela em que o pagamento ao ente privado prestador de serviços provém, exclusivamente, do ente público. Na PPP patrocinada, caracterizada pela contraprestação pecuniária do parceiro privado ao parceiro público, uma parte do pagamento vem dos recursos públicos, mas uma outra parte é pagamento direto do bolso das pessoas usuárias. Os contratos de PPP são marcados pelo arbitramento de riscos entre as partes (MARQUES NETO, 2017). Há, no Brasil, mais de 2.600 PPP, mas na área de saúde, há somente 70, menos de 3% do total, e apenas 11 contratos assinados (LOT-TENBERG, 2020).

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

## **5. A APS NO SUS E OS ARRANJOS ORGANIZATIVOS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

É preciso lembrar que a prestação de serviços de APS no SUS é competência dos municípios. No entanto, há, como se viu, várias possibilidades de arranjos organizativos para a prestação de serviços na APS de nosso sistema público de saúde.

Sem dúvidas, a forma mais prevalente é da prestação estatal pela administração direta. Nesse modelo, as equipes de saúde são compostas por profissionais estatutários, e os demais itens de despesas fazem parte dos orçamentos públicos.

Isso já coloca uma questão importante ao analisar as alternativas de arranjos organizativos na APS que é a relativa estabilidade dos servidores públicos municipais. Existe um grande estoque de servidores públicos municipais da administração direta, o que limita as possibilidades de implantação de novos arranjos organizativos de administração indireta. Ou seja, uma política de substituição massiva de servidores municipais para formas de administração indireta será muito difícil de ser implementada. Isso não elimina a possibilidade de adotar esses novos arranjos organizativos em movimentos de expansão das novas equipes de cuidados primários, porém os limita.

Além disso, há que se analisar o pressuposto que sustenta a adoção de arranjos organizativos que envolvem parcerias entre os setores públicos e privados e que é a maior eficiência desses novos arranjos. É o que se manifesta na afirmação de que esses arranjos indiretos não são só diferentes, mas muito mais eficientes (LOTTENBERG, 2010). Essa premissa tem sido contestada.

Como exemplos, entre outros, uma das melhores experiências de APS no SUS no Brasil, seja em termos de eficiência, seja em termos de qualidade dos serviços prestados, está no município de Curitiba, Paraná. Pesquisa do Banco Mundial feita em 2006 mostrou que a APS de Curitiba, ofertada por servidores estatutários, com exceção dos ACS, esteve na melhor posição entre 11 grandes cidades brasileiras em termos de resultados sanitários. A estabilidade no trabalho, aliada a incentivos de desenvolvimento da qualidade, explicaram, em boa parte, esses resultados (WORLD BANK, 2006).

Outra pesquisa comparou o desempenho das quatro capitais da Região Sudeste na APS (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória), nos anos de 2009 a 2014, em relação a 13 indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas 2013-2015. Duas capitais recorreram a OS (Rio de Janeiro e São Paulo) e duas mantiveram a prestação por meio da administração direta (Belo Horizonte e Vitória), configurando modelos distintos de gerência da APS. Dados secundários de acesso livre e pesquisa em sítios eletrônicos subsidiaram a caracterização das cidades e o seu desempenho em APS. A caracterização foi baseada em dados demográficos e socioeconômicos, modelo de gestão da APS, gastos com saúde e APS, importância do Fundo de Participação Municipal no orçamento e percentual de despesas do Poder Executivo com pessoal. A análise comparativa do desempenho considerou o ano de 2014 e a evolução de cada capital no período analisado. As capitais São Paulo e Rio de Janeiro, de gestão por OS, não obtiveram melhor desempenho no conjunto de indicadores em relação a Belo Horizonte e Vitória, que mantiveram a gestão por administração direta (RAMOS; SETA, 2019).

A introdução de arranjos organizativos de administração indireta não é novidade no SUS, especialmente por meio de OS. Há vários casos de opção pelo modelo de OS em diferentes municípios brasileiros. Contudo, isso vem se fazendo no contexto das reformas incrementais da APS no SUS, sem uma norma impositiva que estimule esse movimento, tal como se ensaiou no Decreto nº 10.530, de 2020.

As reformas sanitárias têm sido feitas no plano internacional por diferentes tipos (HAM, 1997). O primeiro tipo é a reforma *big-bang* que se caracteriza por um movimento de mudança realizado de cima para baixo, implantado mediante um com restritas negociações com os diferentes atores sociais, em geral com pouca base em evidências científicas, sem prévios experimentos-piloto sólidos. O segundo tipo é a reforma incremental que se caracteriza por um processo gradual de reforma, com um escopo menor e conduzido por muito de longas negociações políticas entre os distintos atores sociais em situação. O terceiro tipo é a reforma de baixo para cima que é normalmente acompanhada de grande ênfase na descentralização e implantada por intermédio de projetos-piloto, que tem uma concepção global, mas uma implementação local ou regional e que se faz de forma gradualista.

A tradição do SUS tem sido mudar-se permanentemente combinando estratégias de reforma incremental e de reforma de baixo para cima, alicerçadas por decisões tomadas em foros tripartites e discutidas com os Conselhos de Saúde.

O caso do decreto mencionado destinado à implantação das PPP na APS do SUS quebra esse modelo democrático de reforma e introduz uma concepção de reforma *big-bang*, de cima para baixo, que pretende instituir-se como um novo paradigma na saúde pública brasileira (LOTTENBERG, 2020). Novos paradigmas no SUS são bem-vindos, mas não somente nesse âmbito restrito da prestação indireta dos serviços de APS. Eles serão mais bem acolhidos, tal como começa a ocorrer de forma incremental, na implantação de modelos de gestão da saúde da população substituindo o modelo de gestão da oferta hegemônico e na consolidação de modelos de atenção às condições crônicas baseados em evidências (MENDES, 2011). A ruptura do incrementalismo vigente tem um enorme potencial de gerar resistências significativas por parte de alguns atores sociais e de ameaçar os mecanismos de governança tripartite do SUS.

Da análise que se fez do processo de descentralização dos sistemas de atenção à saúde, ficou claro que a introdução de modelo da gerência da indireta na APS não configura necessariamente, do ponto de vista jurídico e administrativo, um processo de privatização porque se está no campo da devolução (RONDINELLI *et al.*, 1983). A opção pela prestação privada de serviços de APS por delegação, tal como ocorre nos casos das OS e das PPP,

ainda que represente um processo de terceirização pela transferência da prestação de serviços para organizações não governamentais, mantém, com as Secretarias Municipais de Saúde, as funções de financiamento e regulação. Portanto, não são, do ponto de vista jurídico-administrativo, processos de privatização.

Por outro lado, há que se mencionar que esses processos de devolução a entes públicos não estatais costumam vir com políticas de liberalização da economia e de propostas de criação de mecanismos de competição pela via da instituição de quase-mercados. Anteriormente, viu-se que essas soluções costumam não ser virtuosas no campo da saúde.

Uma análise das experiências de utilização das OS na APS do SUS mostra um movimento incremental em sua adoção. Evidencia-se que há boas experiências e más experiências. As boas experiências costumam ocorrer em Secretarias Municipais de Saúde que desenvolveram institucionalmente uma boa capacidade de gestão, mas, especialmente, na gestão de processos de contratualização. Secretarias Municipais de Saúde com baixa capacidade de gestão são mais porosas à sua captura por interesses privados estabelecidos pelo patrimonialismo e um de seus nexos que costuma ser a corrupção.

Uma proposta *big-bang* de expansão rápida de mecanismos de prestação indireta de serviços na APS do SUS pode apresentar problemas quando estimulada para atingir milhares de municípios que apresentam, entre si, importantes diferenças em capacidade gestão de contratos de serviços terceirizados.

Especificamente em relação à proposta de utilização das PPP na prestação de serviços de APS no SUS – e diferentemente das OS, não há uma experiência relevante que possa balizar um processo de expansão para todo o País. Além disso, pode-se pensar na ameaça representada pela possibilidade teórica, dada pela PPP patrocinada, de utilização de mecanismos de copagamento dos serviços pela população usuária. Pelo copagamento, a pessoa usuária paga uma parte cada vez que utiliza determinado serviço.

O copagamento é proposto, em geral, como parte de agendas econômicas liberais, como um modo de reduzir a tendência à sobreutilização dos serviços de saúde pelas pessoas usuárias por meio da racionalização da demanda. Essa é uma política altamente questionável.

Kill e Houlber (2014) fizeram uma revisão sistemática de 47 estudos sobre copagamentos nos sistemas de atenção à saúde publicados na Europa entre 1990 e 2011 e verificaram que: não teve nenhum efeito na utilização de serviços hospitalares; reduziu a prescrição de medicamentos; diminuiu o cuidado ambulatorial com especialistas e médicos de APS; a redução dos cuidados na APS nas pessoas de mais baixa renda foi maior que nas pessoas de mais alta renda, mostrando-se uma política de aumento da iniquidade; e o copagamento envolveu *trade-offs* econômicos e políticos.

No Canadá, observou-se que o copagamento de serviços de saúde não é uma boa ideia porque o pagamento direto no ponto de atenção não consegue diferenciar o que é atenção necessária e desnecessária, o que prejudicou a saúde de muitas pessoas, especialmente dos mais pobres. Ademais, como se verificou em Quebec, os sistemas de pagamento geraram gastos com a burocracia que reduziram os prováveis ganhos auferidos. Em Saskatchewan, por essas razões, a experiência de copagamento foi descontinuada (MARTIN, 2017).

O copagamento representa uma ameaça ao princípio da gratuidade do SUS e poderia ter consequências negativas no acesso à APS, especialmente das pessoas mais pobres, o que, por seu turno, afetaria, também, o princípio da equidade.

n. 38

QUASE-MERCADO,  
ESTÍMULO À  
PRIVATIZAÇÃO E À  
LIVRE ESCOLHA  
NA APS: A AMEAÇA  
DO FIM DA  
TERRITORIALIZAÇÃO  
NA APS

---





# QUASE-MERCADO, ESTÍMULO À PRIVATIZAÇÃO E À LIVRE ESCOLHA NA APS: A AMEAÇA DO FIM DA TERRITORIALIZAÇÃO NA APS



## 1. O ESTÍMULO À PRIVATIZAÇÃO E À LIVRE ESCOLHA NA APS

Como já se mencionou, a proposta de introdução de novos arranjos organizacionais de administração indireta no setor saúde não costuma vir de forma isolada, mas como parte de um conjunto de articulações de uma agenda liberal que poderá envolver, concomitantemente, as soluções de quase-mercado por meio de mecanismos competitivos como a livre seleção dos serviços pelas pessoas usuárias, rompendo com os limites impostos pela territorialização da APS. Nesse sentido, a definição de um território de abrangência das unidades básicas de saúde colide com a liberdade de escolha que as pessoas deveriam ter para buscar os cuidados primários em quaisquer pontos de atenção.

A proposta de livre escolha pelas pessoas usuárias de seus médicos tem sido feita em vários países. Em geral, vem justificada por uma expressão de uso mais ou menos comum em determinados países europeus que é “colocando as pessoas no banco de direção” (SALTMAN *et al.*, 2006; DEPARTMENT OF HEALTH, 2010) e que se incorporou a diferentes movimentos: atenção baseada em valor para as pessoas, atenção centrada nas pessoas e, de forma reducionista, em liberdade de escolha pelas pessoas dos médicos que vão atendê-las. Essas diferentes interpretações admitem variadas codificações na prática social, seja na sua amplitude, seja nos seus conteúdos.

Colocar as pessoas no banco de direção foi um dos principais objetivos do National Health Service (NHS) inglês quando publicou um livro branco que promovia uma liberalização do sistema de saúde naquele país (DEPART-

MENT OF HEALTH, 2010). Como consequência dessa orientação estratégica, a partir de 2012, criou-se a possibilidade de cada pessoa usuária escolher livremente o seu médico clínico geral (*general practitioner*). Um projeto-piloto foi desenvolvido por um ano e, nele, permitia-se que cada pessoa de qualquer parte do país pudesse se registrar com médicos generalistas participantes dessa iniciativa (DEPARTMENT OF HEALTH, 2012).

A opção pela escolha dos médicos pelas pessoas usuárias inscreveu-se em uma agenda de políticas consumeristas praticadas pelo governo inglês para aumentar a responsividade dos serviços públicos. Ela começou com foco na atenção especializada e tornou-se um direito dos pacientes no ano de 2009 (DIXON *et al.*, 2010).

A escolha na APS ocorreu mais tarde, provavelmente porque alguns países europeus já permitiam algum tipo de escolha pelas pessoas usuárias, como Holanda e Dinamarca.

Movimento contrário se deu na APS de países com sistemas públicos bismarckianos que passaram de uma livre escolha dos médicos para uma vinculação a um clínico geral com o objetivo de fortalecer o atributo do acesso, da longitudinalidade e, especialmente, da coordenação dos cuidados primários nas RAS (ETTELT *et al.*, 2006).

A razão principal para a escolha de um médico de APS é a longitudinalidade do cuidado que permite uma vinculação entre pessoa usuária e profissional de saúde. Ademais, verificou-se que as pessoas usuárias valorizam o fato de que eles podem ver um médico que as conhece bem (CHERAGHI-SOBI *et al.*, 2008).

As razões para mudar de médico de APS incluem a proximidade da residência ou do local de trabalho, seguida da insatisfação com o cuidado recebido. Em uma pesquisa na Inglaterra, verificou-se que 41% dos que mudaram de médicos o fizeram por distância da residência e local de trabalho; e 35%, por insatisfação com o cuidado (BILLINGHURST; WHITFIELD, 1993; UNAF, 2005). Esses dados falam a favor de processos de territorialização da APS que aproximam as pessoas de suas residências nas preferências das pessoas usuárias.

A escolha dos médicos de APS é, também, influenciada pelo nível de informação disponível para as pessoas usuárias. Pesquisa realizada em países europeus mostrou que menos da metade das pessoas usuárias entrevis-

tadas eram capazes de fazer uma decisão informada a esse respeito. Coulter e Jekinson (2005), pesquisando a livre escolha de médicos na Europa, observaram que menos da metade das pessoas entrevistadas eram capazes de fazer escolhas informadas de seus médicos e que houve uma variação entre países: 30% no Reino Unido, menos de 50% na Suécia e Alemanha, e 73% na Espanha. Entretanto, mesmo em situações em que as escolhas informadas eram possíveis, essas escolhas foram limitadas pela capacidade de oferta do sistema de saúde (ROBERTSON *et al.*, 2008). Além disso, pesquisa qualitativa realizada na Inglaterra mostrou que, entre as pessoas que valorizavam a escolha do médico, havia uma percepção de que isso não era de interesse ou que as escolhas eram significativas para elas (BARNETT *et al.*, 2008).

Sumarizando, as evidências de escolhas na APS indicam que as pessoas usuárias optam por um médico que elas conhecem. Em situações em que se permite mudanças de médicos, o que conta é a distância da residência ou do local de trabalho, bem como da percepção da qualidade do trabalho realizado. Essa constatação pode ser interpretada como contrária à habilidade das pessoas usuárias escolherem os médicos pelo exercício de uma escolha informada, a qual costuma ser limitada pela falta de informação e pela carência de oferta dos serviços (MIANI *et al.*, 2013). Isso fragiliza a perspectiva consumerista da escolha racional, refletida e responsável, base sobre a qual se estrutura a doutrina da livre escolha dos médicos na APS.

Além de sua adoção na Inglaterra, as políticas de livre escolha de médicos de APS foi adotada por outros países europeus, como os países escandinavos, com algumas diferenças. Tanto na Inglaterra como nos países escandinavos, essas reformas foram feitas em sistemas públicos universais com acesso garantido por fundos públicos. Contudo, há diferenças entre a Inglaterra, em que o NHS é um sistema federal, e nos países escandinavos, em que as responsabilidades sanitárias são compartilhadas com autoridades regionais e locais.

A proposta de livre escolha na APS, juntamente com estímulo à privatização dos cuidados primários, foi aplicada na reforma realizada pela Suécia em 2010, que propunha, por meio da criação de quase-mercados, promover o empoderamento das pessoas usuárias e o incremento da competição entre os diferentes prestadores de serviços, o que levaria ao aumento da eficiência.

Em 2008, no contexto da introdução da competição pública, a Suécia aprovou uma lei que permitia aos cidadãos escolher entre diferentes setores,

entre eles, saúde e assistência social (GOVERNMENT OF SWEDEN, 2008). Em 2010, uma emenda foi feita na Lei de Serviços Médicos e Saúde que permitia às regiões e aos cantões autorizar que seus cidadãos escolhessem seus prestadores de APS e que dava a prestadores privados a possibilidade de livremente estabelecerem-se de acordo com alguns critérios. Os objetivos dessa reforma da livre escolha dos prestadores de APS eram aumentar a livre escolha, expandir a prestação de serviços privados para aumentar o acesso aos cuidados primários e incrementar a qualidade e a inovação por meio da competição entre os diferentes prestadores (ELKMAN; WILKENS, 2015).

Nesse sistema de livre escolha da APS, os cidadãos atuam como consumidores de serviços escolhendo a unidade de APS ou o médico de família pelo qual quer ser tratado, o que, por seu turno, gera um pagamento ao prestador escolhido (AHGREN, 2010).

Beckman e Anell (2013) estudaram a reforma da APS sueca envolvendo a livre escolha e a privatização e concluíram que houve aumento das consultas médicas, mas de forma desproporcional com concentração nas pessoas de renda familiar acima da média nacional; o que indica problemas de equidade no acesso.

Fredriksson *et al.* (2013) observaram que existiu um conflito entre a concepção da reforma de livre escolha na APS e de estímulo à privatização baseada em valores consumeristas e em escolhas individuais e o ideário da lei de Saúde e de Serviços Médicos sueca calcada na solidariedade social e na equidade. Ou seja, houve um *trade-off* entre liberdade de escolha e equidade. Por consequência, mesmo após a reforma, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde permaneceu como um grande desafio naquele país.

Holmann *et al.* (2014) estudaram a experiência de enfermeiros de APS após a implantação de sistema de livre escolha na Suécia. O foco da reforma nos aspectos econômicos pode limitar a cooperação e a troca de experiências entre diferentes unidades que podem ter um impacto negativo na qualidade da atenção devido à competição entre vários prestadores. A subutilização de recursos e as restrições em termos de melhorias nas habilidades tiveram um impacto na satisfação e no ambiente de trabalho que afetaram a qualidade dos serviços prestados.

Agerholm *et al.* (2015) analisaram o impacto da lei de livre escolha e privatização em Estocolmo. Essa lei foi capaz de criar incentivos para o

estabelecimento de unidades de APS privadas e consultas médicas. Os autores constataram que essa reforma não beneficiou as pessoas com maiores necessidades de atenção e teve um impacto negativo na equidade dos cuidados primários. Houve indicações de incrementos menores em pessoas com distúrbios mentais, em mulheres que se autoavaliaram com baixos estados de saúde e em homens vivendo em áreas mais deprimidas.

Ikaksson, Blomqvist e Winblad (2016) constataram que a livre escolha dos prestadores das localizações de seus serviços de APS gerou certas preferências para áreas com menos pessoas idosas e com menos residentes únicos, grupos que geralmente apresentam um estado socioeconômico mais baixo e maiores necessidades de cuidados à saúde. Isso parece indicar que a liberdade de escolha do local de instalação das unidades de APS teve alguns efeitos negativos na equidade geográfica.

Bustron *et al.* (2017) analisaram o impacto da introdução da reforma da livre escolha na APS na Suécia. Desde 2010, foram criadas 270 unidades de APS privadas no país, especialmente localizadas em grandes cidades e áreas urbanas e voltadas para populações de melhores estados socioeconômicos. O número de consultas de médicos de família aumentou, mas somente naquelas pessoas com menores necessidades de atenção à saúde. A reforma teve um impacto negativo na prestação de serviços para pessoas com necessidades complexas. Houve um aumento da dificuldade de integração da atenção nas pessoas com necessidades mais complexas. A alocação de recursos para a APS tornou-se mais dependente da localização dos prestadores de serviços e da liberdade de escolha e menos das necessidades de cuidados. Em geral, pessoas com menores necessidades de saúde são priorizadas na atenção. A reforma pode ter prejudicado a equidade na atenção conforme era previsto na lei da reforma.

Kullberg *et al.* (2018) realizaram um estudo de caso em três condados na região norte da Suécia caracterizada por vastas áreas rurais. Os resultados demonstraram as dificuldades envolvidas na introdução da lógica de mercado na prestação de serviços de saúde em áreas rurais porque essas reformas não somente destruíram o sistema de alocação de recursos baseados em necessidades de saúde, mas também minaram as ações dos gestores locais em organizar a atenção à saúde em áreas rurais por meio do planejamento e da coordenação e tiveram impacto negativo na equidade.

Dietrichson *et al.* (2020) pesquisaram as relações entre a competição de prestadores e seu impacto na qualidade dos serviços prestados na APS na Suécia. Ainda que a reforma tenha permitido a incorporação de mais prestadores de serviços, os efeitos na qualidade foram modestos, mas não houve efeitos significativos nas ICSAP nem na satisfação das pessoas usuárias em relação ao acesso; tampouco observou-se evidência de ganhos econômicos nas medidas de resultados medidos.

A experiência de incentivo à privatização e livre escolha de médicos na APS foi implantada, também, em outros países escandinavos. Uma pesquisa realizada por Miani *et al.* (2013) avaliou essas experiências em três países, Finlândia, Noruega e Suécia. Há diferenças entre os três países em relação ao tempo permitido para mudanças de médicos: 1 ano na Finlândia, 6 meses na Noruega e não limitado na Suécia. Na Finlândia e na Suécia, as listas de pacientes não são publicizadas, mas o são na Noruega. A escolha na Noruega é do médico, e na Finlândia e na Suécia, do Centro de Saúde. As razões para a introdução da livre escolha de médicos foi aumentar o acesso aos cuidados primários e promover a competição entre os prestadores de serviços e, por consequência, melhorar o acesso e a qualidade da atenção (MAGNUSSEN *et al.*, 2009). Houve, também, uma expectativa de que os serviços privados seriam mais eficientes do que os serviços públicos e que o *mix* público/privado melhoraria a qualidade do cuidado. Especialmente na Noruega e na Finlândia, havia a expectativa de uma melhoria na integração entre a APS e a atenção especializada reduzindo a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde (ROMOREN *et al.*, 2011). Na Noruega, verificou-se que a mudança de médicos atingiu apenas 3,6% das pessoas usuárias (IVERSEN; LURAS, 2011). As mudanças de médicos se deram mais em regiões urbanas que em regiões rurais. Na Suécia, ficou clara a limitação das oportunidades de livre escolha pela falta de capacidade que gerou poucas alternativas de mudanças (GLENNGARD *et al.*, 2011); a mesma situação se passou na Noruega (GRITTEN; SORENSEN, 2009). Também na Suécia, verificou-se que a livre escolha por grupos minoritários foi menor por razões culturais e étnicas. Estudos mostraram que pessoas idosas e com condições crônicas tenderam a não mudar de médicos (GODAGER, 2012). O impacto positivo desse modelo, no que se refere à melhoria da coordenação entre os diversos pontos de atenção à saúde, não parece ter ocorrido. Na Suécia, observou-se que, em

alguns cantões, o modelo de estímulo à privatização e à livre escolha gerou mais lucros para os prestadores de serviços de APS, mas, por outro lado, determinou uma menor qualidade do cuidado prestado (ANELL, 2011). Nos três países estudados, a informação provida à população sobre a possibilidade de livre escolha na APS é muito limitada, concentrando-se apenas no tamanho da unidade de saúde, no horário em que está aberta e nos tempos de espera; não costuma haver nenhum indicador referente à qualidade dos serviços prestados. São raras as experiências de avaliações sistemáticas feitas por pesquisas de opinião das pessoas usuárias.

No Brasil, mudanças na APS do SUS com elementos de livre escolha dos prestadores de serviços por meio de listas abertas de pacientes são mencionadas como parte de uma proposta denominada de novo universalismo (GUSSO *et al.*, 2015). Essa proposta parte de uma crítica à reforma sanitária, movimento que sustentou, conceitual e politicamente, a criação do SUS como um sistema público de saúde *beveridgeano* e que teve grande influência no processo constituinte, mas que avançou pouco em questões como tornar a APS ordenadora do sistema, a contratualização dos serviços privados, os modelos de remuneração dos profissionais de saúde e a regulação da clínica. A razão disso estaria no processo insular e autorreferenciado que preside a discussão acadêmica e que sofre grande influência da reforma sanitária brasileira.

O movimento tem uma agenda ampla de mudanças na APS do SUS nos planos macro, intermediário e micro desse sistema. No nível intermediário, foi proposto que os médicos gerais devem ter listas de pacientes que preferencialmente não sigam as regiões geográficas, mas listas abertas cuja carga deve ser avaliada por critérios como idade e vulnerabilidade social e parâmetros adequados à realidade local.

A análise de casos dos países escandinavos e o exame da história da APS no SUS demonstram claramente as limitações do modelo de estímulo às privatizações e da introdução da livre escolha na APS.

Sua implantação como política geral de organização do SUS pode ser uma ameaça a um processo de organização da APS por meio da gestão da saúde da população que introduz uma cultura de saúde (PLOUGH, 2014; ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, 2015) que, não raro, falta aos modelos clássicos de medicina geral ou de família porque se organizam com ên-



fase especial no cuidado médico. Se isso for feito por meio de uma reforma *big-bang*, há um risco de se desorganizar o modelo da ESF longamente desenvolvido em nosso sistema público de saúde – que, como se viu anteriormente, tem produzido resultados muito satisfatórios no SUS –, introduzindo um modelo que, como mostra a experiência de países desenvolvidos que o adotaram, não parece ter entregado os resultados que a teoria sustentadora desse modelo, o consumerismo, preconiza. Não há evidências robustas de que o estímulo à privatização e à livre escolha na APS, por meio da competição, melhorou significativamente a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Ademais, as limitações por falta de capacidade de oferta e por carência de informações são muito grandes, fazendo com que as mudanças realizadas pela livre escolha sejam pouco numerosas e concentradas em áreas urbanas. Da mesma forma, as esperanças de que o modelo poderia reduzir a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde pela melhoria da coordenação e integração assistencial não parecem ter se confirmado.

Em um país em desenvolvimento como o Brasil, em que a APS é ofertada em 5.772 municípios sob a condução de Secretarias Municipais de Saúde, dos quais a grande maioria tem baixa população e, portanto, uma ou duas equipes de ESF, os limites a uma livre escolha consumerista parecem ser insuperáveis.

Assim, o melhor caminho no SUS parece ser o aprofundamento, sob a égide de uma cultura de saúde, de uma APS que seja prestada por equipes da ESF que se instituem pelo paradigma da gestão da saúde da população e pelo planejamento das necessidades da população, o que implica reforçar os mecanismos de territorialização dos cuidados primários.

## **2. A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO LOCAL NAS RAS**

A implantação das RAS com base em territórios-população exige uma mudança fundamental na gestão da saúde que deve transitar da gestão da oferta, predominante no SUS, para a gestão da saúde da população (MENDES, 2019).

Nesse sentido, as RAS nos espaços locais pressupõem a colaboração entre os atores sociais neles presentes. Isso decorre da convicção de que a atenção à saúde é essencialmente local e que as oportunidades para desenvolver os sistemas de atenção à saúde são melhores quando

n. 38

envolvem organizações que servem à mesma população e que devem articular, de forma sustentável, um *pool* de recursos interorganizacionais (HAM; ALDERWICK, 2015).

O esgotamento do modelo de gestão da oferta convoca o modelo da gestão da saúde da população. O enfoque de saúde da população é manter ou melhorar a saúde de uma população inteira e reduzir as desigualdades em saúde entre grupos populacionais (HEALTH CANADA, 1998).

O conceito de saúde da população requer algumas características: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; assume a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como eles se relacionam e estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos econômico-sociais e sanitários (STOTO, 2013).

A população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito formal ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma equipe de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários.

A gestão da saúde da população assenta-se em quatro pilares, que são os determinantes intermediários da saúde, os determinantes ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, o sistema de atenção à saúde integrado em rede e os espaços e comunidades em que as pessoas vivem (BUCK *et al.*, 2018).

Se a condição de saúde é uma manifestação individual, a situação de saúde é uma decorrência porque os lugares e seus diversos contextos sociais, no âmbito de uma região, resultam de um acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção das condições de saúde (BARCELLOS, 2000).

Essa é uma constatação recente da epidemiologia espacial que tem implicações operacionais nos sistemas de atenção à saúde, especialmente na organização da APS. O espaço local exige, para sua operacionalização,

processos de territorialização que levem à determinação de territórios-população vinculados a cada equipe de cuidados primários. Além disso, implica a classificação de vulnerabilidades das famílias para que se tenha uma ação com discriminação positiva daquelas mais suscetíveis. Por fim, é ali no espaço local que vai se garantir o controle social da comunidade sobre o sistema de cuidados primários por meio dos Conselhos Locais de Saúde.

Para Santos (1999), o espaço local convoca a consideração da socialidade do cotidiano que se expressa em uma contiguidade física e em um mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo intensamente as suas inter-relações e funda a escala do cotidiano cujos parâmetros são a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização de pessoas, empresas, instituições, formas sociais, jurídicas e geográficas.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

### **3. O BAIRRO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE**

O microespaço local de vida das pessoas, normalmente referido como o bairro, tem uma importância fundamental na determinação social da saúde. Isso tem sido investigado pela epidemiologia espacial, um campo da epidemiologia que estuda as relações entre esses espaços de vida e a saúde; e que tem tido um avanço significativo nos últimos anos, desde a publicação de um livro seminal por Kawachi e Berkman (2003).

Os bairros são os lugares em que as pessoas passam uma considerável porção de suas vidas. Além disso, sabe-se que eles podem determinar a qualidade das escolas, o acesso aos serviços, os empregos e os transportes, bem como as exposições ao barulho, aos crimes, à poluição ambiental e a muitos outros fatores ambientais (DUNCAN; KAWACHI, 2018).

Neste momento, muitas pesquisas têm estabelecido relações entre as características físicas e sociais dos bairros, comportamentos e resultados sanitários. Dentre elas, podem-se mencionar: bairro e participação em atividade física (HUMPEL *et al.*, 2002); bairro e depressão (KIM, 2008); bairro e incidência de câncer de mama e mortalidade (AKINNYEMIJU *et al.*, 2015); bairro e prevenção e resultados sanitários em HIV (BAUERMEISTER *et al.*, 2017); bairro e resultados na APS, na gravidez e nas condições perinatais (METCALFE *et al.*, 2011; ARCAYA *et al.*, 2016); bairro e saúde mental (ROSS; MIROWSKY, 2001); bairro e estresse e ansiedade (MAIR *et al.*, 2008); bairro e uso abusivo de álcool e de drogas (STO-

CKDALE *et al.*, 2007); bairro e violência doméstica (PINCHEVSKY; WRIGHT, 2012); bairro e doença cardiovascular (CHAIX, 2009); bairro e obesidade e sedentarismo (BLACK; MACINKO, 2008); bairro, autoavaliação do estado de saúde e doenças crônicas (MEYER *et al.*, 2014).

Pesquisas demonstraram que a presença de fatores estressores nos bairros, tais como pobreza, criminalidade e desordem social, contribuem para depressão e ansiedade, enquanto a presença de fatores protetores, como altos níveis de recursos comunitários, espaço verde, mobilidade e capital social, aumentam os níveis de saúde mental, mesmo na presença de fatores estressores (STOCKDALE *et al.*, 2007). Alguns estudos mostraram uma associação entre as características dos bairros e a saúde individual (TOMA *et al.*, 2015). Constatou-se associação entre o ambiente do bairro e a morbidade em seus moradores (ROBINETTE *et al.*, 2016). Dessa forma, a presença de áreas verdes nos bairros pode afetar a saúde por várias razões, e isso foi analisado em uma revisão sistemática (TWOHIG-BENNETT; JONES, 2018). De forma similar, notou-se que os bairros são importantes determinantes da saúde das crianças (MINH *et al.*, 2017) e das pessoas idosas (YEN *et al.*, 2009). Ademais, eles afetam o comprimento dos telômeros que, por sua vez, impactam a longevidade das pessoas (ELISSA; BLACKBURN, 2017).

Certa vez, Margaret Thatcher afirmou que não há sociedade, mas apenas indivíduos e famílias. As evidências produzidas pelas pesquisas sobre determinação social da saúde e as relações entre os níveis locais como os bairros e a saúde contrapõem-se ao ideal liberal da ex-Primeira-Ministra da Inglaterra (KAWACHI; BERKMAN, 2003). É por essa razão que os estudos sobre as relações entre os bairros e a saúde vêm se fortalecendo ao longo do tempo. Isso fala a favor a importância da territorialização da saúde, especialmente nos cuidados primários.

#### **4. O MICROESPAÇO LOCAL NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: O CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL COMO PREDITOR DA EXPECTATIVA DE VIDA DAS PESSOAS**

Recentemente, como variante das pesquisas sobre bairros e saúde, surgiram, nos Estados Unidos, alguns estudos, especialmente com o apoio da instituição Robert Wood Johnson Foundation, que mostraram as relações

entre o *Zip Code* (o Código de Endereçamento Postal – CEP americano) e a expectativa de vida da população. Isso teve a influência da epidemiologia espacial que permitiu analisar dados disponíveis em microespaços locais em que as pessoas vivem, muitos deles provenientes de censos.

Dados recentes do Centers for Disease Control and Prevention mostraram que a expectativa de vida nos Estados Unidos é de 78,6 anos para a população geral, 76,1 anos para homens e 81,1 anos para mulheres, mas que esses valores variam fortemente pelos locais em que as pessoas vivem. Disso resulta a constatação de que a saúde das pessoas é influenciada pelas condições prevalentes nos locais em que residem. A saúde é intensivamente local como assevera a Robert Wood Johnson Foundation (2018). Serviços de saúde de qualidade são essenciais, mas as condições objetivas predominantes nos microespaços locais têm grande impacto na saúde. A melhoria da saúde e o aumento da expectativa de vida dependem do acesso a alimentos saudáveis, a boas escolas, a transporte de qualidade, a moradias adequadas, a redes de apoio que aumentem o capital social e a outros determinantes de saúde, tal como se demonstra nas pesquisas sobre bairros e saúde.

Vários fatores de risco e de proteção, como herança genética, gênero e estilos de vida, desempenham um papel importante da expectativa de vida, mas não se sabe exatamente quanto cada um deles influencia a longevidade.

Não obstante, acumulam-se evidências de que um fator isolado, o CEP ou *Zip Code*, tende a ser o mais importante na definição da expectativa de vida das pessoas (DUCHARME; WOLFSON, 2019). Por essa razão, tem sido postulado que o CEP (*Zip Code*) é mais importante na determinação da saúde que o código genético (MARKS, 2009). Dessa forma, a Vice-Diretora da Robert Wood Johnson Foundation afirmou que é certo que a expectativa de vida de uma população depende mais de seu *Zip Code* do que do seu código genético (SCHWARTZ; HIRSCH, 2015). O CEP constitui um preditor acurado dos resultados em saúde, especialmente a expectativa de vida (BHATT, 2018); e isso ocorre porque os determinantes ligados ao local em que as pessoas residem, como o ar que respiram, a escola que frequentam, a água que bebem, a comida que ingerem, têm um impacto maior na saúde e, também, no DNA. Ou seja, esses fatores do ambiente atuam sobre os genes, seja como fatores de risco, seja de proteção (SCHWARTZ; HIRSCH, 2015).

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

---

Pesquisa da Escola de Medicina da Universidade de Nova Iorque mostrou que, em 56 das 500 maiores cidades dos Estados Unidos, há pessoas que viverão, no mínimo, 20 anos menos do que outras pessoas que moram a poucas milhas de distância. Em Chicago, a disparidade na expectativa de vida pode chegar a 30,1 anos; e em Washington, a 27 anos em subpopulações que se distanciam por poucos quilômetros (DUCHARME; WOLFSON, 2019). Outro estudo demonstrou que há uma associação entre o *Zip Code* e a mortalidade por câncer nos Estados Unidos (ROLLERI, 2019).

O grande impacto dos determinantes sociais não individuais na saúde levou a uma proposta de criação de sinais vitais psicossociais que vão além dos sinais vitais utilizados na clínica médica, entre eles: raça, uso de tabaco, uso de álcool, CEP, estresse, atividade física, isolamento social, violência e outros (INSTITUTE OF MEDICINE, 2014). Isso é parte de uma ideia-força que vem surgindo de superar os limites do modelo médico flexneriano, centrado na clínica e no uso de tecnologias médicas, por uma cultura de saúde (PLOUGH, 2014; ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, 2015).

## **5. O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA APS**

O planejamento territorial, referido pela gestão da saúde da população, constituiu-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações que dão a base espacial para a constituição das RAS. Esses espaços materializam-se, geralmente, em Planos Diretores de Regionalização.

É inerente à regionalização colaborativa a dimensão territorial. Todavia, há que precisar bem a noção de território sanitário como um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais postos na arena político-sanitária. Portanto, a concepção de território-processo transcende à sua dimensão de uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos e de pactuação de interesses e de projetos. Esse território, então, além de um território-solo é, também, um território político, cultural e epidemiológico. Esse território-processo, além de nunca estar pronto e acabado, também não admite simetrias. Seu desvendamento faz-se para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais ao seu interior, com suas ne-

cessidades, demandas e representações singulares. O território-processo é representado em sua dinâmica por uma configuração gráfica interativa com os problemas que se distribuem no território, segundo as condições de vida de diferentes subpopulações por meio de mapas inteligentes. Esses territórios sanitários são recortados de forma a compatibilizarem com os princípios da construção das RAS e de imporem responsabilizações inequívocas de autoridade sanitária.

Para estabelecer as macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde e as regiões ou microrregiões de saúde, devem ser utilizados alguns critérios: contiguidade intermunicipal; subsidiaridade econômica e social; escala adequada; herança e identidade cultural; endogenia microrregional; fluxos assistenciais; e fluxos viários (NYSTUEN; DACEY, 1961).

No espaço mesorregional, ou seja, no intervalo entre o espaço estadual e o espaço municipal, há que se instituam as macrorregiões de saúde ou regiões ampliadas de saúde em que as RAS se completam porque ali existem todos os serviços de atenção primária, secundária e terciária. Essas macrorregiões ou regiões ampliadas são compostas por regiões ou microrregiões de saúde com autossuficiência em serviços de atenção primária e secundária. Cada um dos municípios participantes das macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde e das regiões ou microrregiões de saúde deverá, no mínimo, prestar os cuidados primários aos seus cidadãos.

Para que a APS se faça eficazmente, nos municípios, há que se definir as áreas sanitárias. Esses territórios serão, nas unidades básicas de saúde convencionais, definidos pela sua abrangência territorial-populacional; quando se opera com a ESF, as áreas sanitárias serão os espaços de abrangência territorial-populacional de cada equipe dessa estratégia.

A disciplina que fundamentalmente suporta esse território local é a geografia humana, e seu objeto está definido com base em critérios administrativos e assistenciais, uma vez que há uma autoridade sanitária em cada UBS e uma população adstrita que deve receber serviços de saúde dessa unidade e de suas equipes e com ela interagir. Esse território é, portanto, um espaço de corresponsabilidade entre a população e os serviços de APS. Ademais, as áreas sanitárias da APS serão constituídas pelo conjunto de microáreas que forma o território de atuação de cada ACS.

Por fim, a conformação territorial se fecha com o território-moradia que se institui no espaço de vida de uma microunidade familiar que deve ser considerado como um significativo determinante social da saúde. O território-moradia é caracterizado pela existência do próprio espaço da habitação e delimita problemas relacionados com os hábitos, comportamentos sanitários e posse de recursos individuais e de equipamentos domiciliares, como serviços de saneamento, eletrodomésticos, de comunicação e outros (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Conseqüentemente, a governança das RAS envolve os seguintes territórios sanitários: o território estadual; o território macrorregional ou da região ampliada; o território da região ou da microrregião; o território municipal; o território da área de saúde de abrangência da UBS ou da equipe da ESF; o território da microárea de abrangência do ACS; e o território-moradia (MENDES, 2019).

A territorialização na APS apresenta três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Há, certamente, uma estreita relação entre o uso do território e o empoderamento das comunidades locais. Isso significa a ampliação sistemática das pessoas, grupos sociais ou comunidades em suas capacidades de empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais em prol do bem comum, fazer-se ouvir, serem respeitados e atuarem coletivamente na solução de problemas (MOKEN; BARCELLOS, 2007).

Em conclusão, é inerente à organização do SUS em RAS que estejam presentes na APS a área de saúde de abrangência da UBS ou da equipe da ESF, o território da microárea de abrangência do ACS; e o território-moradia.

A substituição por essa perspectiva ampla de saúde da população por mecanismos que garantam a livre escolha dos médicos pela população é uma ameaça real à qualidade e à abrangência dos cuidados primários e constituiria, sem dúvidas, um enorme retrocesso na organização da APS do SUS.





A AMEAÇA DO  
SISTEMA DE  
FINANCIAMENTO  
DA APS POR MEIO  
DE *VOUCHERS*

---



## A AMEAÇA DO SISTEMA DE FINANCIAMENTO DA APS POR MEIO DE VOUCHERS

---

9

O reconhecimento internacional da importância da APS tem estimulado um movimento de aumento de parcerias entre entes públicos e privados na prestação dos cuidados primários (HARDING; PERKER, 2003). Isso se faz com uma agenda liberal que apresenta diversos pontos.

Um conjunto de instrumentos de políticas tem sido usado em diferentes sistemas de atenção à saúde para influenciar o engajamento do setor privado, como disseminação de informação, uso de incentivos e desincentivos, subsídios de gastos e regulação por meio de definição de regras de comportamentos das pessoas usuárias (DEBER *et al.*, 2004).

Um instrumento que tem sido utilizado para estimular as mudanças de comportamentos das pessoas, em uma perspectiva de subsídios do lado da demanda, é o *voucher* – em uma tradução literal, vale –, que se dá às pessoas para estimulá-las a buscar serviços subutilizados (MUSHI *et al.*, 2003; JOCHELSON, 2007, SCHMIDT *et al.*, 2010).

O *voucher* tem por objetivo se constituir como uma forma de subsidiar a demanda, reduzir a subutilização de serviços e estimular a utilização de serviços privados de saúde. Além disso, constitui um mecanismo de construção de quase-mercados porque, ao gerar uma competição entre prestadores privados, reduziria os preços dos serviços ofertados (MEYER *et al.*, 2011). Contudo, a experiência internacional de uso de *vouchers* não indica a sua utilização como um mecanismo de compra de serviços para uma população inteira em termos de cuidados primários. Além disso, seu uso em países desenvolvidos é muito limitado (YAM *et al.*, 2019).

Meyer *et al.* (2011) analisaram, por meio de uma metanálise, um total de 24 pesquisas que avaliaram 16 diferentes tipos de programas de *voucher* em termos de 64 variáveis de resultados. Os resultados permitiram cinco conclusões principais: houve modesta evidência de que esses programas efetivamente concentraram-se em serviços para populações espe-

cíficas; houve insuficiente evidência para demonstrar que esses programas ofertaram serviços de forma mais eficiente; houve modesta evidência de que esses programas melhoraram a qualidade dos serviços prestados; não houve evidência de que esses programas tiveram impacto na saúde das populações; e houve evidência robusta que esses programas aumentaram a utilização dos serviços. Ou seja, a única robustez de evidências se encontra no aumento da oferta de serviços, mas a experiência de Hong Kong mostra que isso só ocorre em serviços ofertados episodicamente (eventos agudos), sem incremento de serviços preventivos e de controle contínuo das condições crônicas (YAM, 2014).

Em Hong Kong, 70% do financiamento da APS é privado, sendo a provisão pública restrita a pessoas idosas e de baixa renda (YAM *et al.*, 2019). A acessibilidade aos cuidados primários é dificultada por seus altos custos, e isso levou à criação de um programa de *voucher* para as pessoas idosas de 70 ou mais anos, especialmente aquelas portadoras de condições crônicas, para que elas possam obter os serviços no setor privado, como médicos generalistas, clínicos de medicina chinesa, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, radiologistas e optometristas. O *voucher* é eletrônico e, inicialmente, correspondeu a cinco vales anuais. Uma avaliação do projeto-piloto mostrou que o esquema de *vouchers* não foi efetivo para aumentar o uso dos serviços privados na APS (YAM *et al.*, 2011). Posteriormente, o sistema foi modificado para aumentar o número de prestadores de serviços e o valor dos *vouchers*. Isso aumentou o número de pessoas que utilizaram esse sistema; entretanto, ele encorajou as pessoas idosas a usar os serviços privados para episódios isolados de eventos agudos, mas não os cuidados preventivos e de gestão das condições crônicas. Ao mesmo tempo, houve um aumento da utilização concomitante dos setores públicos e privados que não era uma proposta do projeto e não houve uma utilização maior de serviços privados por aquelas pessoas que utilizavam rotineiramente os serviços públicos de APS, em parte pela baixa confiança nos serviços privados (LAI *et al.*, 2018). Verificou-se, então, que o uso de *vouchers* não teve um efeito de substituição dos serviços públicos pelos serviços privados que poderia reduzir a carga de cuidados no setor público. Esse fato promoveu um efeito indesejável de comprometimento de um dos princípios essenciais da APS que é a longitudinalidade do cuidado e estimulou o fenômeno do *doctor shopping*, definido como

n. 38

a procura de múltiplos profissionais de saúde durante um único episódio de doença e que afeta negativamente a qualidade da atenção à saúde (SANSONE; SANSONE, 2012). A participação dos médicos de APS no sistema de *voucher* foi relativamente baixa e uma das causas foi o aumento de custos administrativos para gerenciá-lo.

Yeoh *et al.* (2020) analisaram uma coorte de 551 usuários do sistema de *voucher* para pessoas idosas na APS de Hong Kong, no período de 2009 a 2015. Os resultados mostraram que o uso de *vouchers* não reduziu a utilização dos serviços públicos e que incentivou o uso concomitante de serviços públicos e privados. Isso foi associado a inflação de preços. Outrossim, os *vouchers* foram utilizados principalmente no atendimento aos eventos agudos, e não em serviços preventivos e de atendimento contínuo às condições crônicas. Isso significa que o sistema de *vouchers* estimula o modelo da atenção às condições agudas que se expressa no domínio relativo das ações episódicas e reativas que caracterizam os “modelos de consultação” ou a busca excessiva de volume nas consultas médicas que são bastante inefetivos na APS (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

Os estudos sobre a introdução de mecanismos de pagamento dos serviços de APS sob a forma de *vouchers* não permitem estabelecer que esse sistema cumpre os objetivos para os quais tem sido proposto. Eles têm apresentado baixa capacidade de estimular a utilização de serviços privados, não têm demonstrado impacto significativo em serviços preventivos e no manejo continuado das condições crônicas, não há evidências significativas de que produza uma melhoria sustentada da qualidade dos serviços prestados, no foco a populações específicas, na eficiência dos serviços prestados e na saúde das populações (PATTUILLARD *et al.*, 2007; MEYER *et al.*, 2011; YAM, 2014).

Deve ser observado que a utilização de uma política de financiamento de distribuição de *vouchers* deve ser diferenciada para países em que existe uma oferta pública muito baixa de serviços de APS e de países, como o Brasil, em que há uma oferta pública elevada, quase universal para a população e com alta capacidade de chegar às famílias mais pobres.

Em nosso caso, ainda que a discussão sobre *vouchers* não seja significativa, seria de muito risco introduzir um sistema de administração complexo e com baixa evidência do alcance efetivo de seus objetivos na APS

do SUS que já tem uma cobertura pública quase universal e que, como se viu, apresenta resultados bastante satisfatórios. Certamente que será mais oportuno melhorar a prestação pública já existente que fazer uma mudança radical como seria a introdução do sistema de *voucher* com todas as suas complexidades e incertezas.

*n. 38*

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

O DESAFIO DAS  
CONDIÇÕES  
CRÔNICAS E  
A AMEAÇA DE  
MUDANÇA DO  
MODELO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE  
NA APS

---





# O DESAFIO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A AMEAÇA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA APS

---

10

## 1. O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

Condição de saúde é um conceito relativamente recente proposto pela Organização Mundial da Saúde (2003). Constitui uma nova tipologia de saúde que se diferencia da tipologia clássica largamente utilizada.

Diferentemente da tipologia clássica, definida por doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, estruturada com base na etiopatogenia das doenças, as condições de saúde apresentam uma lógica de recorte baseada na forma de resposta social a essas condições pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias: se reativa ou proativa, se episódica ou contínua e se fragmentada ou integrada.

É certo que a tipologia clássica tem sido bem-sucedida como base de estudos no campo da epidemiologia, mas ela não dá conta de sustentar a organização dos sistemas de atenção à saúde porque muitas respostas sociais a certas doenças transmissíveis (por exemplo, hanseníase, certas hepatites virais e HIV/aids) se aproximam mais das respostas convocadas por condições crônicas.

As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Elas podem ser divididas em condições agudas, em condições crônicas e em eventos agudos (WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que devem ser manejadas de forma episódica, reativa e integrada pelo sistema de atenção

à saúde, exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde. Elas envolvem as doenças transmissíveis de curso curto (gripe, dengue), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite, amigdalite) e os traumas.

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos, como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/aids; a manutenção da saúde por ciclos de vida, como a puericultura, a hebicultura e a senicultura; as enfermidades não catalogáveis, como doenças na CID como sintomas medicamente não explicáveis, os transtornos histerossomáticos, os transtornos somatoformes, as síndromes de não doenças e o sofrimento difuso; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais (MENDES, 2012).

As principais características das condições crônicas são: apresentam causas múltiplas e complexas; evoluem gradualmente ainda que possam se manifestar repentinamente e apresentar momentos de agudização; evoluem ao longo de todo o ciclo de vida ainda que sejam mais prevalentes em idades mais avançadas; podem comprometer a qualidade da vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades; são de curso longo ou persistente e podem levar a uma deterioração gradual da saúde; em geral, requerem cuidados de longa duração; apesar de não serem a ameaça mais imediata à vida, constituem as causas mais comuns de mortalidade prematura; grande parte das condições crônicas pode ser prevenida, ou ter sua aparição prolongada, ou ter suas complicações reduzidas; a distribuição populacional das condições crônicas não é uniforme, e elas tendem a atingir mais fortemente aos mais pobres; e, em geral, resultam de fatores de riscos não controlados, apropriada e oportunamente (GOBIERNO VASCO, 2010).

As condições crônicas podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas. Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas. Por essa razão, surge uma terceira categoria, a dos eventos agudos, que é um somatório das condições agudas e das agudizações de condições crônicas (por exemplo, emergência hipertensiva, descompensação diabética, crise asmática).

Assim, os eventos agudos devem ser respondidos por uma rede de urgência e emergência que se pode estruturar por meio de respostas sociais reativas, episódicas e integradas; de outra forma, as condições crônicas não agudizadas devem ser, necessariamente, respondidas por meio de respostas sociais proativas, contínuas e integradas.

Um grande problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo do atendimento aos eventos agudos, o que gera maus resultados sanitários e econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BENGGOA, 2008). Esse modelo de atenção prevalecente não é efetivo em manter as condições crônicas estabilizadas nem em conter o risco evolutivo dessas condições, o que leva a constantes agudizações. Estudo feito no Reino Unido mostrou que 70% dos atendimentos em serviços de urgência e emergência são por condições crônicas agudizadas (SINGH, 2005a).

## **2. A SITUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas, nutricionais e epidemiológicas singulares (MENDES, 2002b).

Há, portanto, uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que, ambas, constituem a transição da saúde (SCHRAMM *et al.*, 2004).

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a

transição dos sistemas de atenção à saúde (FRENK *et al.*, 1991). Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais completa e nos países em desenvolvimento pela situação de tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas de forma reativa, episódica e fragmentada. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção crônica como resultado da ditadura da urgência (COLEMAN; WAGNER, 2008). Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no Brasil.

Ham (2007) fez uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para os eventos agudos. Além disso, afirmou que, nesse início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas. As razões estão resumidas em uma citação que faz:

O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas.

Por tudo isso, é imprescindível mudar radicalmente essa lógica implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas UPA ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da

saúde intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

### **3. A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL E A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS COM PREDOMÍNIO RELATIVO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

O Brasil passa por transições demográfica e nutricional que levam a uma transição epidemiológica que se caracteriza pela tripla carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do País, observada pelo lado da mortalidade, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos (SILVA *et al.*, 2006).

Em termos da carga de doenças medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, evidenciaram-se os seguintes percentuais em relação à carga total: doenças crônicas, 70,8; doenças transmissíveis, desnutrição e condições maternas e neonatais, 13,8%; e causas externas, 15,4% (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2017).

Essa complexa situação epidemiológica brasileira pode ser definida como tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde. A mudança fundamental está em transitar de um sistema fragmentado para um sistema integrado em RAS, coordenadas pela APS.

Nesse sentido, é imprescindível implantar modelos de atenção à saúde que permitam enfrentar com efetividade a forte presença das condições crônicas no quadro epidemiológico brasileiro.

## 4. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS articulando, de forma singular, as relações entre os componentes dessas redes e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Há dois tipos de modelos de atenção à saúde: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas. Os modelos de atenção aos eventos agudos podem operar com efetividade quando aplicados aos eventos agudos (condições agudas e agudizações das condições crônicas). A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde manifesta-se quando sua lógica é transplantada para o manejo das condições crônicas não agudizadas. Por essa razão, a superação dessa crise implica a implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas.

Há, na literatura internacional, proposições de diferentes modelos de atenção crônica, sendo importante reconhecer que há um modelo seminal, o *Chronic Care Model* (CCM), em uma tradução literal, Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998). O CCM foi desenvolvido nos Estados Unidos e aplicado em vários países. Outra proposta é o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente porque foi desenvolvido e aplicado por essa operadora de planos de saúde desse país que o implantou em sua rotina assistencial.

Esses dois modelos foram concebidos no ambiente dos Estados Unidos fortemente marcado pelos valores que caracterizam a sociedade americana – entre eles, o autointeresse e a competitividade – e que se distanciam de valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais como o SUS.

Um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS deve ter como bases os elementos do CCM, mas deve considerar sua expansão incorporando elementos da determinação social da saúde para se adaptar às exigências de um sistema de saúde público e universal. O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um

n. 38

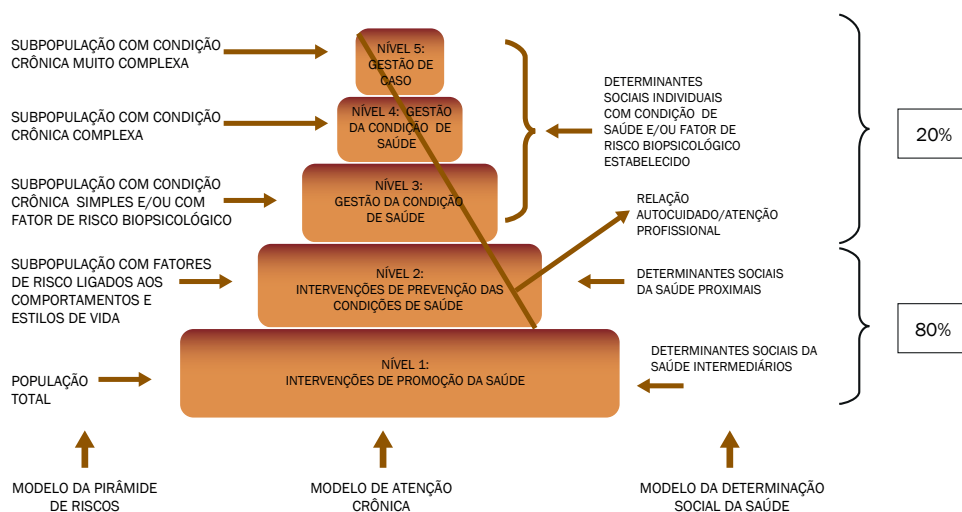
A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

---

modelo que estratifique a população segundo riscos, o que requer a incorporação de elementos do MPR. Além disso, o SUS deve operar com uma perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que exige a consideração da determinação social da saúde. Isso convoca a incorporação de modelo da determinação social da saúde na construção de sua resposta social aos desafios das condições crônicas.

Mendes (2011) combinou elementos do CCM, do MPR e do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) e propôs o MACC para ser utilizado no SUS. Esse modelo está representado na Figura 8.

FIGURA 8. **O Modelo de Atenção às Condições Crônicas**



FONTE: MENDES (2011).

Os dois primeiros níveis articulam-se para enfrentamento dos determinantes intermediários e proximais e não se ligam, necessariamente, a condições de saúde específicas. Os três últimos voltam-se para os determinantes sociais individuais pressupondo a presença de um fator de risco biopsicológico e/ou de uma condição crônica estabelecidos.

Não é tarefa fácil medir a contribuição relativa dos múltiplos determinantes da saúde sobre os resultados sanitários. Contudo, há alguns trabalhos que tentam medir esses impactos, e eles coincidem que os fatores



mais importantes são os determinantes distais, intermediários e proximais, seguidos pelos determinantes individuais expressos nos fatores genéticos e fisiológicos e nos sistemas de atenção à saúde (McGINNIS *et al.*, 2002; BROOSKE *et al.*, 2010; BUCK *et al.*, 2018). Com base nesses estudos, no lado direito da Figura 8, apresenta-se uma estimativa de um percentual de 80% de impacto das intervenções dos níveis 2 (promoção da saúde e prevenção das condições de saúde) sobre os resultados sanitários e de um percentual 20% das intervenções dos níveis 3, 4 e 5 (intervenções clínicas sobre os indivíduos).

Esses estudos questionam se os investimentos que afetam, direta ou indiretamente, um pequeno número de fatores de risco modificáveis apresentam um grande impacto na redução da carga de doenças (McGOVERN *et al.*, 2014). Em função disso, parece irracional que as intervenções na saúde se façam, de forma muito concentrada, sobre indivíduos e no campo da clínica. É preciso, como preconizou Stoto (2013), alargar o campo dessas intervenções para envolver, de forma significativa, as ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde, nos marcos da saúde da população. Será, assim, que se construirá uma sólida cultura da saúde que deve marcar as RAS e, especialmente, a APS.

O MACC, expresso na Figura 8, deve ser lido em três colunas. Na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que, tratando-se de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio, estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica. Outrossim, O MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais, sejam eles nacionais, estaduais, municipais e locais. Pode ser utilizado, também, na APS.

O lado esquerdo da Figura 8 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na APS e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: o nível 1, a população to-

n. 38

tal e em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 8 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde. No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e outros. Nesse nível, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem ações de atenção à saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, de melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2007).

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde, e não prevenção das doenças, porque se podem prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Até o segundo nível, não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade, etnia ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico individual e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão baseada na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos, como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual, de risco intermediário e de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 8 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos podem ser atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

uma equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, e nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa da APS e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de saúde (BERK; MONHEINT, 1992). Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, uma alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

Na Figura 8, a linha transversal que a corta, desde as intervenções de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, o cuidado profissional; e o que estiver abaixo dessa linha representa, principalmente, o autocuidado apoiado. É dessa forma que o MACC incorpora as evidências provenientes do MPR. Assim, no nível 3, vai-se operar, mais fortemente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional; e, no nível 5, há uma forte concentração do cuidado profissional, coordenado por um gestor de caso. Contudo, em todos os níveis, há uma composição variável de autocuidado apoiado e o cuidado profissional.

Pode-se, então, verificar que, à medida que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, vai-se modificando a relação entre autocuidado apoiado e cuidado profissional. Consequentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, de 1% a 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de cuidado profissional.

Há avaliações amplas e robustas sobre os modelos de atenção às condições crônicas. Em relação ao CCM, a partir de uma avaliação clássica (RAND HEALTH, 2008), há vários estudos, realizados em diferentes países que atestam sua capacidade de responder aos desafios colocados pelas condições crônicas em diferentes campos: na avaliação geral (GLASGOW *et al.*, 2005); na melhoria da qualidade dos serviços (NUTTIN *et al.*, 2007); em aspectos organizacionais (BAPTISTA *et al.*, 2016; BROUGHTN *et al.*, 2016; MIPATRINI *et al.*, 2017); na avaliação econômica, especialmente de custo-efetividade (DESMEDT *et al.*, 2016; MARCELLI *et al.*, 2017); na satisfação das pessoas usuárias (VANDERBILT MEDICAL CENTER, 2002); na qualidade de vida das pessoas (ARYANI *et al.*, 2016). Constatou-se que o CCM funciona melhor quando se fazem mudanças em seus seis elementos porque eles se potencializam uns aos outros (HAM, 2007).

Há evidências de que o MPR, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência média nos hospitais (PARKER, 2006; PORTER, 2007).

O MACC tem sido aplicado no Brasil por meio do projeto da Planificação da Atenção à Saúde coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em colaboração com Secretarias Estaduais de Saúde e com o Secretarias Municipais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018). Na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, um laboratório de implantação desse modelo constatou a presença de resultados favoráveis (CUBAS *et al.*, 2013; MOYSÉS *et al.*, 2013; SCHWAB *et al.*, 2014). Em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, um laboratório sobre condições crônicas na APS evidenciou mudanças nos processos de cuidados que apontaram favoravelmente à implantação do MACC (ANDRADE *et al.*, 2016). Uma avaliação foi feita em laboratório realizado em Tauá, Ceará (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

## **5. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A CRISE NA CLÍNICA DA APS**

A APS exercita, nas RAS, três papéis principais: organizar e manter a base populacional, solucionar a grande maioria dos problemas de saúde e coordenar os fluxos de pessoas, informações e produtos nessas redes.

Contudo, os modelos convencionais de APS exercitados atualmente não dão conta de cumprir esses três papéis e falham no manejo das condições crônicas. Por isso, pode-se dizer que há uma crise universal na APS, fruto, em grande parte, da clínica que se pratica. Ela se manifesta, inequivocamente, também no SUS.

Essa crise, como se viu, decorre, fundamentalmente, da incoerência entre uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças com predomínio relativo das condições crônicas e as respostas sociais engendradas pelo modelo de atenção praticado que ainda guarda forte dominância do modelo de atenção aos eventos agudos. Esse quadro tem sido caracterizado pela ditadura do urgente (WAGNER, 1996), pelo fracasso do modelo de APS centrado na consulta médica de curta duração (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007) ou pelo modelo do consultório (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

A crise instalada nas microrrelações clínicas entre a equipe de saúde, especialmente o médico, e as pessoas usuárias transparece em todos os níveis dos sistemas de atenção à saúde, mas com especial relevância nos cuidados primários à saúde. A maioria dos estudos que se relatam, em seguida, foi realizada com foco na atuação de médicos de APS.

Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde sob controle (SAYDAH *et al.*, 2004; AFONSO *et al.*, 2006; ROUMIE *et al.*, 2006). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos (BODENHEIMER; LAING, 2007), uma vez que estudos demonstraram que, nesse país, a duração média de uma consulta médica de adultos é de 16,2 minutos e a de crianças é de 14,2 minutos (FERRIS *et al.*, 1998; STAFFORD *et al.*, 1999; MECHANIC *et al.*, 2001).

Como consequência, há uma inconsistência estrutural entre o tempo curto da consulta médica e o incremento das tarefas da atenção à saúde. Por exemplo, hoje em dia, a atenção ao diabetes é muito mais complexa e consumidora de tempo que há uma década (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2002). Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minu-

tos (BEISECKER; BEISECHER, 1990; KAPLAN *et al.*, 1996); que as consultas necessitam de um tempo mínimo de 20 minutos para envolver as pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas (KAPLAN *et al.*, 1995); e que a duração das consultas é um preditor forte da participação das pessoas usuárias nas decisões clínicas referentes à sua saúde (DEVEUGELE *et al.* 2004).

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas, por várias razões. Estimou-se que um médico de APS gastaria 7,4 horas por dia de trabalho para prover todos os serviços preventivos recomendados para um painel de 2.500 pessoas (YARNAL *et al.*, 2003) e mais 10,6 horas diárias adicionais para prestar uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas desse painel (OSTBYE *et al.*, 2005). Somente para elaborar um bom plano de cuidado, um médico gastaria, em média, 6,9 minutos (BODENHEIMER, 2007). Além disso, há o que os criadores do CCM denominaram de “tirania do urgente” em que a atenção aos eventos agudos se sobrepõe ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas (WAGNER *et al.*, 1996). Os médicos de família devem cuidar, em cada consulta, de 3,05 problemas em média; mas isso varia de 3,88 problemas nas pessoas idosas a 4,6 problemas nos portadores de diabetes (BEASLEY *et al.*, 2004). Como resultado disso tudo, menos de 50% dos cuidados baseados em evidência são realmente prestados (BODENHEIMER, 2008); 42% dos médicos de APS manifestam que não têm tempo suficiente para atender bem às pessoas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); os médicos devotam apenas 1,3 minuto em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de 9 minutos para essas atividades (WAITZKIN, 1984); três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos, o que acarreta não adesão (O’BIEN *et al.*, 1992; MORRIS *et al.*, 1997); e a atenção médica em consulta curta determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias (DUGDALE, 1999).

Alguns estudos refletem o que tem sido denominado de regra dos 50% na relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Em um estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse (ROTTER; HALL, 1989); em outro estudo, em torno de 50% das pes-



soas usuárias solicitadas pelos médicos a manifestar o que entenderam de suas orientações mostraram uma compreensão equivocada (SCHILLINGER *et al.*, 2003); e um terceiro estudo mostrou que 50% das pessoas usuárias atendidas nas consultas médicas não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos realizadas (SCHILLINGER *et al.*, 2005).

No Reino Unido, principalmente na Inglaterra, há, também, elementos que permitem antecipar uma crise na APS. Nesse sentido, dois documentos de posição analisaram em profundidade os problemas dos cuidados primários prestados no Serviço Nacional de Saúde inglês (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015; HOUSE OF COMMONS, 2016).

Os índices de satisfação da população inglesa com os serviços de saúde são altos, mas caíram de 77% em 2010 para 71% em 2014 (APPLEBY *et al.*, 2016). Um dos problemas para isso pode estar no acesso à APS. Na perspectiva das pessoas usuárias, um terço delas não conseguiram acesso ao médico em 48 horas e metade manifestou que o acesso ao médico era muito difícil ou poderia ter sido mais fácil (THE PATIENTS ASSOCIATION, 2013). Contudo, um estudo do Serviço Nacional de Saúde mostrou um quadro mais otimista que o da Associação de Pacientes, mas identificou alguns pontos negativos, como a variabilidade entre diferentes clínicas, o acesso de pessoas idosas, o acesso de pessoas asiáticas ou negras e o acesso nos fins de semana (NATIONAL AUDIT OFFICE, 2016).

Na Irlanda, em 15 anos, o percentual de população que recebe 5 ou mais medicamentos cresceu de 10% a quase 25% entre 1995 e 2010 (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). No Reino Unido, a concentração do cuidado nos médicos, com frágil apoio de uma equipe multiprofissional interdisciplinar e o tempo curto disponível para os atendimentos, tem impactado desfavoravelmente o atributo da longitudinalidade; em consequência, o percentual de pessoas usuárias que foram capazes de ser atendidas por seus médicos generalistas decresceu de 70% em 2010/2011 para 60% em 2014/2015 (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). O tempo curto de atendimento, o modelo de atendimento reativo e episódico centrado no médico e o fato de que dois terços dos atendimentos são em pessoas portadoras de doenças crônicas têm diminuído a satisfação da população da Inglaterra com seus médicos generalistas entre 1% e 2% a cada ano.



A carga de trabalho dos médicos generalistas está aumentando muito em função do crescimento e da complexificação da demanda. Pessoas com comorbidades e idosas pressionam o sistema, o que leva a que uma pessoa com comorbidades, anualmente, tenha, em média, 10 a 12 consultas com médicos da APS, veja 6 médicos especialistas, tome 11 a 12 medicamentos e apresente 3 episódios de urgência (HOUSE OF COMMONS, 2016).

Ademais, os médicos generalistas reportam altos níveis de estresse e baixa satisfação com a prática médica comparada com outros países: 67% de satisfação nos médicos do Reino Unido em relação a 79% dos médicos de APS de outros dez países (MARTIN *et al.*, 2016).

Esses problemas apresentados sumariamente na APS do Reino Unido são, em parte, resultados de problemas de financiamento. Todavia, em sua maior parte, derivam do modelo de atenção à saúde praticado que, à semelhança da APS dos Estados Unidos, é centrado na consulta médica de curta duração que, no Reino Unido, varia de 8 a 10 minutos em média. Esse tempo não é adequado para uma prática segura e centrada na pessoa, o que vem diminuindo o número de problemas vistos pelos médicos em uma consulta. Além disso, os médicos tendem a trabalhar de forma reativa ao invés de proativa e não têm como fazer uma vigilância adequada das condições crônicas (HOUSE OF COMMONS, 2016).

Uma das sugestões feitas na Inglaterra para a melhoria dos cuidados primários tem sido a ampliação da equipe de APS, envolvendo, além do médico, outros profissionais, como enfermeiros, farmacêuticos clínicos, assistentes médicos e fisioterapeutas (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). Estima-se, no Plano de Longo Prazo do Serviço Nacional de Saúde inglês, que serão contratados 20 mil novos farmacêuticos, assistentes médicos, fisioterapeutas e paramédicos (NHS ENGLAND/BMA GENERAL PRACTITIONERS COMMISSION, 2019).

As evidências indicam que a clínica da APS que se baseia fortemente no modelo de atenção aos eventos agudos e com grande centralidade no cuidado médico não apresenta resultados satisfatórios em relação às condições crônicas. Além disso, demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração, como vem sendo sustentado por importantes professores de medicina de família e comunidade (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

n. 38

A resposta conseqüente às condições crônicas implica uma ação concertada em três fundamentos: a estratificação, a estabilização e o autocuidado apoiado (MENDES, 2012).

Esse modelo de cuidados primários que se pratica hegemonicamente tem pouca capacidade de estabilizar as condições crônicas, o que leva a maus resultados sanitários. Um caso típico é do diabetes em que o controle glicêmico tem sido insuficiente, não obstante o número de consultas realizadas. Assim, também, esse modelo não considera incorporar na clínica da APS as tecnologias de autocuidado apoiado, fundamentais em uma clínica de mudança de comportamentos (LORIG *et al.*, 2009).

Pesquisas do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Duke, aplicando as recomendações de diretrizes clínicas baseadas em evidências em um painel de 2.500 pessoas atendidas na APS por 10 condições crônicas mais comuns, com distribuição de idade, sexo e prevalências similares, estimou que o tempo mínimo para atendimento a essas pessoas variou de 3,5 horas por dia quando essas condições se estabilizaram a 10,6 horas por dia quando elas não eram estabilizadas (ALTSCHULER *et al.*, 2012). Essas pesquisas mostraram que mais tempo de consultas médicas não necessariamente melhora a saúde das pessoas e que o modelo de consulta leva a mais consulta.

A utilização hegemônica do modelo de atenção aos eventos agudos em detrimento dos modelos de atenção às condições crônicas na APS é facilitada pelo que Christensen *et al.* (2009) denominaram de modelo de consultório, em que o médico trabalha em um consultório de forma isolada sem o suporte de uma equipe multiprofissional operando interdisciplinarmente. Para esses autores, esse modelo do consultório está em terrível descompasso com o tratamento de muitas enfermidades crônicas e é uma das causas das ineficiências e das inefetividades dos sistemas de atenção à saúde.

Reformas profundas na APS do SUS que proponham estímulos à privatização, criação de quase-mercados e livre escolha de médicos, certamente, estimularão a utilização de modelos de atenção aos eventos agudos, à consulta e ao modelo do consultório. Isso terá pouco impacto nas condições crônicas que respondem pela maior parte da carga de doenças em nosso país. Isso poderá significar uma ameaça ao modelo da ESF que se

está implantando ao longo de muitos anos e que, é importante salientar mais uma vez, tem produzido bons resultados sanitários conforme se mostrou anteriormente.

## 6. O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E UMA NOVA CLÍNICA NA APS

A implantação do MACC convoca mudanças profundas na clínica praticada no manejo convencional das condições crônicas na APS.

Em função da crise que se instalou na clínica da APS, derivada da incoerência entre a situação epidemiológica de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte das condições crônica com uma clínica voltada para os eventos agudos, há que se instituir uma nova clínica dos cuidados primários.

A emergência das condições crônicas exigiu mudanças significativas na atenção à saúde que redundaram em alguns movimentos fundamentais que se manifestaram, de forma especialmente significativa, no campo dos cuidados primários à saúde. Esses movimentos, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada às condições crônicas, em seu conjunto, são muito profundos.

De outra forma, a clínica para as condições crônicas traz elementos essenciais de diversos modelos de atenção à saúde que se fundiram para a geração do MACC, principalmente o MPR e o CCM. Em um, incorpora-se a questão fundamental do manejo das condições crônicas por estratos de riscos; em outro, integram-se os seus elementos essenciais: a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade.

Para que se tenha sucesso no manejo das condições crônicas, há que se estabelecer modificações radicais nas formas como se dão os encontros clínicos entre profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

Essas mudanças na atenção à saúde são muito significativas e profundas e estão integradas no MACC, especialmente porque devem requalificar, no plano horizontal, as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas que são imprescindíveis para a obtenção de resultados clínicos e funcionais para a população.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

---

A utilização do MACC implica assumir que se devem promover mudanças profundas na forma como se presta a atenção à saúde. Essas mudanças são necessárias porque, como advertiu Donald Berwick, uma das maiores lideranças mundiais na qualidade em saúde: “*Não podemos praticar a clínica do século XIX no mundo do século XXI. É preciso mudar*” (LIPMANN, 2000).

Dessa forma, não seria demais afirmar que uma atenção adequada às condições crônicas poderia instituir uma nova clínica, principalmente na APS. Assim, as mudanças na atenção à saúde na APS devem se dar em algumas dimensões principais: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional interdisciplinar; e a introdução de novas formas de atenção profissional.

A primeira mudança na atenção à saúde, convocada pelo MACC na APS, é da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa. Dessa maneira, para que as relações produtivas se consolidem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias, deve ser superada a atenção prescritiva e centrada na doença e implantada uma nova forma de relação que se denomina de atenção centrada na pessoa (JOHNSON, 2008).

Essa mudança essencial dos sistemas de atenção à saúde tem sido considerada nos países desenvolvidos. Por exemplo, uma reforma do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido estruturou-se na atenção centrada na pessoa, sob o lema: “*Nenhuma decisão sobre mim, sem a minha participação*” (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2010).

A clínica da APS é fundamentalmente uma clínica de relações, e o relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa usuária tem um valor em si e antecede ao próprio conteúdo do cuidado. Como afirmou McWhinney (1996), há que se conhecer a pessoa antes de conhecer suas doenças. Deve ser ressaltado que a clínica da APS tem como um de seus atributos a longitudinalidade do cuidado que coloca uma relação de longo prazo entre profissional de saúde e pessoas usuárias. Assim, é inerente à relação clínica na APS, especialmente no cuidado das condições crônicas, um processo transferencial.

Na clínica convencional da APS, é comum a destituição das pessoas usuárias como agentes de sua saúde, o que se expressa, rotineiramente, na queixa sistemática dessas pessoas de que não são ouvidas pela equipe de saúde e de que não participam proativamente de seu tratamento (GROL *et al.*, 2000). Nesse sentido, o uso corriqueiro da palavra paciente, para referir aquele a quem os cuidados de saúde são prescritos, caracteriza muito bem as pessoas que se apresentam, de forma passiva, à atenção à saúde – isso porque paciente, na sua expressão dicionarizada, é aquele que perdeu sua condição de agente. Há evidências que atestam a passividade das pessoas usuárias nas suas relações com as equipes de saúde. Um estudo de mil consultas filmadas, realizadas por 124 médicos, mostrou que as pessoas usuárias participaram das decisões clínicas em, apenas, 9% do tempo (BRADDOCK *et al.*, 1999).

A clínica da APS é uma clínica da narrativa e da empatia (FINSET, 2010). A dimensão narrativa da clínica exige, do profissional de saúde, escutar a história da pessoa usuária, deixar fluir sua história livremente e não, simplesmente, fazer com que responda a questões fechadas. Uma clínica de narrativas é fundamental para criar empatia, que é a capacidade de se colocar na experiência do outro (McWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Na prática, não há tempo, nas consultas de curta duração, para escutar a história da pessoa, explorar os detalhes da sua vida recente e os problemas que está enfrentando – nem mesmo de conhecer as dimensões psicológicas que ajudam a explicar o seu sofrimento. Uma pesquisa constatou que os médicos interromperam as pessoas usuárias em um tempo médio de 23 segundos e que, quando interrompidas, 50% dessas pessoas terminaram sua história em menos de 60 segundos, e 80%, em menos de dois minutos (MARVEL *et al.*, 1999).

A atenção colaborativa e centrada na pessoa reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde (HOLMAN; LORIG, 2000).

O Instituto Picker estabelece oito princípios da atenção centrada na pessoa: respeito aos valores, às preferências e às necessidades expressadas pelas pessoas; coordenação e integração da atenção; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional e alívio do medo e da

ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade e transição; e acesso à atenção (PICKER INSTITUTE, 2011).

Do ponto de vista prático, esses princípios se manifestam na relação clínica em três dimensões fundamentais: o estabelecimento de uma agenda comum construída pelo profissional e pela pessoa usuária, a troca de informações e a decisão compartilhada.

A atenção centrada na pessoa coloca o conceito-chave da aliança terapêutica que consiste na construção de uma agenda comum, na troca de informações, nas decisões compartilhadas e no estabelecimento de relações de confiança, de respeito e empáticas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Há evidência de que quando a aliança terapêutica se institui, possibilita-se uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

As evidências sobre a atenção centrada na pessoa são robustas e variadas: aumento das habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde, maior satisfação das pessoas usuárias, redução das prescrições de medicamentos, redução dos custos da atenção, empoderamento das pessoas usuárias e maior adesão aos tratamentos (ELWYN *et al.*, 2006).

A segunda mudança fundamental da atenção à saúde, no MACC na APS, é da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família. Essa mudança implica o trabalho clínico com uma população adstrita a uma equipe de cuidados primários, inserida no território de abrangência dessa equipe e organizada socialmente em famílias. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, estratificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização de ferramentas de abordagem familiar.

A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: inclui a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; e introduz a família como unidade de cuidado, como ente distinto de cada indivíduo-membro.

A família tem seis principais efeitos na saúde de seus membros: as influências genéticas; a família é crucial para o desenvolvimento infantil;

algumas famílias são mais vulneráveis a problemas de saúde do que outras; as doenças infecciosas propagam-se em famílias; os fatores familiares afetam a morbidade e a mortalidade em adultos; e a família é importante na recuperação da enfermidade (McWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Há certos preceitos para a atenção familiar. Um deles é o que não fazer com as famílias: ignorá-las, menosprezar o valor dos vínculos, julgá-las, avaliá-las em função dos próprios valores, estigmatizá-las, impor-lhes decisões, não as escutar, não as acolher, não as acompanhar e as abandonar (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008).

Entre os fundamentos do trabalho familiar na APS, estão o processo de territorialização, o cadastro familiar, a classificação de riscos familiares e as ferramentas de abordagem familiar. O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental nos cuidados de saúde porque é, a partir dele, que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de APS. A classificação de riscos familiares deriva da teoria dos fatores de riscos e dos fatores protetores. Assim, o trabalho de saúde da família deve conhecer a população de responsabilização e identificar os fatores de riscos e de proteção nelas existentes (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008).

Para uma ação efetiva e equitativa da APS, é fundamental, com base no cadastro familiar e no diagnóstico dos fatores de riscos e protetores, elaborar uma classificação de riscos familiares. Essa classificação tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação dessas famílias por graus de vulnerabilidades. Um exemplo de instrumento de classificação de riscos das famílias é a escala de Coelho e Savassi muito utilizada no SUS (COELHO; SAVASSI, 2004).

Uma clínica da APS demanda, necessariamente, a introdução, na rotina dos cuidados primários, de ferramentas de abordagem familiar. Estas, também conhecidas como ferramentas da saúde da família, são tecnologias oriundas da sociologia e da psicologia, que visam estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade.

As ferramentas de abordagem familiar mais utilizadas são o genograma, o ciclo de vida da família, o F.I.R.O., o P.R.A.C.T.I.C.E., o APGAR Familiar e os mapas de redes (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2008; DIKTERICH *et al.*, 2009).

n. 38

Uma terceira mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na APS consiste em incentivar as ações de autocuidado apoiado que constitui um dos elementos essenciais do MACC. No Brasil, seja no SUS, seja nos sistemas privados, não há uma tradição de trabalhar o autocuidado apoiado.

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É por essa razão que se chama de autocuidado apoiado porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde.

Estudos mostraram que 80% dos sintomas médicos são autodiagnosticados e autotratados; e, em função disso, afirma-se que as pessoas usuárias são as verdadeiras prestadoras de cuidados primários para si mesmas e, por isso, não podem ser consideradas pacientes, mas agentes de sua saúde, nem consumidoras, mas provedoras de seus cuidados (SCHAEFER *et al.*, 2009).

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são: gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer a seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

As pessoas, para se autocuidarem, necessitam de um conjunto de conhecimentos e habilidades que envolvem a capacidade para a solução de problemas, o planejamento de um plano de cuidado, o manejo dos sintomas, a utilização dos recursos de suporte ao autocuidado e a relação de parceria com a equipe de saúde.



O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: na informação e na educação para o autocuidado, na elaboração e no monitoramento de um plano de autocuidado e no apoio material para o autocuidado (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b).

O autocuidado tem sido sustentado por uma metodologia originalmente desenvolvida pelo National Cancer Institute, em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Sofreu modificações ao longo do tempo até se tornar conhecida como a metodologia dos 5 As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento (em inglês, *assess, advise, agree, assist e arrange*).

Os cinco As estão fortemente interrelacionados, e um bom sistema de autocuidado apoiado se beneficia mais quando os utiliza em conjunto. O US Preventive Services Task Force adotou a metodologia dos cinco As como um construto unificador para intervenções relativas a comportamentos saudáveis (SHITZ *et al.*, 2004).

Um trabalho do Departamento de Saúde do Reino Unido concluiu que o autocuidado apoiado diminuiu 40% das consultas ao médico de APS, mais de 50% dos atendimentos de urgência, 50% das internações hospitalares, 50% da taxa de permanência em hospitais, 50% no absenteísmo no trabalho e a utilização de medicamentos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b).

Uma quarta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está na busca de um equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea, também denominada de atenção não programada, e a atenção programada.

A hegemonia do sistema fragmentado, voltado para os eventos agudos, desequilibrou as respostas sociais dos sistemas de atenção à saúde, privilegiando a atenção à demanda espontânea em detrimento da atenção programada. Sempre haverá manifestações de condições agudas e de eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, mas há que se aumentar, relativamente, a atenção programada das condições crônicas para buscar uma situação de equilíbrio.

As condições agudas e os eventos agudos decorrentes de condições crônicas agudizadas determinam uma busca por atenção, por parte das pessoas usuárias, sem que se possa prever, temporalmente, sua ocorrência. Em geral, não é possível saber quando um evento agudo vai ocorrer, seja ele uma

n. 38

doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica, como uma emergência hipertensiva. Por isso, é inerente aos eventos agudos uma demanda espontânea por parte das pessoas usuárias para as quais o sistema deve estar preparado para prestar uma assistência pronta.

As agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como uma falha no sistema de atenção às condições crônicas.

A atenção à demanda espontânea é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, que se faz de forma intempestiva, acionada pela pessoa usuária em momento de manifestação de um sintoma ou sinal e sem possibilidade de uma previsão temporal. Esse tipo de atenção é absolutamente necessário, e os sistemas de atenção à saúde devem ser planejados para dar conta disso. Contudo, sua aplicação às situações de agudização das condições crônicas deve ser minimizada, o que envolve ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas. Ou seja, a diminuição das agudizações das condições crônicas será resultado, em grande parte, da maior oferta de atenção programada aos portadores dessas condições de saúde, especialmente na APS, porque isso é parte fundamental de um modelo efetivo de atenção.

A atenção programada é muito diferente. É o tipo de atenção que se deve aplicar rotineiramente às condições crônicas, que deve ser ofertada sem a presença e o barulho do evento agudo e que deve ser, necessariamente, agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis, segundo diretrizes clínicas baseadas em evidências (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2010). Assim, ao final de um atendimento programado, a pessoa já terá seu próximo atendimento agendado. Isso é parte de um imprescindível programa de vigilância das condições crônicas. Dessa forma, deixar a iniciativa de uma nova consulta à decisão pessoal das pessoas usuárias não é uma boa prática para o controle das condições crônicas que, em geral, evoluem insidiosamente, sem a manifestação de sinais ou sintomas exuberantes.

A atenção programada é o encontro clínico de iniciativa do profissional de saúde, diferentemente da atenção à demanda espontânea cuja iniciativa é da pessoa usuária.

A atenção programada é uma clínica que se concentra em aspectos do cuidado que não são considerados em um atendimento de uma condição aguda ou de uma agudização de condição crônica. É um atendimento que se faz com base em um plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias.

A atenção programada deve obedecer a alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado em um prontuário eletrônico e no registro dos portadores de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas (KABCENEL *et al.*, 2006).

A oferta da atenção programada tem sido considerada uma forma de escapar da tirania do urgente, referida anteriormente e muito comum nas práticas que valorizam o volume de consultas ou o modelo da consultação (MOORE, 2006).

Uma quinta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está no movimento de uma atenção uniprofissional, fortemente centrada no médico, para a atenção multiprofissional provida por uma equipe de saúde trabalhando de modo interdisciplinar.

Como se discutiu anteriormente, a consulta médica de curta duração, como instituição central da atenção à saúde nos sistemas fragmentados, não funciona no manejo das condições crônicas e deve ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional e interdisciplinar.

Como resolver esse problema sem prescindir da consulta médica que é indispensável nos atos médicos indelegáveis e no exercício da liderança dos médicos nas equipes de saúde?

Há duas estratégias alternativas. Uma primeira, conhecida como a estratégia do porteiro e informada por argumentos de senso comum, corresponde a reduzir o painel de pessoas usuárias sob responsabilidade de cada médico e contida em uma lista de adstrição. Ela tem sido proposta

reiteradamente no nosso país, mas encontra no SUS dois obstáculos insuperáveis: a baixa oferta de médicos de família e comunidade e os custos em que incorreria. A segunda, a solução mais viável e que tem sido denominada de estratégia da complementação, implica a utilização de uma equipe de saúde multiprofissional interagindo com os médicos e retirando da responsabilidade da consulta médica curta, várias tarefas que seriam desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais da equipe da APS (BODENHEIMER, 2008). Em outros termos, a solução de complementação não consiste em aumentar o tempo médio da consulta médica, o que não tem sido possível em nenhum sistema de atenção à saúde do mundo, mas agregar, a ele, tempos de atendimentos por outras categorias profissionais que integram uma equipe multiprofissional de saúde. A consulta médica de curta duração persistirá, mas será requalificada no contexto da atenção multiprofissional e interdisciplinar.

A alternativa da complementação é suportada por vários estudos. Há evidências que os tempos de atendimento mais longos na Inglaterra produziram melhores resultados em condições de saúde como diabetes, asma e doença coronariana em relação aos Estados Unidos (CAMPBELL *et al.*, 2001; WILSON; CHILDS, 2002). Ainda que o tempo de atenção pela equipe tenha sido maior na Inglaterra, os médicos generalistas ingleses despenderam menos tempo nas suas consultas (média de oito minutos) que os médicos americanos (15 minutos), mas há práticas interdisciplinares, realizadas especialmente por pessoal de enfermagem e assistentes médicos, em ações preventivas, em cuidados continuados das condições crônicas e na atenção domiciliar que justificam os bons resultados clínicos, mesmo com menor tempo da consulta médica (BODENHEIMER, 2007). Ou seja, manteve-se o tempo de consulta médica curto, mas alongou-se o tempo da atenção às condições crônicas por uma equipe multiprofissional trabalhando interdisciplinarmente.

A equipe multiprofissional é constituída por um grupo de trabalhadores que se comunica regularmente entre si a respeito da atenção à saúde de um conjunto de pessoas usuárias dos serviços de saúde sob sua responsabilidade e que coparticipa da atenção integrada a uma população (STARFIELD, 2002).

A atenção multiprofissional interdisciplinar não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas por um

tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que pressupõe que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe.

O trabalho multiprofissional interdisciplinar é importante porque há um valor agregado de mais olhos e mais ouvidos, de *insights* de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isso, tem sido considerado como um critério de qualidade da atenção à saúde (WAGNER, 2000).

Algumas características diferenciam uma equipe de trabalho efetiva: uma atmosfera relaxada que demonstra interesse de todos; a participação plena de todos os membros no alcance dos objetivos; a aceitação dos objetivos por todos os membros; a escuta mútua e liberdade para sugestões criativas; o clima aberto de discussão das divergências; a maioria das decisões tomadas por consenso; a crítica é franca e construtiva; os membros têm liberdade para expressar seus sentimentos, tanto em relação às tarefas, como sobre como realizá-las; a clareza na definição dos papéis dos diferentes membros; a liderança muda, de vez em quando, dentro do grupo, com base em expertise, mais que em posição formal; e o grupo é consciente sobre sua forma de operar e a revisa com regularidade (McGREGOR, 1960).

Considera-se que a distribuição das funções nas equipes multiprofissionais interdisciplinares se faz por meio das estratégias de *mix* de competências que envolvem: o fortalecimento: a expansão das tarefas de um determinado profissional; a substituição: os papéis de um profissional são divididos com outro; a delegação: as tarefas de um profissional são atribuídas a outro; e a inovação: a instituição de novos profissionais como o SUS fez com o ACS (BOURGEAULT *et al.*, 2008). A distribuição ótima de papéis em uma equipe deverá ser feita de modo a não haver redundâncias ou retrabalho entre os membros dessa equipe.

Uma revisão sistemática sobre o trabalho multiprofissional nos sistemas de atenção à saúde não permitiu constatar evidência de um tipo de composição de equipe de saúde sobre outro, ainda que se tenha concluído que a introdução de enfermeiros, assistentes sociais, profis-

sionais de saúde mental, farmacêuticos e agentes comunitários tenha sido uma maneira útil de expandir a força de trabalho para o controle das condições crônicas (SINGH, 2005b).

Uma sexta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC está na introdução de novas formas de atenção profissional na clínica. As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no CCM e constituem, juntamente com novas relações entre profissionais da APS e especialistas, as mudanças propostas pelo elemento desenho do sistema de prestação de serviços desse modelo (WAGNER *et al.*, 1996).

A clínica da saúde é extremamente concentrada nos encontros clínicos individuais presenciais face a face, por meio de consultas médicas e de enfermagem. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas, em geral, de forma tradicional, muitas vezes sob a forma de palestras para conjuntos de pessoas.

A expansão da equipe multiprofissional é uma condição necessária para a introdução de novas formas de atenção profissional na atenção à saúde. Uma atenção ancorada, fortemente, em médicos e enfermeiros não possibilita a utilização consequente das novas formas de atenção profissional. Outra condição fundamental para a introdução dessas novas formas de atenção é ampliar o espectro de atendimentos da agenda da unidade de saúde. Em geral, a programação da agenda dos profissionais faz-se com consultas médicas e de enfermagem e de grupos. Essas novas formas de atendimento profissional devem estar incluídas na agenda dos profissionais de saúde.

Dentre essas novas formas de encontros clínicos, destacam-se duas: a Atenção Compartilhada a Grupo (ACG) e a Atenção Contínua (AC). A ACG tem sido adotada como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional face a face com forte centralidade na consulta médica de curta duração, para superar as deficiências das reuniões tradicionais de grupos e para dar consequência a práticas multiprofissionais efetivas (MASLEY; SOKOLOFF; HAWES, 2000). Outrossim, ela vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001). Ademais, a ACG não é um grupo de educação em saúde, já que opera em uma lógica muito distinta e vai além disso.

Como o próprio nome indica, a ACG não se destina a uma pessoa individualmente nem é provida por um único profissional, mas evidencia grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo), contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

A ACG foi desenvolvida, inicialmente, para grupos de idosos frágeis, por John Scott, da Universidade do Colorado, Estados Unidos (HARTNETT, 2006). Os resultados foram muito positivos: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da APS; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; e diminuição dos custos da atenção (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001). Posteriormente, foi adotada para outras condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica e fibromialgia. A ACG tem sido aplicada com bons resultados na atenção às gestantes e no controle do sobrepeso e da obesidade (ICKOVICS *et al.*, 3013).

Ela tem sido indicada para pessoas que necessitam de monitoramento contínuo, pessoas portadoras de condições crônicas estáveis, pessoas que precisam de maior tempo de atendimento e pessoas com necessidades intensas de apoio emocional ou psicossocial (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005). De forma similar, a ACG é particularmente útil para as pessoas hiperutilizadoras dos serviços de APS que, em geral, são portadoras de enfermidades (*illnesses*) e são tratadas de forma inadequada e, por isso, apresentam resultados insatisfatórios e sempre estão insatisfeitas com a atenção que recebem.

A implantação da ACG supõe um planejamento bem-feito pela equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para sua consecução, com os meios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos de grupo.

Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de 20 a 25 pessoas. Os participantes devem, previamente, manifestar sua intenção de envolver-se nos grupos. Ou seja, a participação é sempre voluntária.



As principais normas de funcionamento da ACG são: encorajar todos a participarem; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar se não entender o que está sendo discutido; tratar cada qual com respeito e compaixão; ouvir atentamente os outros; tratar como confidenciais as informações compartilhadas no grupo; ser objetivo para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo aprazado; e estar presente em todas as sessões planejadas.

A introdução da ACG foi considerada pela Academia Americana de Médicos de Família uma das dez principais recomendações para melhorar a medicina familiar nos Estados Unidos.

Há evidências de que o ACG tem impacto: na qualidade da atenção à saúde e nos resultados (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005); na satisfação dos usuários (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2010); na satisfação dos profissionais da APS; e no melhor uso dos recursos (JABER, 2006). A ACG foi implantada na APS de Curitiba, Paraná, com resultados positivos (CUBAS, 2013).

Outra nova forma de encontro clínico importante na atenção às condições crônicas é a AC. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, em um mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde.

A AC é feita para pessoas que são agendadas, em sequência, para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde. Por exemplo, uma pessoa portadora de diabetes pode ter uma consulta com o médico das 9h às 9h15; com o enfermeiro das 9h15 às 9h30; com o farmacêutico das 9h30 às 9h45; e com o nutricionista das 9h45 às 10h. Ao final, faz-se uma atividade educacional em grupo que pode ser agendada das 10h às 10h45. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, em uma única manhã, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe de saúde.

A AC indica-se para portadores de condições crônicas nas seguintes situações: prevenir ou minimizar complicações para pessoas com incapacidades importantes; gerenciar proativamente a atenção em subpopulações específicas; coordenar os serviços preventivos; monitorar as intervenções



que têm sido feitas com base em evidências de sua efetividade ou de padrões ótimos de atenção; elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pela pessoa usuária; e avaliar os processos e os resultados da atenção. A AC aplica-se, com especial interesse, em avaliações iniciais de pessoas portadoras de condições crônicas que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais e para a elaboração e monitoramento de planos de cuidado.

A seleção das pessoas para a AC deve ser feita a partir do exame dos registros de pessoas portadoras de condições crônicas, o que significa ter critérios de inclusão e de exclusão. A opção por participar da AC é da pessoa usuária que deve receber uma clara explicação da equipe sobre o que é essa nova forma de encontro clínico e sobre seus benefícios.

A seleção é feita por coortes de oito pessoas que são distribuídas pelos profissionais da equipe de saúde, em atendimentos individuais face a face, de 15 minutos cada (quatro pessoas com quatro diferentes profissionais em cada hora). Duas dinâmicas podem ser feitas: em uma, a pessoa usuária permanece em um único consultório e os profissionais giram; em outra, os profissionais permanecem no seu consultório e a pessoa gira.

A AC tem sido utilizada no manejo de crianças com asma no Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. Após quatro ciclos de atendimentos por médico, enfermeiro, farmacêutico e cirurgião-dentista, obtiveram-se os seguintes resultados: uso de plano de cuidado, de 21% para 100%; asma controlada, de 51% para 100%; uso de corticoide inalatório, de 16% para 76%; internações por asma no último ano, de 14 para 1 (SCHIRMER, 2014).

A implantação dessa nova clínica na APS, referida pelo MACC, é um processo complexo que envolve mudanças profundas em vários elementos do SUS e que exige um tempo mais ou menos longo para sua maturação. Isso não parece muito compatível com mudanças de tipo *big-bang* que se baseiam em incentivos à expansão de prestadores privados, criação de quase-mercados, livre escolha de médicos e que visam ao aumento de modelos de APS que valorizam relativamente o volume de serviços prestados.

Para alcançar essas mudanças na clínica da APS, certamente, é melhor continuar com o ritmo das mudanças incrementais que levaram à ESF e ir aperfeiçoando esse modelo ao longo do tempo, adequando-o às proposições do MACC, mas sem desconhecer a importância de, concomitantemente,

n. 38

seguir melhorando a atenção aos eventos agudos e, também, de todos os outros perfis de oferta que compõem a casa da APS como se mostrou anteriormente.

Para uma política pública de sucesso como é a APS do SUS, uma certa prudência se impõe nos processos de mudança, mas sem reacionarismos. Aqui se aplica, como ensina a sabedoria popular: “devagar com o andor que o santo é de barro”.



## REFERÊNCIAS

---



## REFERÊNCIAS

---

- ABATH J. M. Medicina familiar no Brasil. **Educ Méd Salud**, v. 19, n. 1, p. 48-73, 1985.
- AFONSO, N. M. *et al.* Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risks patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? **Am J Manag Care**, v. 12, n. 10, p. 589-594, 2006.
- AGERHOLM, J. *et al.* Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council. **BMC Health Serv Res**, v. 15, n. 1, p. 420, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1105-8>. Acesso em: 18 dez 2020.
- AHGREN, B. Competition and integration on Swedish health care. **Health Policy**, v. 96, n. 2, p. 91-97, 2010.
- ALFRADIQUE, M. E. **As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS**. Belo Horizonte: Mimeo, 2001.
- ALTSCHUSLER, J. *et al.* Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. **Ann Fam Med**, v. 10, n. 5, p. 396-420, 2012.
- ÁLVAREZ, B. *et al.* Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. **Rev Panam Salud Pública**, v. 8, n. 1/2, p. 55-70, 2000.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Group visits: shared medical appointments. **American Academy of Family Physicians**, 2005. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>. Acesso em: 24 maio 2009.
- ANDRADE, M. V. *et al.* **Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.
- ANDRADE, M. V. *et al.* **Pesquisa de avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFSJ, 2016.
- ANELL, A. Choice and privatisation in Swedish primary care. **Health Econ Policy Law**, v. 6, n. 4, p. 549-569, 2011.
- APPLEBY, J. *et al.* **Public attitudes towards the NHS in austere times**. London: The King's Fund, 2016.
- AQUINO, R. *et al.* Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 11, p. 87-93, 2009.

ARAUJO, E. C.; PONTES, E. **Análise da eficiência do gasto público com saúde**. Brasília: Banco Mundial, 2017.

ARCAYA, M. C. *et al.* Research on neighborhoods effects on health in the United States: a systematic review of study characteristics. **Soc Sci Med**, v. 168, p. 16-29, 2016.

ÁVILA, M. M. M. O programa ACS no Ceará: o caso de Uburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-362, 2011.

BALASUBRAMANIAN, B. A. *et al.* Using learning teams for reflective adaptation (ultra): insights from a team-based change management strategy in primary care. **Ann Fam Med**, v. 8, n. 5, p. 425-432, 2010.

BAPTISTA, D. R *et al.* The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. **Diabetol Metab Syndr**, v. 8, p. 7, 2016.

BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 1., 2000, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BARNETT, J. *et al.* The value of choice: a qualitative study. **Br J Gen Pract**, v. 58, n. 554, p. 609-613, 2008.

BARTLETT, W.; LE GRAND, J. The theory of quasymarkets. *In*: LE GRAND, J.; BARTLETT, W. **Quasymarkets and social policy**. London: The Macmillan Press, 1993.

BASTOS, M. L. *et al.* The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. **PLoS One**, v. 12, n. 8, e0182336, 2017. doi: 10.1371/journal.pone.0182336. eCollection 2017.

BAUER, M. S. *et al.* Collaborative care for bipolar disorder on clinical outcome, function, and costs. **Psychiatr Serv**, v. 57, n. 7, p. 937-945, 2006.

BEASLEY, J. W. *et al.* How many problems do family physicians manage at each encounter? **Ann Fam Med**, v. 2, n. 5, p. 405-410, 2004.

BEISECKER, A. E.; BEISECKER, T. D. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. **Med Care**, v. 28, n. 1, p. 19-28, 1990.

BENGOA, R. Curar y cuidar. *In*: BENGOA, R, NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier España, 2008.

BENGOA, R. Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos por países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. *In*: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 1., 1999, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BERK, M. L.; MONHEINT, A. C. The concentration of health expenditures: an updated. **Health Aff**, v. 11, n. 4, p. 145-149, 1992.

n. 38

BERMAN, P. A.; BOSSERT, T. J. **A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned?** Boston: International Health System Group/Harvard School of Public Health, 2000.

BETTCHER, D. H. *et al.* Essential public health functions: results of the international Delphi study. **World Health Stat Q**, v. 51, n. 1, p. 44-54, 1998.

BHATT, J. Your zip code, your health. **American Hospital Association**, 16 maio 2018. Disponível em: <https://www.aha.org/news/insights-and-analysis/2018-05-16-your-zip-code-your-health>. Acesso em: 23 abr. 2020.

BILLINGHURST, B.; WHITFIELD, M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. **Br J Gen Pract**, v. 43, n. 373, p. 336-338, 1993.

BILLINGS, J. *et al.* Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff**, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BLACK, J.; MACINKO, J. Neighborhoods and obesity. **Nutr Rev**, v. 66, n. 1, p. 2-20, 2008.

BODENHEIMER, T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. **JAMA**, v. 298, n. 17, p. 2048-2055, 2007.

BODENHEIMER, T. Transforming practice. **N Engl J Med**, v. 359, p. 2086-2089, 2008.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving primary care: strategies and tools for a better practice.** New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2007.

BODENHEIMER, T.; LAING, B. Y. The teamlet model of primary care. **Ann Fam Med**, v. 5, n. 5, p. 457-461, 2007.

BOURGEAULT, I. L *et al.* **How can optimal skill mix be effectively implemented and why?** Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

BRADDOCK, C. H. *et al.* Informed decision making in outpatient practice. **JAMA**, v. 282, n. 24, p. 2313-2320, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, n. 76, p. 33, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: DAB/SAS/MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2006.



BRITT, H. *et al.* **General practice activity in Australia, 2004-05.** Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2005.

BROOSKE, B. C. *et al.* **Different perspectives for assign weights to determinants of health.** Madison: University of Wisconsin, 2010.

BROUGHTON, E. I. *et al.* Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for HIV care in Uganda. **Int J Qual Health Care**, v. 28, n. 6, p. 802-807, 2016.

BUCK, D. *et al.* **A vision for population health: towards a healthier future.** London: The King's Fund, 2018.

CABRAL, N. L. *et al.* The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: a 6-year cohort study. **Am J Public Health**, v. 102, n. 12, p. e90–e95, 2012.

CAMPANTE, R. G. O patrimonialismo em Faoro e Weber e a sociologia brasileira. **Dados**, v. 46, n. 1. P 153-193, 2003.

CAMPBELL, S. M. *et al.* Identifying predictors of high quality care in English general practice. **BMJ**, v. 323, n. 7316, p. 784-787, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAPILHEIRA, M. F; SANTOS, I. S. Individual factors associated with medical consultations by adults. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3. P 436-443, 2006.

CARRIN, G. *et al.* **The influence of financial participation by the population on the demand for health care: an analytical tool for countries in greatest need.** Geneva: WHO/DICC; 1994.

CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE. **Physician survey.** [S. l.: s. n.], 2008. Disponível em: <http://www.hschange.com>. Acesso em: 2 maio 2011.

CHAIX, B. Geographic life environments and coronary heart disease: a literature review, theoretical contributions, methodological updates, and research agenda. **Annu Rev Public Health**, v. 30, p. 81-105, 2009.

CHERAGHI-SOBI, A. S. *et al.* What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. **Ann Fam Med**, v. 6, n. 2, p. 107-115, 2008.

CHERNICHOVSKY, D. What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? Or, is there some optimal path for health system development? *In*: BERMAN, P. (ed.). **Health sector reform in developing countries: making health development sustainable.** Boston: Harvard University Press, 1995.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008.** 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CHRISTENSEN, C. M. *et al.* **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

COLEMAN, C. F.; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. *In*: BENGUA, R. NUÑO, R. S. **Curar y cuidar**: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da atenção à saúde**: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018.

CONSORCIO DE SAÚDE E SOCIAL DA CATALUNHA. **Documento técnico contendo a análise e descrição dos atuais sistemas de pagamento de serviços hospitalares utilizados na Catalunha e Portugal**. Produto apresentado ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Barcelona: CHC Consultoria e Gestão, 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Values, norms and the reform of health care systems. *In*: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

COOTER, R. D.; ULEN, T. S. **Law and economics**. London: Scott, Foreman and Co, 1988.

COULTER, A.; JENKINSON, C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. **Eur J Public Health**, v. 15, n. 4, p. 355-360, 2005.

CROMBIE, D. L. Diagnostic process. **J Coll Gen Practit**, v. 6, p. 579-589, 1963.

CUBAS, R. F. *et al.* A implantação do MACC em Curitiba: aprendizados e perspectivas de futuro. *In*: MOYSÉS, S. T. *et al.* (org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre a atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: OPAS/CONASS, 2013.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DEBER, R. *et al.* D. **Private delivery and public goals**: mechanisms to ensure that private hospitals to meet public objectives. Toronto: University of Toronto; 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Choice of GP practice**: Guidance for PCTs. Leeds: Department of Health, 2012.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Equity and excellence: liberating the NHS.** London: Department of Health, 2010.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care.** London: Department of Health, 2005b.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long term conditions: an NHS and social model to support local innovation and integration.** Leeds: Department of Health, 2005a.

DESMEDT, M. *et al.* Economic impact of integrated care models for patients with chronic diseases: a systematic review. **Value Health**, v. 19, n. 6, p. 892-902, 2016.

DEVEUGELE, M. *et al.* Consultation in general practice: a standard operating procedure? **Patient Educ Couns**, v. 54, n. 2, p. 227-233, 2004.

DIETRICHSON, J. *et al.* Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. **Health Econ**, v. 29, p. 716-730, 2020.

DITTERICH, R. G. *et al.* As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família em Curitiba, PR. **Saúde Soc**, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009.

DIXON, A. Patient choice. **How patients choose and how providers respond.** London: King's Fund, 2010.

DUCHARME, J.; WOLFSON, E. You Zip Code might determine how long you live and the difference could be decades. **Time**, 17 jun. 2019. Disponível em: <https://timedotcom.files.wordpress.com/2019/06/zip-code-life-expectancy.jpg>. Acesso em: 12 abr. 2020.

DUGDALE, D. C. Time and the physician-patient relationship. **J Gen Intern Med**, v. 14, p. 34-40, 1999. Suplemento 1.

DUNCAN, D. T.; KAWACHI, I. Neighborhoods and health: a progress report. *In*: DUNCAN, D.T.; KAWACHI, I. **Neighborhoods and health**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2018.

EKMAN, B.; WILKENS, J. A literature review of the regional implementation of the Swedish government's health care reforms on choice and privatization. **Heal Econ Rev**, v. 5, n. 39, 2015.

ELISSA, E.; BLACKBURN, E. **O segredo está nos telômeros.** São Paulo: Editora Planeta; 2017.

ELWYN, G. *et al.* Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. **BMJ**, v. 333, n. 7565, p. 417-419, 2006.

ENGLAND, R. *et al.* **Health sector reform: a toolkit for communication.** London: Institute for Health Sector Development, 1997.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Plan nacional de cuidados paliativos: bases para su desarrollo.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

ETTELT, S. *et al.* **Health care outside hospital: accessing generalist and specialist care in eight countries.** Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

---

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Globo, 1998.

FERLIE, E. *et al.* **The new public management in action**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

FERNANDES, C. L. C. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil**. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FERNANDES, L. C. L. *et al.* Utilização de serviço de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERRIS, T. G. *et al.* Changes in daily practice of primary care for children. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 152, n. 3, p. 227-233, 1998.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. Bethesda: Science and Health Publications, 1910.

FONSECA, M. L. G. *et al.* Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FORTES, S. *et al.* Queixas somáticas sem explicação médica. *In*: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREDRIKSSON, M. *et al.* The trade-off between choice and equity: Swedish policymakers' arguments when introducing patient choice. **J Eur Soc Policy**, v. 23, n. 2, p. 192-209, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0958928712463158>. Acesso em: 12 dez 2020.

FREITAS, F. O. **A atenção primária à saúde na UBS São Francisco, Toledo, Paraná**. Curitiba: 5º Encontro da Rede Mãe Paranaense, 2016.

FRENK, J. *et al.* **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Bol Of Sani Panam**, v. 111, n. 6, p. 458-496, 1991.

FRIAS, P. G. *et al.* Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 5, p. s43-s51, 2005. Suplemento 1.

FRY, J. **Common diseases**. London: MTP, 1974.

GAWANDE, A. **Complications**: a surgeon's notes on an imperfect science. London: Profile Books, 2002.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GLASGOW, R. E. *et al.* Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). **Med Care**, v. 43, n. 5, p. 436-444, 2005.

GLENNGARD, A.; ANELL, A. *et al.* Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. **Health Policy**, v. 103, n. 1, p. 31-37, 2011.

GOBIERNO VASCO. **Estrategia para enfrentar el reto de la cronicidad en Euskadi**. Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

GODAGER, G. Birds of a feather flock together: a study of doctor-patient matching. **J Health Econ**, v. 31, n. 1, p. 296-305, 2012.

GOVERNMENT OF SWEDEN. **Freedom of Choice Act**. Stockholm: Ministry of Social Affairs, 2008.

GRAY, M. **Evidence-based healthcare and public health**: how to make decisions about health and public health. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2009.

GREEN, L. A. *et al.* **The ecology of medical care revisited**. *New Engl J Med*, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GROL, R. *et al.* Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. **Br J Gen Pract**, v. 50, n. 460, p. 882-887, 2000.

GROOPMAN, J. **Second opinions**: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine. New York: Penguin; 2001.

GROUP HEALTH COOPERATIVE. **Visit starter kit**. [S. l.: s. n.], 2001. Disponível em: <http://www.ghc.org>. Acesso em: 24 out. 2011.

GRUMBACH, K., BODENHEIMER, T. A primary care home for Americans: putting the house in order. **JAMA**, v. 288, n. 7, p. 889-893, 2002.

GRYTEN, J. SORENSEN, A. Patient choice and access to primary physician services in Norway. **Health Econ Policy Law**, v. 4, n. 1, p. 11-27, 2009.

GUANAIS, F. C. Health equity in Brazil. **BMJ**, v. 341, p. c6542, 2010.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998–2010. **Am J Public Health**, v. 105, p. S593-S599, 2015. Supplement 4.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. Dissertação (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GUSSO, G. D. F. *et al.* Base para um novo sanitarismo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 36, p. 1-10, 2015.

HAM, C. Contestability: a middle path for health care. **BMJ**, v. 312, n. 7023, p. 70-71, 1996.

HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

HAM, C. (ed.). **Health care reform: learning from international experience**. Buckingham: Open University Press, 1997.

HAM, C.; ALDERWICK, H. **Placed-based system of care: a way forward for the NHS in England**. London: The King's Fund, 2015.

HARDING, A.; PREKER, A. **Private participation in health services**. Washington: The World Bank, 2003.

HARRYS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme: Editorial. **BMJ**, v. 341, p. c4945, 2011.

HARTNETT, T. Group visit to family physicians result in improved outcomes. **Medscape**, 2006. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>. Acesso em: 12 maio 2010.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. Alicante: Universidad de Alicante/Departamento de Salud Pública, 2004.

HEATH, I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. **Int J Integr Care**, v. 10, p. 10-11 2010.

HODGSON, P. *et al.* Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. **Ann Fam Med**, v. 3, n. 4, p. 318-323, 2005.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **BMJ**, v. 320, n. 7234, p. 526-527, 2000.

HOLMANN, D. *et al.* District nurses' experience with the free choice system in Swedish primary care. **Br J Community Nurs**, v. 19, n. 1, p. 30-35, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.1.30>. Acesso em: 12 abr. 2020.

HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **Plos Med**, v. 14, n. 5, p. e1002306, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 23 abr. 2019.

HOOD, C. C. A public management for all seasons. **Public Administration**, v. 69, p. 3-19, 1991.

HOUSE OF COMMNS. **Primary care: fourth report of session 2015-2016**. London: The Health Committee, 2016.

HSIAO, W. **What should macroeconomists know about health care policy?** a primer. Washington: International Monetary Fund, 2000.

HUMPEL, N. *et al.* Environmental factors associated with adult's participation in physical activity: a review. **Am J Prev Med**, v. 22, n. 3, p. 188-189, 2002.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-704, 2006.

ICKOVICS, J. R. *et al.* Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study in public clinics. **Obstet Gynecol**, v. 102, n. 5, p. 1051-1057, 2003.

IKAKSSON, D.; BLOMQVIST, P; WINBLAD, U. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. **BMC Health Serv Res**, v. 16, p. 28, 2016.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nemêsis médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. **The chronic care model**. 2010. Disponível em: [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org). Acesso em: 5 maio 2013.

INFANTE, A. *et al.* Reforma de los sistemas de salud en América Latina y Caribe: situación y tendencias. **Rev Panam Salud Pública**, v. 8, n. 1/2, p. 13-19, 2000.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Palliative care**. Bloomington: ICSI, 2009.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GDB Brasil**. Seattle, WA: IHME, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Capturing social and behavioral domains and measures in electronic health records: phase 2**. Washington: The National Academies Press, 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining primary health care: na interim report**. Washington: The National Academies Press, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Models and strategies to integrate palliative care principles into care for people with serious illness**. Washington: The National Academies Press, 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Priority areas for national action: transforming health care quality**. Washington: The National Academy Press, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, padrões de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde, 2010.

IVERSEN, T.; LURAS, H. Patient switching in general practice. **J Health Econ**, v. 30, n. 5, p. 894-903, 2011.

JABER, R. *et al.* Group visits for chronic illness care: model, benefits and challenges. **Fam Pract Manag**, v. 13, n. 1, p. 37-40, 2006.

JAMES, B. C.; POULSEN, G. P. A defesa do modelo de pagamento per capita. **Harvard Business Brasil**, v. 94, p. 46-56, 2016.

JARAMILLO, I. **El futuro de la salud en Colombia**: cinco años de puesta en marcha de la Ley 100. 4. ed. Santa Fé de Bogotá: FESCOL, 1999.

JOHELSON, K. **Paying the patient improving health using financial incentives**. London: King's Fund, 2007.

JOHNSON, B. V. **Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care, 2008.

JORGE, E. A. A experiência do Reino Unido. *In*: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 1., 1999, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

JUNQUEIRA, M. G. **Regulamentação da Emenda 29**: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais. 2011.

KAPLAN, R. M. **More than medicine**: the broken promise of American health. Cambridge: Harvard University Press, 2019.

KAPLAN, S. H. *et al.* Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. **Ann Intern Med**, v. 124, n. 5, p. 497-504, 1996.

KAPLAN, S. H. *et al.* Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. **Med Care**, v. 33, n. 12, p. 1176-1187, 1995.

KAUL, M. The new public administration: management innovations in government. **Public Adm Dev**, v. 17, n. 1, p. 11-26, 1997.

KAWASHI, I.; BERKMAN, L. F. **Neighborhoods and health**. New York: Oxford University Press, 2003.

KICKERT, W. J. M.; KOPPENJAN, J. F. M. Public management and network management: an overview. *In*: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN J. M. F. **Managing complex networks**: strategies for the public sector. London: Sage Publications, 1999.

KILL, A.; HOULBERG, K. How does copayment for health care services affect demand health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. **Eur J Health Econ**, v. 15, n. 8, p. 813-828, 2014.

KIM, D. Blues from the neighborhood? Neighborhoods characteristics and depression. **Epidemiol Rev**, v. 30, p. 101-117, 2008.

KLINJ, E. H. Networks as perspective on policy and implementation. *In*: CROPPER, S. *et al.* **Handbook of interorganizational relations**. Oxford: Oxford University Press, 2008.



KLOETZEL, K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. *In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.*

KNAUSE, D. R. et al. Antropologia e atenção primária à saúde. *In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.*

KROENKE, K. et al. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *Am J Psychol*, v. 130, n. 1, p. 102-105, 1973.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

KULLBERG, L. et al. Market-orienting reforms in rural health care in Sweden: how can equity in access be preserved? *Int J Equity Health*, v. 17, n. 1, p. 123, 2018.

LAI, A. H. et al. Vouchers for primary healthcare services in an ageing world? The perspectives of elderly voucher recipients in Hong Kong. *Health Soc Care Community*, v. 26, n. 3, p. 374-82, 2018.

LAKHANI, M. et al. **The future of general practice: a roadmap**. London: Royal College of General Practitioners, 2007.

LAMBERTS, H.; WOOD, M. (ed.). **International Classification of Primary Care (ICPC)**. Oxford: Oxford University, 1987.

LANDSBERG, G. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012.

LEAVEL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill, 1976.

LICHTENFELS, P. et al. Cuidados paliativos: *In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.*

LIMA, M. V. et al. Registros médicos, certificados e atestados. *In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.*

LIPPMAN, H. Practice in the twenty-first century. *Hippocrates*, v. 1, p. 38-43, 2000.

LOMAS, J.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. *In: EVANS, R. G.; MORRIS, L. B.; MARMOR, T. R. (ed.). Why are some people healthy and others not? The determinants of health of population*. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

LOPES, J. M. C. Registro em saúde orientado por problemas. *In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, Tomo I; 2012.

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

LOPES, J. M. S.; OLIVEIRA, M. B. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**, v. 11, p. 28-50, 1988.

LORIG, K. *et al.* **Living a healthy life with chronic conditions**: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, depression, asthma, bronchitis, emphysema and other physical and mental conditions. 4th ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2009.

LOTTENBERG, C. Para mudar o paradigma na saúde pública. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 100, n. 33.464, 15 nov. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/11/para-mudar-o-paradigma-na-saude-publica.shtml>. Acesso em: 30 dez. 2020.

MACINKO, J. A. **Estratégia de Saúde da Família**: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS, 2011.

MACINKO, J. A. Impacto da APS na redução das desigualdades em saúde e na melhora dos indicadores de saúde no Brasil e no mundo. *In*: SEMINÁRIO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIA CHAVE PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS, 2018, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

MACINKO, J. A. *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J. A. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MACINKO, J. *et al.* Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.

MAGNUSSEN, J. *et al.* **Nordic health care systems**. Maidenhead: Open University Press, 2009.

MAHMUD, S. J. *et al.* Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, Tomo I; 2012.

MAIR, C. *et al.* Are neighborhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. **J Epidemiol Community Health**, v. 62, n. 11, p. 940-946, 2008.

MARCELLI, S. *et al.* Chronic care model and cost reduction in initial health: a new approach for satisfaction and improvement of chronicity. **Geriatric Care**, v. 3, n. 3, 2017.

MARKS, J. S. Why your zip code may be more important to your health than your genetic code. **Huffpost**, 24 maio 2009. Disponível em: [https://www.huffpost.com/entry/why-your-zip-code-may-be\\_b\\_190650](https://www.huffpost.com/entry/why-your-zip-code-may-be_b_190650). Acesso em: 23 jul. 2020.

MARQUES NETO, F. A. **Parcerias público-privadas**: conceito. São Paulo: PUCSP, 2017.

MARTIN, D. **Better now**: six big ideas to improve health care for all Canadians. New York, 2017.

MARTIN, E. *et al.* Why patients consult and what happens when they do. **BMJ**, v. 303, n. 6797, p. 289-292, 1991.

MARTIN, S. *et al.* **Under pressure**: what the Commonwealth Fund's 2015 international survey of general practitioner means for UK. London: The Health Foundation, 2016.

MARTY, I. K. **O uso de ferramentas e tecnologias no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARVEL, M. K. *et al.* Soliciting the patient's agenda: have we improved? **JAMA**, v. 281, n. 3, p. 283-287, 1999.

MASLEY, S.; SOKOLOFF, J.; HAWES, C. Planning group visits for high-risk patients. **Fam Pract Manag**, v. 7, n. 6, p. 33-36, 2000. Disponível em <https://www.aafp.org/fpm/2000/0600/p33.html>. Acesso em: 16 set. 2009.

McCOUGHLAN, M. *et al.* A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (ed.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2006.

McGINNIS, J. M. *et al.* The case for more active policy attention to health promotion. **Health Aff**, v. 21, n. 2, p. 78-93, 2002.

McGOVERN, L. *et al.* Health policy briefs: the relative contribution of multiple determinants to health outcomes. **Health Aff**, p. 1-9, 2014.

McGREGOR, D. **The human side of enterprise**. New York: McGraw-Hill, 1960.

McWHINNEY, I. R. The importance of being different. **Br J Gen Pract**, v. 46, p. 433-436, 1996.

McWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MECHANIC, D. *et al.* Are patients' office visit with physician getting shorter? **N Engl J Med**, v. 344, n. 3, p. 198-204, 2001.

MEHRY, E. E. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, J. B. *et al.* (org.). **Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

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

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1985.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. **A construção social da atenção primária à saúde.** 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalization for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy Plan**, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2012.

METCALFE, A. *et al.* The association between neighborhoods and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of multilevel studies. **Pediatr Perinat Epidemiol**, v. 25, n. 3, p. 236-345, 2011.

MEYER, C. *et al.* **The impact of vouchers on the use and quality of health goods and services in developing countries: a systematic review.** London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit/University of London, 2011.

MEYER, O. L. *et al.* Determinants of mental health and self-rated health: a model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activities. **Am J Public Health**, v. 104, n. 9, p. 1734-1741, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.302003>. Acesso em: 14 maio 2020.

MIANI, C. *et al.* **Choice of primary care provider: a review of experiences in three countries.** London: Policy Innovation Research Unit/Department of Health, 2013.

MILAGRES, R. *et al.* Governança colaborativa. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Governança regional das redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2016.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. **Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria.** Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.

MIPATRINI, D. *et al.* Protocol for the evaluation of a chronic care model experience in Rome. **Clin Ter**, v. 168, n. 5, p. e317-e319, 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. A. (org.). **O território e o processo saúde doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOORE, L. G. Escaping the tyranny of the urgent by delivering planned care. **Fam Pract Manag**, v. 13, n. 5, p. 37-40, 2006.

MORIATES, C. **Understanding value-based healthcare**. New York: Mc Graw Hill Education, 2015.

MORRIS, L. A. *et al.* Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. **Med Care**, v. 35, n. 10, p. 996-1007, 1997.

MORRIS, S. S. *et al.* Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gains of preschool children on northeast Brazil. **J Nutr**, v. 134, n. 9, p. 2336-2341, 2004.

MOTTA, M. C. O programa médico de família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 118-122, 2005.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Resultados processuais da implantação do MACC nas UBS's de Curitiba. *In*: MOYSÉS, S. T. *et al.* (org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS**: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

MUÑOZ, F. *et al.* Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. **Rev Panam Salud Pública**, v. 8, n. 1/2, p. 126-134, 2000.

MUSHI, A. K. *et al.* Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher system in Tanzania. **Health Policy Plan**, v. 18, n. 2, p. 163-171, 2003.

NATIONAL AUDIT OFFICE. **Stocktake of access to general practice in England**. London: Department of Health and NHS England, 2016.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Equity and excellence: liberating the NHS**. London: The Stationery Office, 2010.

NEAL, R. D. *et al.* Frequent attenders: who needs treatment? **Br J Gen Pract**, v. 46, n. 404, p. 131-132, 1996.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. *In*: SCHRAIBER, J. B. *et al.* (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NHS ENGLAND/BMA GENERAL PRACTITIONERS COMMITTEE. **Investment and evolution: a five-year framework for GP contract reform to implement The NHS Long Term Plan**. London: NHZ England/GPC England, 2019.

NUTTING, P. A. *et al.* Use of chronic care models elements is associated with higher-quality care. **Ann Fam Med**, v. 5, n. 1, p. 14-20, 2007.

NYSTUEN, J. D.; DACEY, M. F. A graph theory interpretation of nodal regions. **Pap Reg Sci Assoc**, v. 7, p. 29-42, 1961.

O'BRIEN, M. K. *et al.* Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. **Med Care Rev**, v. 49, n. 4, p. 435-454, 1992.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DA FACE/UFMG. **Monitoramento de resultados, desempenho e satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família: um estudo**

de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2011.

OKKES, I. M. *et al.* Episodes of care in Dutch Family Practice: epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). *In: OKKES, I. M. et al. ICPC in the Amsterdam Transition Project.* Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília: OMS/OPAS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La renovación de atención primaria de salud en las Américas.** Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud:** conceptos, opciones de políticas de salud y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2010.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo:** como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 3. ed. Brasília: MH Comunicações, 1994.

OSTBYE, T. *et al.* Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*, v. 3, n. 3, p. 209-214, 2005.

PARKER, H. **Making the shift:** review of NHS experience. Coventry: Institute for Innovation and Improvement, 2006.

PATOUILLARD, E. *et al.* Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature. *Int J Equity Health*, v. 6, p. 17, 2007.

PENN, D. *et al.* **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London: Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/history/Dawson>. Acesso em: 28 abr. 2012.

PEREIRA, L. C. B. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. *In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (org.). Reforma do Estado e administração pública gerencial.* Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial e as mudanças no seu padrão etário:** uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais. Belo Horizonte: Departamento de Demografia /CEDEPLAR/UFMG, 2006.

PERROT, J. *et al.* **The contractual approach: new partnerships for health in developing countries.** Geneva: World Health Organization, 1997.

PICKER INSTITUTE. **Principles of patient-centered care.** [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>. Acesso em: 23 mar. 2012.

PINCHEVSKY, G. M.; WRIGHT, E. M. The impact of neighborhoods on intimate partner violence and victimization. **Trauma Violence Abuse**, v. 13, n. 2, p. 112-132, 2012.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PLOUGH, A. L. Building a culture of health: challenges for the public health workforce. **Am J Prev Med**, v. 47, n. 5, p. S388-S390, 2014. Supplement 3.

PORTER, M. **Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente.** Oakland: Kaiser Permanente, 2007.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. Como pagar pelos serviços de saúde. **Harvard Business Review Brasil**, v. 94, p. 32-45, 2016.

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Diário da República**, Série I-A, Lisboa, n.º 109, p. 3856-3865, 6 jun. 2006

PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION. **The future of primary care: creating teams for tomorrow.** London: Health Education England, 2015.

QUINET, A. **A lição de Charcot.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005.

RADAELLI, S. M. *et al.* Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Rev Saúde Publ**, v. 24, n. 3, p. 232-240, 1990.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde nas capitais da Região Sudeste do Brasil, 2009 e 2014. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. e00089118, 2019.

RAMOS, V.; CARRAPIÇO, E. Pessoas que consultam frequentemente. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, Tomo I; 2012.

RAND HEALTH. **Improving chronic illness care evaluation.** Rand Health Project. Rand Corporation, 2008. Disponível em: <http://www.rand.org/health/projects>. Acesso em: 11 abr. 2009.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of hospital data. **BMJ**, v. 348, p. 1-10, 2014.

RASELLA, D. *et al.* Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended death in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 388, 2010.

n. 38

*A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças*

REHNBERG, C. Sweden. *In*: HAM, C. (ed.). **Health care reform: learning from international experience**. Buckingham: Open University Press, 1997.

REIS, M. C. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. *In*: Congresso Brasileiro de Econometria, 31., 2009, Foz de Iguaçu. **Anais [...]**. São Paulo: FGV, 2009.

RICE, T. **The economics of health reconsidered**. Chicago: Health Administration Press, 1998.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. **From vision to action: measures to mobilize a culture of health**. Princeton: RWJF, 2015.

ROBERTSON, R. *et al.* Patient choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys. **J Health Serv Res Pol**, v. 13, n. 2, p. 67-72, 2008.

ROBINETTE, J. W. *et al.* Vigilance at home: longitudinal analyses of neighborhood safety perceptions and health. **SSM Popul Health**, v. 2, p. 525-530, 2016.

ROCHA, R. **Três ensaios de intervenções sociais com foco comunitário e familiar**. [S. l.: s. n.], 2009. Disponível em: [www.econ.puc-rio.br](http://www.econ.puc-rio.br). Acesso em: 10 set. 2010.

RODRIGUES, G. J. Porque consultam os utentes o seu médico de família? **Rev Port Clín Geral**, v. 16, p. 442-452, 2000.

ROMOREN, T. *et al.* Promoting coordination in Norwegian health care. **Int J Integr Care**, v. 6, p. 127, 2011.

RONDINELLI, D. *et al.* **Decentralization in developing countries: a review of recent experience**. Washington: World Bank, 1983.

ROOS, C. E.; MIROWSKY, J. Neighborhood disadvantage, disorder, and health. **J Health Soc Behav**, v. 42, n. 3, p. 258-276, 2001.

ROTER, D. L.; HALL, J. A. Studies of doctor-patient interaction. **Annu Rev Public Health**, v. 10, p. 163-180, 1989.

ROUMIE, C. L. *et al.* Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. **Ann Intern Med**, v. 145, n. 3, p. 165-175, 2006.

SAKELLARIDES, C. De Alma-Ata a Harry Porter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 2, p. 101-108, 2001.

SALOMON, M. Depois dos holofotes, incerteza para o SUS. **Revista Piauí**, 19 nov. 2020.

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

SALTMAN, R. S. *et al.* **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Open University Press/McGraw Hill, 2006.

SAMPAIO, L. F. R. O papel das Secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento e avaliação da atenção primária à saúde: contribuições para discussão. *In*: CONSELHO NACIONAL



DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília: CONASS, 2004.

SANSONE, R. A.; SANSONE, L. A. Doctor shopping: a phenomenon of many themes. **Innov Clin Neurosci**, v. 9, n. 11, p. 42-46, 2012.

SANTOS, C. E. *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, Tomo I; 2012.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora HU-CITEC; 1999.

SAVAS, S. *et al.* Contracting models and provider competition. *In*: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

SAWIER, D. O. *et al.* Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SAYDAH, S. H. *et al.* Poor control in risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. **JAMA**, v. 291, n. 3, p. 335-342, 2004.

SCHAEFER, J. *et al.* **Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2009.

SCHILLINGER, D. *et al.* Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. **Arch Intern Med**, v. 163, n. 1, p. 83-90, 2003.

SCHILLINGER, D. *et al.* Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. *In*: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Advances in patient safety: from research to implementation**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

SCHIRMER, C. *et al.* Atendimento sequencial multiprofissional em crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014, Fortaleza. **Anais [...]**. Interface (Botucatu), 2014. Suplemento 3.

SCHMIDT, J. O. *et al.* Vouchers as demand side financing instruments for health care: a review of the Bangladesh maternal voucher scheme. **Health Policy**, v. 96, n. 2, p. 98-107, 2010.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**. 2011. Disponível em: 10.1016/50140-6736(11)60135-9. Acesso em: 23 out. 2014.

SCHRAMM, J. M. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHRIRE, S. Frequent attenders: a review. **Fam Pract**, v. 3, n. 4, p. 272-275, 1986.

n. 38

A Atenção Primária à  
Saúde no SUS: Avanços e  
Ameaças

SCHWAB, G. *et al.* Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**, v. 38, p. 307-318, 2014. Número especial.

SCHWARTZ, B. S.; HIRSCH, A. The key for your health could be in your zip code. **Medical Press**, 16 set. 2015. Disponível em: <https://medicalxpress.com/news/2015-09-key-health-code.html>. Acesso em: 5 maio 2020.

SHILTS, M. K. *et al.* Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. **Am J Health Prom**, v. 19, n. 2, p. 81-93, 2004.

SILVA, J. B. *et al.* Doenças e agravos não transmissíveis. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2006.

SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T. **Atenção domiciliar**: avanços e perspectivas para os sistemas públicos de saúde. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/atencadomiciliar/files2013/12>. Acesso em: 2 fev. 2014.

SILVA, V. H. M. C. *et al.* **Uma avaliação econômica do programa de saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará**. Fortaleza: Instituto de Pesquisa Estratégia Econômica do Ceará, 2010.

SINGH, D. **Transforming chronic care**: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: Health Services Management Centre, 2005a.

SINGH, D. **Wich staff improve care for people with long-term conditions?** A rapid review of the literature. Birmingham: Health Services Management Centre, 2005b.

SMITS, F. T. *et al.* Defining frequent attendance in general practice. **BMC Fam Pract**, v. 9, n. 21, 2008.

SOJO, A. **Reformas de gestión en salud en América Latina**: los cuasimercados de Colombia, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

SOUZA, H. Em nome do bem público. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 75, n. 24.184, 20 jun. 1995.

STAFFORD, R. S. *et al.* Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. **Arch Fam Med**, v. 8, n. 1, p. 26-32, 1999.

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

STATISTICS CANADA. **Health in Canada 2009**. [S. l.: s. n.], 2009. Disponível em: <https://statcan.gc.ca>. Acesso em: 12 dez. 2010.

STOTO, M. A. **Population health in the Affordable Care Act era**. Washington: Academy Health, 2013.

SZWARCWALD, C. L. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. **Int J Epidemiol**, v. 37, n. 4, p. 738-744, 2008.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. *In*: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

TAKEDA, S. **Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária**. Porto Alegre: Mimeo, 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TASCA, R. *et al.* **Atenção primária forte**: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

THE PATIENT ASSOCIATION. **Primary care**: access denied? London: The Patient Association, 2013.

TOLEDO, J. R. Confiança no SUS tem crescimento recorde na pandemia. **Revista Piauí**, 26 nov. 2020.

TOMA, A. *et al.* Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. **Health Place**, v. 34, p. 46-53, 2015.

TORFING, J. *et al.* **Interactive governance**: advancing the paradigm. Oxford: Oxford University Press, 2012.

TRAVASSOS, C. Medição e monitoramento das iniquidades em saúde: PNAD 2008. *In*: SEMINÁRIO PREPARATÓRIO DA CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2011.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados**: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2001.

TWOHIG-BENNETT, C.; JONES, A. The health benefits of the great outdoors: a systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. **Environment Research**, v. 166, p. 628-637, 2018.

UNAF. **Instauration d'un médecin traitant**: les interrogations des familles. Paris: UNAF/Secteur Santé, 2005.

UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Soc Sci Med**, v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986.

VAN STRALEN, C. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. s148-s158, 2008. Suplemento 1.

VANDERBILT MEDICAL CENTER. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. *In*: SCHOENI, P. Q. **Curing the system**: stories of change in chronic illness care. Washington: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

VESTED, P; CHRISTENSEN, M. B. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. **Public Health**, v. 119, n. 2, p. 118-137, 2005.

VÍA, J. M. Experiências internacionais: a experiência da Catalunha. In: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 1., 1999, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VUORI, H. Primary care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, v. 6, p. 221-231, 1984.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? **Eff Clin Pract**, v. 1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, E. H. The role of patient care teams in chronic disease management. **BMJ**, v. 320, n. 7234, p. 569-572, 2000.

WAGNER, E. H. *et al.* Organizing care for patients with chronic illness. **Milbank Q**, v. 74, n. 4, p. 511-544, 1996.

WAITZKIN, H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. **JAMA**, v. 252, n. 17, p. 2441-2446, 1984.

WALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N Engl J Med**, v. 301, n. 18, p. 967-974, 1979.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

WEED, L. L. Medical records that guide and teach. **N Engl J Med**, v. 278, n. 11, p. 593-600, 1968.

WEHRMEISTER, F. C.; PERES, K. G. A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1839-1852, 2010.

WHITE, K. L. *et al.* The ecology of medical care. **N Engl J Med**, v. 265, p. 885-892, 1961.

WILLIAMSON, O. E. **The economic institutions of capitalism**. New York: Free Press, 1985.

WILSON, A.; CHILDS, S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. **Br J Gen Pract**, v. 52, n. 485, p. 1012-1020, 2002.

WORLD BANK. **Brazil enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the city of Curitiba**. Brasília: World Bank/Brazil Country Management Unit, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.

YAM, C. H. K. *et al.* Can vouchers make a difference to the use of private primary care services by older people? Experience from the healthcare reform programme in Hong Kong. **BMC Health Serv Res**, v. 11, n. 255, 2011.

YAM, C. H. K. *et al.* What is the long term impact of voucher scheme on primary care? Findings from a repeated cross sectional study using propensity score matching. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 875, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4707-8>. Acesso em: 30 out. 2020.

YARNALL, K. S. H. *et al.* Primary care: is there enough time for prevention? **Am J Public Health**, v. 93, n. 4, p. 635-641, 2003.

YEN, I. H. *et al.* Neighborhood environment in studies of health older adults: a systematic review. **Am J Prev Med**, v. 37, n. 5, p. 455-463, 2009.

YEOH, E. K. *et al.* An evaluation of universal vouchers as a demand-side subsidy to change primary care utilization: a retrospective analysis of longitudinal services utilisation and voucher claims data from a survey cohort in Hong Kong. **Health Policy**, v. 124, n. 2, p. 189-198, 2020.

n. 38

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS  
**Conass Documenta**

- 2021 – CONASS DOCUMENTA 37  
Pesquisa Multicêntrica Sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos
- 2020 – CONASS DOCUMENTA 36  
Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo
- 2020 – CONASS DOCUMENTA 35  
As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS
- 2020 – CONASS DOCUMENTA 34  
Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023
- 2020 – CONASS DOCUMENTA 33  
Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação para a Gestão Estadual do SUS
- 2019 – CONASS DOCUMENTA 32  
Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil
- 2018 – CONASS DOCUMENTA 31  
Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde
- 2018 – CONASS DOCUMENTA 30  
O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:  
ênfase na Educação Permanente em Saúde
- 2015 – CONASS DOCUMENTA 29  
2º Levantamento da Organização, Estrutura e  
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde
- 2015 – CONASS DOCUMENTA 28  
Rede de Atenção às Urgências e Emergências:  
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)
- 2013 – CONASS DOCUMENTA 27  
Seminário Internacional  
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social
- 2013 – CONASS DOCUMENTA 26

A Lei n.141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25  
1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24  
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23  
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22  
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21  
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20  
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19  
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18  
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:  
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14  
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12  
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10  
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9  
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e  
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7  
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6  
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5  
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4  
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3  
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2  
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1  
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas  
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal



---

A ideia, ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta*, está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.

---

---