

16. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lígia Giovanella
Maria Helena Magalhães de Mendonça

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. A atenção básica constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS.

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

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

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

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E ABORDAGENS

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de atenção primária à saúde (APS). Não há, contudo, uniformidade no

Atenção primária à saúde (*primary health care*)

Denominação geral para atenção de primeiro contato que tem diferentes concepções em sua implementação.

emprego da expressão **atenção primária à saúde** (*primary health care*), identificando-se quatro linhas principais de interpretação:

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

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

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

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. Em sua corrente mais filosófica, enfatizam-se as implicações políticas e sociais da Declaração de Alma-Ata, com destaque para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de se abordarem os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Abordagens da atenção primária à saúde

Abordagem	Conceito de atenção primária à saúde	Ênfase
APS seletiva <i>Selective primary care</i>	Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno-infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto restrito de serviços de saúde para a população muito pobre.

Quadro 1 – Abordagens da atenção primária à saúde (cont.)

Abordagem	Conceito de atenção primária à saúde	Ênfase
Primeiro nível de atenção <i>Primary care</i>	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados – incluindo ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população. Trata-se da concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos. Em sua definição mais estreita, refere-se à disponibilidade de médicos com especialização em medicina geral ou medicina de família e comunidade (médicos generalistas ou <i>general practitioners</i> – GP).	Um dos níveis de atenção do sistema de saúde.
APS abrangente ou integral de Alma-Ata <i>Comprehensive primary health care</i>	A declaração de Alma-Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social. Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersectorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.	Estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde
Abordagem de saúde e de direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma-Ata. Defende a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde.

Fonte: Opas/OMS, 2005.

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

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética. Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

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

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

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

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

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

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

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

Nos anos 70, o relatório do Ministério da Saúde canadense que discutia ‘uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses’ mostrava a importância do objetivo de prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. O *Relatório Lalonde*, como ficou conhecido, destacava estudos do epidemiólogo inglês Thomas McKeown que demonstram a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição (disponibilidade de alimentos), ao analisar retrospectivamente a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales ao longo dos séculos XVIII e XIX (Canada, 1981; McKeown, 1976).

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

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

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

A Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (Quadro 1). Destaca que a realização dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, assim como para a meta Saúde para Todos no Ano 2000: o alcance de um nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva.

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

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

A Declaração de Alma-Ata enfatiza a necessidade de ações de outros setores. Todavia, as ações de cuidados de saúde mencionadas abarcam um conjunto mais restrito (ações educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico) (Quadro 2).

Tecnologias apropriadas

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

Quadro 2 – Abordagem de APS na Declaração da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978

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

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

A atenção primária à saúde:

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

Fonte: Declaração de Alma-Ata, 1978.

Atenção primária seletiva

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva. Assim, em contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores, deu-se sequência, nos anos posteriores, a um embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva de APS, prevalecendo a última.

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

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

Nos anos seguintes, quatro intervenções – conhecidas como GOBI por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas entre os países pobres, com especial suporte da Unicef: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral

(*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*). Agências internacionais, como a Unicef, passaram a financiar essas intervenções, que eram consideradas como tendo objetivos claros, fáceis para avaliar e medir o alcance de metas (Cueto, 2004).

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

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

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

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. Na América Latina, teve ampla difusão com ações organizadas em programas verticais focalizados, em especial aqueles direcionados à proteção materno-infantil, aumentando a fragmentação e a segmentação características dos sistemas de saúde latino-americanos (Conill, Fausto & Giovanella, 2010; Conill & Fausto, 2007).

Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais. Os defensores do uso do termo atenção básica argumentam que, em português, básico tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude.

Para refletir

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

Renovação do debate sobre atenção primária à saúde nas Américas

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

O Movimento para a Saúde dos Povos (People's Health Movement, <www.phmovement.org/es>) congrega parte dessas iniciativas. Reúne ativistas de saúde de todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organizações da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde. A primeira Assembleia de Saúde dos Povos, realizada em Bangladesh, no ano 2000, com participantes de organizações da sociedade civil de 92 países, lançou a Carta dos Povos pela Saúde, conclamando um movimento internacional de cidadãos comprometidos com a realização do sonho de Alma-Ata. A Carta insta os movimentos populares a exercerem pressão sobre os governos, exigindo que: incorporem saúde e direitos humanos na constituição e legislação de cada país; incidam sobre os determinantes sociais da saúde; implantem políticas sociais abrangentes com participação social; garantam direitos sociais e humanos.

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

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

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

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, deu novo impulso à revitalização da APS. Comemorando os trinta anos da Declaração de Alma-Ata, o informe aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa ‘pobre

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

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

As características da APS renovada propostas no informe da OMS estão destacadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada

Primeiras tentativas de implementação da APS (atenção primária seletiva)	Preocupações atuais das reformas pró-APS (atenção primária integral)
Acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e de medicamentos essenciais para as populações rurais pobres	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e de proteção social da saúde
Concentração em saúde materno-infantil	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade
Focalização em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas	Resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças cobertas
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades	Promoção de condições e estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples por trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de trabalhadores da saúde para facilitar o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação vista como mobilização de recursos locais	Participação institucionalizada da sociedade civil em políticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho	Aumento dos recursos para a saúde para alcance de cobertura universal
Atenção primária como a antítese do hospital	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada em todos os níveis – garantindo continuidade da atenção e enfrentamento de problemas crônicos
APS é barata e requer apenas um modesto investimento	APS não é barata; requer investimentos consideráveis, porém é mais eficiente do que qualquer outra alternativa

Fonte: Adaptado de WHO, 2008.

A APS tem sido também reiterada como estratégia para a universalidade, que alcançou proeminência no debate internacional desde 2005 quando a 58ª Assembleia Geral da OMS aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal (WHO, 2005). Há dúvida, contudo, quanto ao significado da cobertura universal almejada e

do escopo da APS como estratégia. Universalidade pode ser entendida como: 1) atenção universal à saúde (*universal health care*), termo mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta, principalmente europeus com sistemas universais; 2) cobertura universal (*universal health coverage*), isto é, acesso a seguros de saúde (públicos ou privados); 3) cobertura apenas por serviços básicos, termo mais utilizado para países de renda média e baixa (Stuckler *et al.*, 2010). Nesse contexto, a APS pode ser estratégia de caráter seletivo, para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento, ou coordenadora da atenção integral em países centrais com sistemas públicos universais.

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

Para refletir

Consulte o informe da OMS, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, na biblioteca do site da Rede de Pesquisa em APS (www.rededepesquisaaps.org.br), e discuta em grupo as características da APS como coordenadora dos cuidados e centrada nas pessoas propostas no relatório. Compare com os atributos da APS apresentados a seguir.

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

Atributos característicos da APS

Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de atenção primária. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Quadro 4).

Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (Quadro 4) (Starfield, 2002).

O primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato (Quadro 4), porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras

financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

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

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

Para refletir

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

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

Outro atributo da APS é a longitudinalidade (Quadro 4): a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. Este atributo é relacionado ao anterior, pois, para que se estabeleça um **vínculo** no curso da vida, é necessário que exista fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Um bom **acolhimento** é fundamental para o fortalecimento do vínculo.

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

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

A abrangência (*comprehensiveness*) ou integralidade (Quadro 4) implica o reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços

Para saber mais sobre acesso, consulte o capítulo 6.

O **vínculo** se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários.

Acolhimento implica bem receber, escutar, oferecer proteção e amparo e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário.

Na **adscrição territorial**, a unidade atende somente a população residente em determinada área. Para isso, delimita-se uma área geográfica de abrangência da unidade de saúde; os residentes na área são cadastrados pela unidade, e a unidade é de uso exclusivo desses moradores.

para todas as faixas etárias. Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais.

Para que uma atenção integral seja garantida, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação (Quadro 4) das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir a continuidade do cuidado evitando duplicação e interrupção das intervenções. A coordenação, outro atributo essencial da atenção primária, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços. Para o exercício da coordenação pela equipe de APS, são necessários: tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, registro adequado de informações e seu uso pelos profissionais dos diversos serviços.

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

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

Para refletir

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

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

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

Outra característica da APS que a diferencia de outros modelos de atenção é a centralidade na família, isto é, o reconhecimento do contexto e da dinâmica familiares para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros. Para que sua ação

possa se realizar, a equipe deve ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (Quadro 4). A competência cultural e a orientação para a comunidade são facilitadas pela integração na equipe de atenção primária de membros da comunidade, os trabalhadores comunitários de saúde, que no Brasil são denominados de agentes comunitários de saúde.

Quadro 4 – Atributos da atenção primária à saúde

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo? As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada? A unidade básica de saúde é o serviço de procura regular das famílias?
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço? As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes de APS? Meu médico me vê para rotinas preventivas?
Abrangência ou integralidade	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? Qual a abrangência do leque de serviços ofertados? Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde?
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS o organiza? Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante? Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? Há mecanismos de integração da rede? A contrarreferência ocorre?
Orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe conhece os problemas da comunidade? A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade? A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais? Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?

Quadro 4 – Atributos da atenção primária à saúde (cont.)

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Centralidade na família	<ul style="list-style-type: none"> • Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os prontuários são organizados por família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas? • Os usuários entendem as orientações da equipe?

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

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

Uma importante característica de uma atenção primária à saúde integral, que a diferencia das outras concepções, é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma-Ata; o que implica atuação dirigida para a comunidade – orientação para a comunidade – para enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade e incentivar a participação social. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas, desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde. A ação comunitária das equipes de APS com diagnóstico, discussão dos problemas da comunidade, mobilização social e planejamento de intervenções para enfrentamento desses problemas é fundamental para responder às necessidades coletivas e não apenas individuais de saúde. As ações comunitárias das equipes de APS, para serem mais efetivas, dependem de iniciativas das esferas governamentais. A articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da política municipal.

Para refletir

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

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A primeira proposta governamental formal de organização de um primeiro nível de atenção data de 1920, na Grã-Bretanha, quando, por iniciativa do Partido Trabalhista, um

conselho formado por representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população. Nesse documento, conhecido como *Relatório Dawson* (nome do presidente do conselho), o centro de saúde é “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas (*general practitioners* – GPs) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas” (Roemer, 1985: 323).

A proposição do *Relatório Dawson* incluía ainda a organização regionalizada dos serviços de saúde, hierarquizada em nível primário, secundário e terciário. Essas ideias não foram imediatamente implementadas por pressão da corporação médica, mas fundamentaram posteriores iniciativas de organização dos sistemas de saúde. O primeiro nível de atenção na Inglaterra, na criação do National Health Service (NHS), em 1946, foi constituído por médicos generalistas que atuam em seus consultórios com dedicação exclusiva ao NHS. Os centros de saúde foram difundidos somente na década de 1960, quando muitas unidades foram construídas na Inglaterra. Os médicos generalistas, ainda que permanecendo como profissionais autônomos, passaram a dar consultas nesses centros de saúde, trabalhando ao lado de outros profissionais de saúde, empregados governamentais, como enfermeiras, visitadoras domiciliares e assistentes sociais.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, limitado a serviços preventivos. Experimentado inicialmente em uma das colônias britânicas (Sri Lanka), esse modelo separava funções clínicas e de saúde pública. O centro de saúde atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios de hospitais (Roemer, 1985).

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

Nos países socialistas da URSS e do Leste Europeu – que na década de 1970 comportavam um terço da população mundial –, os centros de saúde foram o modelo de atenção ambulatorial predominante. Representaram o modelo de atenção ambulatorial mais inclusivo e integral, articulando serviços clínicos e preventivos de acesso universal gratuito, financiados predominantemente com recursos fiscais, de impostos gerais. A equipe básica era constituída por clínico geral ou internista, pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermeiras e pessoal auxiliar. Com frequência, esses serviços eram chamados de policlínicas e situados nos locais de trabalho, nas empresas (Roemer, 1985).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA EUROPEIA

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

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

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

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

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

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

As modalidades de financiamento da APS são indissociáveis daquelas dos sistemas de saúde. Por conseguinte, é necessário recordar que os sistemas de saúde europeus diferem em suas modalidades de financiamento e podem ser agrupados em dois modelos de proteção social em saúde principais: o bismarckiano, com base em seguros sociais de saúde (Social Health Insurance – SHI) de contratação compulsória, financiados pelas contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (sete países); e o Beveridgiano, de serviços nacionais de

Para conhecer mais sobre a atenção primária em países europeus, consulte o livro *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*, organizado por Saltman, Rico e Boerma, com tradução em português, *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*, publicada em 2010.

saúde (National Health Service – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais (oito países) (Quadro 5).

Nos serviços nacionais de saúde, o acesso é universal, não dependendo da posição na ocupação, pois se entende a assistência à saúde como direito de cidadania, e o acesso é garantido sem necessidade de contribuição prévia direta, obtendo-se o financiamento por meio de recursos fiscais, como discutido no capítulo 3. No Reino Unido, por exemplo, mais de 80% dos gastos em saúde são públicos e financiados em cerca de 90% com receitas de impostos (European Observatory on Health Care Systems, 2011). Nos serviços nacionais de saúde, a atenção primária é, portanto, financiada com recursos fiscais provenientes de impostos gerais.

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

O ator principal da atenção primária é o *general practitioner* (GP), *family doctor*, *Hausarzt* ou médico de medicina de família e comunidade, um médico generalista que acompanha as famílias, independentemente de sexo ou idade de seus membros (Saltman, 2006). O GP é o principal profissional médico de primeiro contato na maioria dos países europeus; todavia, a posição dos profissionais de atenção primária e a organização do sistema de saúde diferem entre países, observando-se variação quanto ao tipo de serviço responsável pelo primeiro contato e ao papel que o profissional exerce como porta de entrada e filtro para a atenção especializada.

Nos países em que vigoram serviços nacionais de saúde, é mais frequente que a atenção ambulatorial esteja organizada em níveis de atenção mediante a oferta de um generalista para a maioria dos problemas de saúde. O generalista exerce a função de serviços de primeiro contato e é responsável pelos encaminhamentos necessários a um segundo nível de atenção especializado (*gatekeeper*). A responsabilidade pelo primeiro contato é compartilhada, em alguns países, por outros profissionais de atenção primária, como ginecologistas e pediatras, no atendimento dos correspondentes grupos populacionais (Quadro 5).

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

Porta de entrada obrigatória

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

Porta de entrada obrigatória ou preferencial (*gatekeeper*)

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

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

O exercício da função de porta de entrada obrigatória implica a obrigatoriedade de inscrição dos pacientes em um consultório de GP ou em unidade primária de saúde. Assim, países com porta de entrada obrigatória também dispõem de sistema de inscrição de pacientes (Quadro 5). A inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão/segurado, que desfruta de certa liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca – entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico. Trata-se de situação diferente do que ocorre no Brasil, onde o acesso ao programa decorre de inscrição compulsória, ou seja, cadastramento da população de determinada área geográfica por parte dos agentes comunitários de saúde.

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

Para refletir

Observe a situação dos países europeus no Quadro 5 e compare com a organização dos serviços do SUS em sua cidade.

O Quadro 5 sintetiza a posição dos serviços de atenção primária no sistema de saúde em países europeus selecionados. Com base nas modalidades de sistemas de saúde, indicam-se algumas características dos serviços de primeiro contato, tais como: os profissionais médicos responsáveis pelo primeiro contato; os tipos de unidade de saúde de atenção primária; o exercício da função de porta de entrada obrigatória; a exigência de inscrição de pacientes no GP ou unidade de saúde e o número médio de pacientes inscritos por GP.

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

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

Quadro 5 – Características dos serviços de primeiro contato em 15 países selecionados da União Europeia

Países por modalidade do sistema de saúde	Profissional médico de primeiro contato	Tipo de unidade de saúde de APS	Papel de porta de entrada obrigatória	Inscrição de pacientes	Número médio de pacientes na lista do GP***
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE					
Dinamarca	GP	consultório grupo	X	X	1.600
Espanha	GP, pediatra	centro saúde	X	X	1.400 (2.500) 700/pediatra
Finlândia	GP	centro saúde	parcial	misto	1.600 (3.100)
Grécia	GP	centro saúde	não	não	-
Itália	GP, pediatra	consultório ind.	X	X	1.030 (1.500) 800/pediatra
Portugal	GP	centro saúde	X	X	1.500
Reino Unido	GP	consultório grupo	X	X	1.432
Suécia	GP*	centro saúde	parcial	misto	(2.000)
SEGURO SOCIAL					
Alemanha	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-
Áustria	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-
Bélgica	GP	consultório ind.	não	não	-
França	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-
Holanda	GP	consultório grupo	X	X	2.350
Irlanda	GP	consultório ind.	X	X**	-
Luxemburgo	especialista ou GP	consultório ind.	não	não	-

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

** Inscrição somente para pacientes de baixa renda.

*** Entre parênteses, número máximo de pacientes inscritos por GP.

Fonte: Adaptado de Giovanella, 2006.

Quando o especialista está restrito ao hospital, como nos serviços nacionais de saúde, ocorre melhor integração da atenção hospitalar com a especializada e o uso mais racional de equipamentos médicos (uso compartilhado para pacientes internados e para consultas ambulatoriais com especialistas), realizando-se menor número de procedimentos especializados, como tomografias computadorizadas, por exemplo. Na Dinamarca, país com serviço nacional de saúde em que o GP exerce a função de *gatekeeper*, existem 14,6 tomógrafos por um milhão de habitantes e é realizada 0,9 tomografia/cem mil habitantes; na Áustria, país com seguro social de saúde sem primeiro nível de atenção definido, existem 29,2 tomógrafos por um milhão de habitantes e são realizados 2,5 exames/cem mil habitantes ao ano, sem prejuízo para os resultados em saúde. A situação de saúde da população dinamarquesa é bem melhor que a da austríaca (Wendt & Thompson, 2004; OECD, 2012).

POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

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

Antecedentes históricos

A saúde pública no Brasil como função estatal consolida-se na década de 1930, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças mediante campanhas sanitárias de saúde pública e a organização de serviços rurais de profilaxia, centralizadas no Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). A organização das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e individual realizava-se pela assistência médica urbana, com base em especialidades, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados nas décadas de 1920 e 1930, seguindo o modelo de seguros sociais (Hochman & Fonseca, 1999).

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

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

Donnangelo e Pereira (1976), ao analisarem as relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desenvolve, sistematizaram algumas questões relativas à experiência americana de organização da prática médica e das reformas no âmbito do ensino médico – medicina integral, medicina preventiva e medicina comunitária. A escola médica naquele país, como agência social, teve um papel importante na elaboração e na experimentação de modelos de organização em que um dos objetivos era a prestação de serviços a grupos sociais não incluídos no consumo dos cuidados médicos.

Para Arouca, a medicina integral e a medicina preventiva da década de 1940 implicaram um projeto de mudança da prática médica que buscava formas de racionalização da assistência médica que pudessem inserir grupos excluídos e com necessidades geradas na estrutura social, sem romper com a sua organização liberal e com o poder do médico (Arouca, 2003). Isto se deve à especificidade do modelo americano de baixa intervenção do Estado nas relações sociais, mas de crescente participação no financiamento do consumo dos cuidados dos grupos excluídos do processo produtivo.

Na década de 1970, a emergência da medicina comunitária como campo de práticas que também se difundiu para os países da América Latina, com o apoio das agências internacionais, apresentava um caráter claramente paralelo à organização da assistência médica individual voltada para categorias excluídas do cuidado médico por incapacidade de consumo direto de bens e serviços. Essa dimensão de programa destinado à redução da pobreza dá a essa prática o caráter de política social associada ao princípio do direito à saúde e ao desenvolvimento social de parcela da população, pela articulação de princípios

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

de participação social e da inclusão dos pobres na força de trabalho em saúde, por meio de treinamento profissional.

A dualidade entre saúde pública e assistência médica urbana no âmbito do seguro social persiste durante várias décadas, não sendo superada nem mesmo por mudanças institucionais como a criação do Ministério da Saúde, em 1953, nem pela extensão de cobertura previdenciária promovida pela unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966 (Oliveira & Teixeira, 1986).

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

Emergiram, nessa fase, algumas experiências sanitárias que difundiam, a longo prazo, um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente.

A participação da universidade, em especial dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas brasileiras, que desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária, foi fundamental no desenvolvimento e na difusão dessas experiências no setor saúde. O projeto postulava uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente – o médico –, mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creches etc.

O atendimento médico proposto pelas escolas médicas, em especial as cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária, mediante novos convênios entre o Ministério da Educação e Cultura e a Previdência Social, voltava-se para atuação nas comunidades, com ações de atenção primária. Assim desenvolveram-se propostas de reforma da saúde, como política social, por meio de atividades de extensão acadêmica, ou seja, da prestação de serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais, nas quais as condições de vida eram precárias, atingindo grupos populacionais sem acesso ao consumo direto ou indireto (via seguro social) de cuidados médicos ou de outros serviços sociais (Donnangelo & Pereira, 1976; Oliveira & Teixeira, 1986). Simultaneamente, empreendia-se uma reforma no ensino médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Simultaneamente, outros modelos assistenciais foram sendo buscados por meio de discussões teóricas e aplicações práticas, na tentativa de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas e superar o modelo centrado no hospital e na contratação de serviços privados da assistência médica da previdência social (Inamps). Modelos assistenciais alternativos, como Em Defesa da Vida e suas estratégias de acolhimento, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), as ações programáticas de saúde, na Universidade de São Paulo (USP), os Sistemas Locais de Saúde (Silos) e seus distritos sanitários propostos pela Opas foram desenvolvidos e implementados influenciando experiências posteriores (Andrade, Barreto & Bezerra, 2006).

Difundem-se também, desde o final dos anos 70, experiências de saúde comunitária em diversos municípios do país com governos eleitos de oposição ao regime militar. No Sul e no Sudeste, muitas dessas experiências alternativas foram influenciadas por egressos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde Municipal (Porto Alegre – RS), criado em 1976 e que desde 1979 tornou-se multiprofissional.

Para saber mais sobre modelos assistenciais alternativos, consulte o capítulo 15.

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

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

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

As bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Foram complementadas na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (I e II),

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

de 1990, que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social – como analisado no capítulo 12.

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

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

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

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

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

Outro objetivo foi atender à demanda política das secretarias municipais de Saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica. A institucionalização dos ACS no âmbito da política nacional envolveu o entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Implicou também a ruptura do preconceito quanto à realização de serviços de atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a responsabilidade de um supervisor.

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

Para refletir

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

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

Agente Comunitário de Saúde (ACS): um profissional singular, genérico e autônomo

Nos últimos vinte anos, as políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com a introdução do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (Pacs) e a incorporação do ACS à Saúde da Família, promoveram mudança substancial nas práticas sociais em saúde.

A SINGULARIDADE desse agente, que permanece ao longo do tempo, se deve especialmente à sua identidade comunitária – ser morador da comunidade onde atua –, condição e fator essencial ao exercício da solidariedade social.

É profissional GENÉRICO, que se distingue totalmente de outros profissionais da saúde. Seu desempenho profissional se dá pelo papel de mediação social, que independe de qualificação específica em Saúde. Deve ativar a interlocução dos atores sociais quanto aos seus valores éticos, suas necessidades, suas formas de conhecimento e capacidade de constituir redes de apoio social e garantia de direitos, ou seja, em favor do exercício da cidadania.

Por AUTONOMIA do ACS entende-se a capacidade de se autplanejar, de administrar seu tempo e suas ações individuais ou em equipe de modo a participar da vida social e política da comunidade, de seus problemas e nos processos de tomada de decisão correspondentes.

O ACS tem o papel de MEDIAÇÃO SOCIAL entre a equipe, os usuários e as famílias cadastradas. Seu trabalho consiste em estabelecer relações de troca e comunicação entre diferentes atores e contextos socioculturais em que de um lado está a população ou comunidade onde ele próprio, ACS, se insere, e de outro estão os serviços públicos de saúde, com normas e prescrições próprias reguladas pelo Estado e controladas pela sociedade.

O trabalho do ACS como trabalhador genérico e autônomo engloba COMPETÊNCIAS TÉCNICAS para atendimento aos indivíduos e famílias, por meio de ações de prevenção de agravos, de monitoramento de grupos ou problemas específicos, e COMPETÊNCIAS POLÍTICAS para a ação comunitária, discutindo a saúde e seus múltiplos determinantes e atuando no sentido da organização da comunidade para enfrentamento desses problemas.

A atuação do ACS se iniciou nos anos 90, institucionalizando-se um trabalhador de saúde sem precisar seu perfil profissional, inserido por uma condição de socialização tradicional sem formação prévia, exigindo-se apenas alfabetização e capacidade de lidar com algumas medidas. Aos poucos, dada a necessidade de se atender à prioridade do trabalho intersetorial e da promoção da saúde, foi sendo definido um perfil profissional e pensada uma formação profissional que introduzisse competências básicas adequadas ao trabalho autônomo e criativo, permeado de diferentes funcionalidades. O trabalho do ACS não é mais voluntário ou recrutado localmente sem exigências formativas. Passou ao longo do tempo por reconhecimento legal e regulamentações (leis federais 10.570/2002 e 11.350/2006) que, simultaneamente, visaram a reduzir a precariedade

do trabalho, promover a inserção por meio de processos seletivos públicos e consolidar um perfil profissional no âmbito nacional, baseado em prescrições normativas. Estas devem ser atendidas no desenvolvimento de suas atividades e fazer parte dos conteúdos curriculares dos cursos de formação técnica do ACS, ofertados pelas escolas técnicas do SUS.

Um grande desafio quanto à formação profissional do ACS está em responder à multifuncionalidade do seu trabalho – que ainda tem ação política frágil ante o potencial do trabalho intersetorial em políticas públicas – e simultaneamente consolidar ações técnicas de acompanhamento de grupos vulneráveis como crianças, idosos ou portadores de agravos específicos como tuberculose ou malária, por meio da visita domiciliar e encaminhamento para o atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF).

Fonte: Mendonça, 2004; Fausto *et al.*, 2011.

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

O Programa e a posterior Estratégia Saúde da Família

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

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

O PSF foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído e definiu financiamento específico. Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extrasetoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

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

A NOB 96 teve entre suas principais determinações: 1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios – até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços – por nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica

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

(para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em razão do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

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

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

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

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

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

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

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

Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do Pacs/PSF, propôs-se a atuar na esfera da equidade e, promovendo a atenção primária, contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-lhes o acesso aos

serviços de saúde locais. Ainda assim, mantinha características de uma APS seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema.

Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada em documento do Ministério da Saúde de 1997 intitulado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, passando a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde:

pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (...). Propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (Brasil, 1997: 9)

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

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

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

A Estratégia Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a **Equipe de Saúde da Família (EqSF)**, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; estabelecer o cadastramento das famílias para acompanhamento na Unidade da Saúde da Família, entendida como porta de entrada no sistema local e o primeiro nível de atenção na rede de serviços; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

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

No Brasil, a especialidade médica para a atenção primária denomina-se medicina de família e comunidade. Esta especialidade na América Latina é designada por medicina familiar, medicina geral familiar e comunitária, medicina de família e medicina geral integral, como ocorre em Cuba. À EqSF pode ser associada uma equipe de saúde bucal (ESB). A ESB tipo I é composta por cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, e nas ESB tipo II também por técnico de higiene dental com trabalho integrado a uma ou duas ESF.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) compostos por outros profissionais de saúde são associados a três ou mais EqSF.

Para saber mais sobre as ESB, consulte o capítulo 19, sobre saúde bucal.

Outra importante mudança no modelo assistencial é a incorporação da mediação da ação intersetorial. A atuação intersetorial é uma atribuição das equipes de Saúde da Família, que devem promover ações interssetoriais e parcerias com organizações presentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos fatores de risco e problemas identificados, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde (Brasil, 2006). A **atuação intersetorial** é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção e contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incidindo sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade.

Intersetorialidade

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais. Em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados (finais ou intermediários) de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só. Como apontam Carvalho e Buss no capítulo 4 deste livro, a atuação sobre os diversos níveis dos determinantes sociais extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde e torna obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais.

A construção de uma APS abrangente exige, portanto, além da prestação adequada de serviços de saúde, ações interssetoriais em resposta aos determinantes sociais e para promoção da saúde. A saúde da população é inseparável do desenvolvimento econômico e social. Depende das condições de vida e trabalho das pessoas, do acesso à renda, educação, lazer, alimentação saudável, moradia, transporte, e a serviços de saúde. Para enfrentar estes determinantes sociais dos processos saúde-doença, é necessário uma articulação de todos os setores de políticas públicas em uma ação conjunta chamada intersetorial. A extensão na qual o setor saúde toma a iniciativa e lidera a intervenção intersetorial depende do tipo de problema a enfrentar: desde tomar a liderança até ser um entre muitos parceiros quando outros setores dispõem de mais conhecimentos e recursos para enfrentar determinado problema.

Na perspectiva da atenção primária, no âmbito municipal, a atuação intersetorial deve se processar em diversos níveis: na articulação de políticas municipais, na articulação ao interior da secretaria municipal de Saúde e na ação comunitária no território.

Com o objetivo de desenvolver ações integradas sobre os territórios, foram propostas as Teias – Territórios Integrados de Atenção à Saúde, que buscam uma articulação horizontal dos vários

setores de políticas públicas nos territórios. Pretende-se articular em nível local as unidades de Saúde da Família, os agentes de endemias, as escolas, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), as associações comunitárias e outras entidades e setores de políticas públicas atuantes no território, e estabelecer relações horizontais na construção de projetos comuns de intervenção que contribuam para a promoção da saúde.

Em Vitória (ES), por exemplo, a intersetorialidade constitui uma das diretrizes centrais da gestão pública, sendo consensual a avaliação de que a administração municipal é sustentada no princípio da articulação e da integração entre as várias secretarias, sobretudo as da área social. Nesse contexto, foram criadas as Câmaras Territoriais, fórum permanente de discussão dos principais problemas do território e de integração das políticas públicas que propicia otimização de recursos humanos, financeiros, materiais, organizativos e políticos. As Câmaras Técnicas têm caráter deliberativo e são constituídas por gestores e técnicos das diversas secretarias municipais que atuam no território. A discussão coletiva e a tomada de decisões por consenso são a base da dinâmica de seu funcionamento. Os temas a serem debatidos nesses fóruns são priorizados com base nas demandas levantadas pelos diferentes setores, e depois de problematizados, definem-se as responsabilidades e a programação de execução compartilhada. Após as decisões, as ações são desenvolvidas de forma integral e avaliadas mensalmente num processo contínuo, ou seja, novas ações são construídas na medida em que algumas são finalizadas. Além disso, a Câmara Territorial possibilita a técnicos e gestores de diferentes setores se conhecerem, conversarem, definirem caminhos que garantam a efetividade do atendimento aos munícipes.

A presença de iniciativas do executivo municipal fortalece a ação comunitária das EqSF nos territórios. A realização rotineira e periódica do diagnóstico do território e a preparação de um projeto de intervenção definindo estratégias de intervenção com participação social são instrumentos para a ação comunitária das equipes. Desse modo, as equipes podem apoiar a população na busca de soluções de problemas do bairro juntamente com outros órgãos públicos, mediando ações intersectoriais. Parte dos profissionais das equipes já realiza essas ações, mas é preciso incentivá-las.

Os ACS, por conhecerem a comunidade na qual atuam, podem identificar as necessidades e demandas da população e são muito importantes no estabelecimento das parcerias intersectoriais. O agente comunitário de saúde é o agente facilitador para a identificação de problemas coletivos e para a mobilização comunitária.

Indicadores de atuação intersetorial EqSF	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Percentual de profissionais da EqSF que participam de atividades voltadas para solução de problemas da comunidade com outros órgãos nos últimos trinta dias				
Médicos	30,4	12,5	41,0	37,1
Enfermeiros	53,0	24,0	38,6	58,0
ACS	50,7	34,1	33,6	48,0
Auxiliares/técnicos de enfermagem	33,3	30,3	29,2	34,9
Percentual de ACS que realizam levantamento das necessidades da população em saneamento e ambiente nos últimos trinta dias	71,3	57,0	67,9	64,6

Fonte: Adaptado de Giovanella *et al.*, 2009.

A mediação de ações intersectoriais é um componente fundamental de uma atenção primária integral e está presente também em modelos assistenciais alternativos como o da proposta da [clínica ampliada](#).

Clínica ampliada na atenção primária

Uma importante abordagem desenvolvida na busca da integralidade no Brasil é a do modelo de atenção “em defesa da vida”, originada de reflexões sobre a prática da gestão por parte de pesquisadores do Laboratório de Planejamento (Lapa) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS, procura constituir dispositivos e arranjos institucionais para a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com clara definição de responsabilidades. Enfatiza a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública com base nas reais necessidades dos usuários. Nesta abordagem, entende-se que para a atenção primária resolver 80% dos problemas de saúde de uma população, como proposto, é fundamental articular três funções básicas desenvolvidas por uma equipe multiprofissional:

ACOLHIMENTO E ATENÇÃO À DEMANDA E BUSCA ATIVA COM AVALIAÇÃO DE RISCOS E DE VULNERABILIDADES DE PACIENTES, FAMÍLIAS E COMUNIDADES: esta função é crucial para que a atenção primária se constitua na principal porta do sistema. Implica disposição e organização da equipe para acolher em diferentes momentos e horários a variedade de demandas, avaliar os riscos implicados, garantir atenção oportuna com a máxima capacidade de resolver problemas. E, ao mesmo tempo, por meio de visitas domiciliares, adscrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade, vincular pessoas, famílias e comunidade às equipes de Saúde da Família.

CLÍNICA AMPLIADA OU CLÍNICA DO SUJEITO: a clínica realizada na atenção primária tem especificidades, o que a torna distinta daquela realizada em hospitais ou ambulatórios de especialidades. Há grande complexidade nas intervenções na atenção primária, pois envolvem um grande número de variáveis. Tanto é necessário intervir sobre a dimensão biológica e orgânica de variados riscos e enfermidades quanto enfrentar os riscos subjetivos e os sociais. Para isso, é necessário criar possibilidades para construir vínculos duradouros com pacientes para incrementar a eficácia das intervenções clínicas. Quando há relação estável no tempo entre o médico generalista, sua equipe e o doente, é possível construir uma clínica ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para compreender os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando-se suas características singulares – ‘cada caso é um caso’.

SAÚDE COLETIVA: a equipe de atenção primária deve realizar procedimentos preventivos e de promoção da saúde. Busca ativa de doentes, imunização, educação em saúde, projetos intersetoriais para melhorar a qualidade de vida são ações importantes para melhorar a capacidade resolutiva e de prevenção de problemas de saúde.

Fontes: Campos, 2003, 2005.

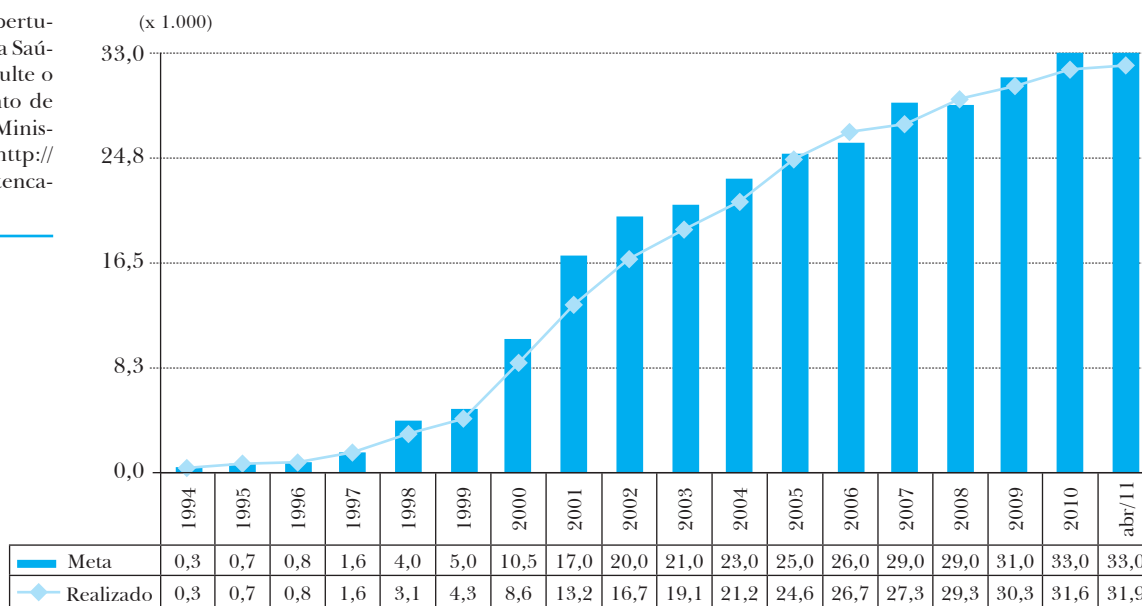
A implementação da Estratégia Saúde da Família ocorre de diferentes modos nos mais de 5.600 municípios do país, e ainda são poucos os estudos que permitem saber se mudanças substanciais foram efetivamente implementadas no modelo assistencial. Estudos recentes indicam resultados de desempenhos mais positivos dos serviços de Saúde da Família em comparação com aqueles de atenção básica tradicional (Elias *et al.*, 2006; Facchini *et al.*, 2006). Outros estudos mostram associação positiva entre redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e implementação da Estratégia Saúde da Família (Mendonça *et al.*, 2011; Macinko *et al.*, 2011).

A Estratégia Saúde da Família expandiu-se ao longo da década de 2000 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do PAB variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento –, atingindo em 2011 mais de 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes e cobertura populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes) (Gráfico 1).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Saúde de 2008 comprovou a elevada cobertura pela Saúde da Família: 47,7% dos domicílios brasileiros declararam estar cadastrados pela Estratégia Saúde da Família. Nesses domicílios cadastrados viviam 96,5 milhões de pessoas, correspondendo a 50,9% da população total do país. Essa pesquisa evidenciou também maiores coberturas nas populações e regiões mais desfavorecidas. Na região Nordeste, 68% da população residia em domicílios cadastrados, enquanto na Sudeste apenas 39%. Dentre os domicílios com rendimento mensal de até dois salários mínimos, 54% estavam cadastrados, enquanto nos domicílios com rendimento superior a cinco salários mínimos 16% o estavam (IBGE, 2010a).

Gráfico 1 – Evolução do número de equipes de Saúde da Família. Brasil – 1994-2011

Para conhecer a cobertura atual da Estratégia Saúde da Família, consulte o *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde: <<http://dab.saude.gov.br/atencao-basica.php>>.



Fonte: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>.

Um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade *vis-à-vis* às imensas disparidades inter e intrarregionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

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

Para refletir

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

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

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

A Política Nacional de Atenção Básica

Em 2006, o Ministério da Saúde, levando em consideração essas evidências, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria ministerial n. 648/GM, de 28 de março, mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Com isso, reviu as funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem equipes de Saúde da Família –, assim como propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica. Essa regulação atende às diretrizes ministeriais no sentido de oferecer formação profissional adequada à complexidade do trabalho em APS, inclusive pela introdução do curso técnico de agente comunitário de saúde nas escolas técnicas do SUS.

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

A atenção básica é designada, então, como

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

A Política Nacional de Atenção Básica se alinha ao processo de renovação de APS nas Américas, tal como preconizado pela Opas (Opas/OMS, 2005), como se pode observar no Quadro 6.

Quadro 6 – Fundamentos da atenção básica brasileira na Política Nacional de Atenção Básica de 2006

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

Fonte: Brasil, 2006.

No entanto, as ações estratégicas definidas para operacionalização da atenção básica correspondem a um conjunto limitado de ações para o controle de determinados agravos e dirigidas a grupos prioritários, em contradição com os fundamentos da atenção básica de responsabilização pela saúde de toda a população de determinado território (Vale & Silva, 2011).

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

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

Foram estabelecidas duas modalidades de Nasf:

- Nasf 1 – vinculado a oito a vinte equipes Saúde da Família – composto no mínimo por cinco profissionais das seguintes profissões de nível superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra.
- Nasf 2 – vinculado a no mínimo três EqSF – composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as seguintes: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A organização do processo de trabalho do Nasf tem por fundamento o **apoio matricial**, atuando em parceria com os profissionais das EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF no qual o Nasf está cadastrado. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que

se pretende com a Saúde da Família. O apoio às EqSF inclui: 1) atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas; 2) intervenções específicas dos profissionais do Nasf com usuários e famílias encaminhados pela EqSF; 3) ações comuns nos territórios desenvolvidas de forma articulada com as EqSF, outros setores governamentais e organizações.

Apoio matricial em atenção básica

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde das pessoas. É um dispositivo importante para ampliação da clínica. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de atenção básica.

Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os integrantes da equipe responsável pela atenção e os especialistas (médicos e outras profissões) que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes clínicas devem prever critérios para acionar o apoio dos especialistas e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de atenção básica quanto dos apoiadores matriciais. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência e de centrais de regulação, que respondem a uma estrutura hierarquizada do sistema.

Na abordagem em apoio matricial, concebe-se que a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos – os especialistas e a Equipe de Saúde da Família – pode ocorrer de maneira horizontal, dialógica, não hierárquica. O apoiador matricial é um especialista que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde pela Equipe de Saúde da Família.

O apoio matricial se realiza principalmente por meio de contato direto entre equipe de atenção básica e apoiadores em encontros periódicos e regulares para discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe, para elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos.

A articulação entre equipes e apoiadores pode se desenvolver em três planos: 1) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe; 2) em situações que exijam atenção específica do especialista apoiador, em que este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos, mantendo contato com a equipe; 3) troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, com diálogo sobre alterações na avaliação do caso e reorientação de condutas, permanecendo o caso sob cuidado da EqSF.

Essa dinâmica presta-se tanto para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos do sistema quanto para facilitar a comunicação e a integração de equipes de Saúde da Família e especialistas, ou entre distintas especialidades e profissões de saúde que trabalhem em qualquer unidade de saúde. Em Campinas, por exemplo, foram criados apoios para a Saúde da Família em áreas clínicas como saúde mental, nutrição e reabilitação física, e organizados Núcleos de Saúde Coletiva para apoio matricial em saúde pública (vigilância, promoção, projetos de intervenção comunitários ou intersetoriais).

Fonte: Campos & Domiti, 2007.

Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu um componente de qualidade no PAB variável relacionado ao desempenho das equipes. O desempenho das equipes de atenção básica é avaliado com base em um conjunto de critérios em processo de certificação que inclui uma autoavaliação e uma avaliação externa.

No PMAQ-AB, reitera-se a concepção abrangente da atenção básica brasileira:

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

desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2012: 13)

A atenção básica deve ser o centro ordenador da rede de atenção à saúde, com os fluxos organizados com base nas necessidades identificadas nos serviços de atenção básica. No PMAQ-AB são afirmados como princípios e diretrizes da atenção básica (Brasil, 2012):

- I – Territorialização e responsabilização sanitária;
- II – Adscrição dos usuários e vínculo;
- III – Acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial;
- IV – Cuidado longitudinal;
- V – Ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS): a atenção básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir papel-chave na ordenação da RAS. Deve ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e resolutividade. A maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico deve ser elaborada e implantada com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica;
- VI – Gestão do cuidado integral em rede;
- VII – Trabalho em equipe multiprofissional.

ESTRUTURA DA OFERTA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

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

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

Ainda que não haja definição oficial, denomina-se posto de saúde a unidade de menor complexidade com atendimento por apenas um médico ou, na sua origem, como definido no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Pias), na década de 1970, apenas com atuação de pessoal auxiliar.

Centros de saúde são tradicionalmente unidades que prestam atendimento nas especialidades básicas e nos programas de saúde pública, oferecendo serviços de acompanhamento

infantil, imunização, atenção pré-natal, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, acompanhamento de hipertensão e diabetes. Realizam ainda atividades de vigilância epidemiológica, com notificação e investigação de casos. A partir da implantação de equipes de Saúde da Família, alguns postos e centros de saúde foram transformados em unidades de Saúde da Família, com a reorganização interna dos serviços.

Em 2011, o SUS contava com 42.081 unidades básicas de saúde (postos, centros de saúde e unidades de Saúde da Família); destas, 27% correspondiam a postos de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (disponível em: <www.datasus.gov.br>).

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

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realiza, de modo não rotineiro, um censo geral de estabelecimentos de saúde que proporciona um panorama nacional da estrutura da oferta de serviços de saúde no país, pois coleta informações de todos os tipos de unidades de saúde, exceto dos consultórios individuais privados. Os dados dessa pesquisa permitem acompanhar a evolução da oferta de serviços ao longo do tempo. Desde a segunda metade da década de 1980, com as novas responsabilidades dos municípios na atenção à saúde, observou-se importante e progressiva expansão da oferta de unidades básicas de saúde no país. A Tabela 1 mostra a evolução dos estabelecimentos ambulatoriais públicos no país, entre os quais estão contabilizadas as unidades básicas de saúde. Em 1980, existiam nove mil estabelecimentos ambulatoriais públicos no país; em 1988, vinte mil; em 2005, 41 mil; e em 2009, 47 mil: um incremento de cinco vezes. Coerente com o processo de descentralização, essas unidades são na quase totalidade (96%) de propriedade dos governos municipais (IBGE, 2009). Além da implantação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios, no processo de descentralização, as unidades ambulatoriais pertencentes aos estados, à Previdência Social e ao governo federal foram transferidas para os municípios, que passaram a gerenciá-las.

Como se pode observar na Tabela 1, a maioria dos estabelecimentos ambulatoriais existentes no país, cerca de 70%, é de natureza pública.

Tabela 1 – Evolução dos estabelecimentos de saúde sem internação.* Brasil – 1992, 2002, 2005, 2009

Ano	Público	Privado	Total
1992	24.960	8.963	33.923
2002	35.086	11.342	46.428
2005	41.260	14.068	55.328
2009	47.414	20.487	67.901

* Excluídos os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia.

Fonte: IBGE, 2010b.

Cerca de dois terços dessas unidades ambulatoriais públicas (72%) prestam somente atendimento geral em especialidades básicas, ao passo que 27% oferecem outras especialidades e 6% são serviços especializados. A realidade do país é bastante diversa, e, nas regiões Norte e Centro-Oeste, 20% das unidades não têm atendimento médico correspondendo a minipostos de saúde, enquanto na região Sul essa proporção é de 10% (IBGE, 2010b).

A maior parte das unidades ambulatoriais públicas no país corresponde a serviços de atenção primária. Contudo, os dados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (Tabela 1) não permitem a separação precisa entre serviços de primeiro nível e atenção secundária, pois parte dos estabelecimentos com especialidades corresponde a serviços primários. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é possível identificar que, em 2011, 60% dos estabelecimentos de atenção básica no país são unidades de Saúde da Família, e que em 85% dessas USF atua apenas uma equipe de Saúde da Família.

Os estabelecimentos ambulatoriais em geral são unidades pequenas (46% com área construída de até cem metros quadrados ou 65% menor do que 150 metros quadrados), e pouco equipadas. Um estudo amostral das USF realizado em 2008 mostrou que apenas 25% das USF contemplavam padrões mínimos de estrutura física. Por exemplo, apenas 16% dispunham de sala específica para armazenamento de medicamentos (UFMG/Brasil, 2009).

Nos últimos anos, observa-se, contudo, ampliação dos serviços oferecidos. Assim, enquanto em 2002 apenas um quinto das unidades ambulatoriais realizava ou coletava material para exames, em 2009 essa proporção entre os estabelecimentos do SUS subiu para 53%, o que sugere redução da dificuldade de acesso, da necessidade de deslocamento do paciente a um serviço específico sempre que lhe for solicitado exame para complementar diagnóstico (IBGE, 2002, 2010b).

A maior parte das unidades ambulatoriais do SUS corresponde a postos e centros de saúde, que realizam também ações de saúde pública. Dois terços das unidades ambulatoriais SUS realizam imunização (70%) (IBGE, 2010b). Contudo, apenas 20% fazem investigações epidemiológicas, uma das funções de controle de doenças tradicionalmente de responsabilidade dos centros de saúde – o que sugere insuficiente responsabilização de tais estabelecimentos por ações de saúde pública imprescindíveis. A dispensação de medicamentos é feita em apenas um quarto das unidades ambulatoriais do SUS (IBGE, 2002).

Serviços de primeiro contato

Até 2010, o SUS não havia definido uma unidade de saúde como porta de entrada obrigatória; contudo, pretende-se que os serviços de atenção básica sejam a porta de entrada preferencial. Como não havia definição clara, os serviços de primeiro contato podem ser tanto postos e centros de saúde quanto serviços especializados prestados em ambulatórios de hospitais e policlínicas. A procura por serviços de emergência para primeiro contato é também frequente, e nos últimos anos têm sido implantadas UPAs que competem na porta de entrada com as unidades básicas de saúde.

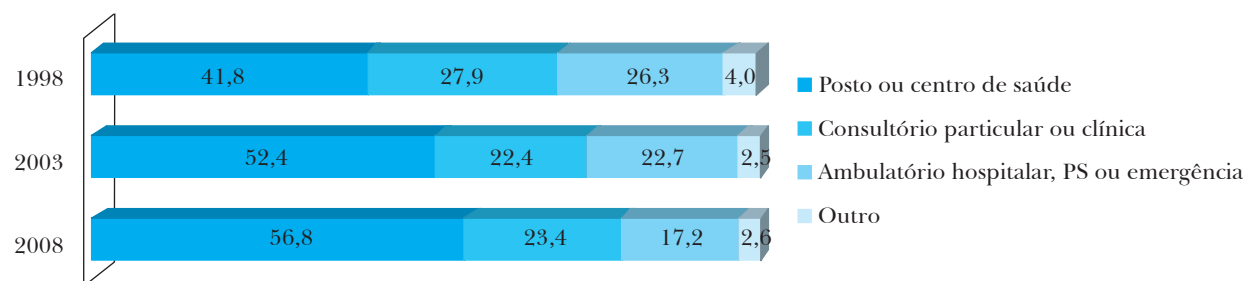
Finalmente, em 2011, o decreto presidencial n. 7.508 (Brasil, 2011), ao regulamentar a lei n. 8.080/90, estabeleceu como portas de entrada das redes de atenção à saúde no SUS, além dos serviços de atenção primária, as unidades de atenção a urgências e emergências, os centros de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. A partir desse decreto, o acesso à atenção especializada deve ser referenciado pelos serviços estabelecidos como portas de entrada.

No SUS, em geral, não há liberdade de escolha do médico pelo paciente. Nos territórios cobertos por equipes de Saúde da Família, a adscrição é automática por local de moradia, e cada equipe de Saúde da Família cadastra as famílias de uma determinada área e se res-

ponsabiliza pela sua atenção. Para pacientes segurados privadamente, a escolha é possível, porém, na maior parte dos casos, restrita a um plantel de profissionais credenciados pelo plano de saúde.

A maior parte dos brasileiros (74%) dispõe de um serviço de procura regular que busca, a cada nova necessidade de atenção, segundo a Pnad Saúde com enfoque no acesso e na utilização de serviços de saúde, realizada pelo IBGE em 2008. Ter um serviço de saúde ao qual normalmente se recorre é um indicador de acesso e da disponibilidade de serviços. O percentual desse segmento da população aumentou entre 1998 e 2003, sinalizando melhoria de acesso aos serviços de saúde para a população brasileira após a definição do Piso de Atenção Básica em 1998. Em 1998, 71% da população brasileira faziam uso regular de algum tipo de serviço de saúde, percentual que aumentou para 79% em 2003 e reduziu-se para 74% em 2008 (IBGE, 1998, 2003, 2010a). Os três tipos de serviços mais procurados são: postos ou centros de saúde, consultórios particulares e ambulatórios de hospitais (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Tipo de serviço referido como local regularmente procurado quando as pessoas necessitam de atendimento à saúde. Brasil – 1998, 2003, 2008



Fonte: Extraído de Indicadores e Dados Básicos (Brasil, 2010).

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

A maior oferta de unidades básicas de saúde reflete-se também em seu uso regular mais frequente. A Pnad Saúde mostra melhora do acesso, com maior proporção de pessoas que fazem uso regular de postos e centros de saúde (Gráfico 2) em todas as regiões do país e nos diversos quintis de renda (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentual de pessoas que fazem uso regular de postos e centros de saúde públicos por região e quintil de renda. Brasil – 1998, 2003, 2008

Uso de postos e centros de saúde	1998	2003	2008
REGIÃO			
Norte	43,1	60,8	60,8
Nordeste	41,6	55,3	62,9
Sudeste	40,2	48,2	51,1
Sul	47,1	57,0	60,4
Centro-Oeste	39,4	52,4	56,5
QUINTIL DE RENDA			
Q 1 – 20% mais pobres	58,3	70,6	76,7
Q 2	57,2	69,1	72,7
Q 3	49,5	61,7	65,3
Q 4	37,1	46,5	51,7
Q 5 – 20% mais ricos	12,6	16,8	20,9
TOTAL	41,8	52,5	56,8

Fonte: Pnad Saúde, 1998, 2003 e 2008 (Icict, 2011).

A atenção básica como parte da rede de serviços e o sistema de referência

Os serviços de atenção primária, ou de primeiro nível, para cumprir com seus atributos devem estar integrados a uma rede assistencial. A integração da rede de serviços na perspectiva da atenção primária envolve a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de atenção primária como este serviço de procura regular e porta de entrada preferencial do sistema de saúde; a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem os vários serviços necessários para resolver agravos menos frequentes e mais complexos; a definição de mecanismos formalizados de referência e a coordenação das diversas ações pela equipe de atenção primária garantindo o cuidado contínuo. Atualmente, na construção das redes de atenção no SUS, propõe-se a APS como coordenada de uma rede integrada e regionalizada para garantir acesso e qualidade (Opas/OMS, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde, conforme definido pelo decreto presidencial n. 7.508/2011, constitui-se em um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011). Nessa rede, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária. A APS deve coordenar a atenção à saúde na rede, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população por meio de uma equipe multidisciplinar. A partir do decreto presidencial, o acesso aos serviços especializados e hospitalares está condicionado à referência, isto é, ao encaminhamento formal, pela atenção básica, conforme a necessidade.

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

Para saber mais sobre a organização da rede assistencial regionalizada, consulte o capítulo 27.

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

Nessas cidades, foram organizadas centrais de regulação de leitos e de marcação de consultas e procedimentos especializados com a implantação de ferramentas informatizadas (Sistema Nacional de Regulação – Sisreg) que permitem a regulação das referências com definição de prioridades e o monitoramento das filas de espera. O agendamento da consulta especializada é feito *on-line* pela unidade básica de saúde que encaminhou o paciente, reduzindo as barreiras de acesso dos usuários à atenção secundária.

Todavia, a garantia do agendamento nem sempre incorre em maior agilidade no atendimento, a qual está condicionada pela oferta de serviços especializados, observando-se elevados tempos médios de espera para consultas especializadas em diversas cidades (Tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores de integração da Estratégia Saúde da Família à rede assistencial. Brasil, quatro grandes centros urbanos – 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ferramenta de regulação das consultas especializadas	Sisreg	Sisreg	Sisreg	Sisreg
Monitoramento de filas de espera	Parcial	Local e central	Local e central	Local e central
Percentual de médicos e enfermeiros que relataram existência de uma central de marcação de consultas especializadas	90,2	99,3	89,3	92,9
Percentual de médicos que afirmaram conseguir realizar sempre/na maioria das vezes o agendamento para outros serviços				
Ambulatórios de média complexidade	42,9	80,6	49,2	71,5
Serviço de apoio diagnóstico e terapia	37,5	55,5	44,8	42,9
Maternidade	57,2	86,1	78,0	74,3
Internação	28,5	33,3	25,9	25,7
Percentual de médicos que estimaram ser de três meses e mais o tempo médio de espera do paciente referenciado para consultas especializadas	44,6	61,1	81,8	34,3
Percentual de médicos e enfermeiros que indicam entre os principais problemas para a integração: listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar	81,1	91,8	91,6	89,4
Implantação de prontuários eletrônicos nas USF/USB	Não	Sim	Sim	Não

Fonte: Adaptado de Giovannella *et al.*, 2009.

Como discutido no capítulo 17, observa-se um movimento de maior organização de fluxos com a criação de centrais de marcação de consultas e regulação de fluxos. Em grande

parte dos municípios, contudo, o sistema de referência ainda não está formalizado, o que implica madrugar e enfrentar filas para acessar atendimento especializado em razão da inexistência de agendamento prévio e da oferta insuficiente.

A fragmentação ocorre também na relação com os serviços de pronto atendimento, as chamadas UPAs. Ainda que sejam definidas pelo Ministério da Saúde como estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares, devendo proceder ao acolhimento e classificação de riscos para priorizar os atendimentos de maior urgência (portaria GM/MS n. 1.020, de 13 de maio de 2009), sua articulação com a rede de atenção básica não está estabelecida. Assim, tornam-se modelo competitivo para a Saúde da Família como serviço de procura regular. O modelo assistencial do pronto atendimento das UPAs corresponde ao modelo tradicional da nossa antiga assistência médica previdenciária de ‘queixa-consulta’, ou melhor, ‘sintoma-receita de medicamento sintomático’. Ainda que possa cumprir com o requisito de garantir um atendimento mais oportuno – característica da atenção muito prezada pela população –, o modelo UPA responde apenas a casos agudos ou episódios de agudização de agravos crônicos sem possibilitar seguimento. Não atende a qualquer outro atributo da atenção primária à saúde, como a criação de vínculos e acompanhamento longitudinal, a coordenação da atenção, a integralidade, a territorialidade ou orientação comunitária. São estes os atributos da APS componentes da Estratégia Saúde da Família, mas não presentes nas UPAs, que permitem impactos positivos em saúde e a efetividade da atenção primária no enfrentamento dos agravos crônicos.

A integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial e a garantia do acesso à atenção especializada com o estabelecimento de sistema de referência e contrarreferência são fatores decisivos para o exercício pelas equipes de atenção primária da coordenação dos cuidados. A recente constituição de redes assistenciais regionalizadas poderá contribuir para facilitar o acesso à atenção especializada. Para saber mais sobre a regionalização em saúde, consulte o capítulo 27.

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

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

No país, os serviços de laboratório e de apoio à diagnose e terapia, em sua grande maioria, pertencem ao setor privado: somente 9% dos estabelecimentos SADT exclusivos são públicos e, do total desses estabelecimentos no país, apenas 35% fazem parte da rede SUS (IBGE, 2010b). Ainda que a oferta de estabelecimentos públicos de diagnose e terapia tenha aumentado em 60% entre 2005 e 2009, um número significativo de estabelecimentos existentes é de acesso restrito a filiados de planos e seguros de saúde ou a grupos populacionais de estratos de renda superior, que podem pagar diretamente. Desse modo, o setor de serviços de diagnose é onde se encontram as maiores dificuldades de acesso aos usuários do SUS.

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

Recursos humanos

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

Nas unidades de saúde, a atuação de profissionais de nível superior de outras áreas sociais é pouco frequente. Apenas pequena parte das unidades básicas de saúde emprega outros profissionais, como os assistentes sociais, com a média de 0,16 assistente social/unidade de saúde, registrando-se maior presença na região Sudeste e quase ausência na Nordeste (IBGE, 2002).

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

Não há dados específicos disponíveis sobre o pessoal empregado em serviços de atenção primária, por isso são apresentados alguns dados gerais sobre disponibilidade de profissionais. O profissional de saúde de maior oferta no país é o médico, seguido por odontólogo. A oferta de enfermeiros é bem inferior à de médicos, na proporção de dois médicos para cada enfermeiro em atividade no país. Em 2005, encontravam-se em atividade no país apenas 0,64 enfermeiro/mil habitantes, relação ampliada para 0,94 em 2008. Nos últimos anos, o importante Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) permitiu ampliação da disponibilidade de técnicos de enfermagem no país, os quais hoje superam a relação médico/habitante (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo a região. Brasil – 2005, 2008

Região	Médico		Odontólogo		Enfermeiro		Técnico de enfermagem	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Norte	0,82	0,92	0,48	0,58	0,48	0,90	0,83	6,96
Nordeste	0,99	1,06	0,53	0,59	0,53	0,67	0,42	2,77
Sudeste	2,28	2,43	1,59	1,65	0,72	1,00	0,95	1,39
Sul	1,73	1,89	1,19	1,31	0,73	1,01	1,14	0,83
Centro-Oeste	1,68	1,83	1,29	1,37	0,65	1,56	1,44	5,86
TOTAL	1,68	1,80	1,13	1,20	0,64	0,94	0,86	2,46

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

A oferta de profissionais da saúde e de postos de trabalho é discutida em detalhes no capítulo 9, que apresenta dados atualizados do emprego em saúde no Brasil, com base em resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2009 do IBGE. Consulte.

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

Em comparação internacional, a relação número total de médicos em atividade (disponíveis para o SUS e serviços exclusivamente privados) por habitante no Brasil é baixa. Em 2008, atuava no país 1,8 médico por mil habitantes (Tabela 4), enquanto em países europeus essa relação é muito superior (Tabela 5).

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

A Tabela 5 possibilita a comparação internacional: apresenta dados de países selecionados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), integrada pelos países de maior renda *per capita* mundial. Na maior parte dos trinta países que compõem a OECD, o número de médicos ativos por mil habitantes (atuantes no setor ambulatorial ou hospitalar) está em torno de três – variando, em 2010, de 4,8, na Áustria, a dois profissionais por mil habitantes, no México.

Tabela 5 – Médicos ativos por mil habitantes e consultas médicas por habitante por ano. Países selecionados – 2009, 2010

Países	Médicos por mil hab.	Consultas por mil hab.
	2010	2009
Alemanha	3,6	7,7
Áustria	4,8	6,9
Canadá	2,4	5,5
Espanha	3,8	7,5
EUA	2,4	3,9
França	3,3	6,9
México	2,0	2,9
Portugal	3,9	4,1
Reino Unido	2,7	5,9
Suécia	3,7	2,9

Fonte: OECD, 2012.

Utilização

A participação do SUS na prestação ambulatorial é importante. Realiza mais de 500 milhões de consultas médicas por ano, e estima-se que financia entre 73% e 61% das consultas médicas contabilizadas no país (IBGE, 2010a). A cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS é de 2,57 consultas por habitante/ano, básicas ou especializadas.

Não estão disponíveis dados separados para consultas de atenção primária e especializadas, e, assim como para a disponibilidade de profissionais, não é possível definir uma norma internacional de número adequado de consultas por habitante/ano, uma vez que se observam diferenças demográficas, epidemiológicas e de organização dos serviços entre países. Todavia, a comparação internacional parece indicar uma baixa cobertura de consultas médicas por habitante/ano no Brasil, tanto de atenção primária quanto de especializada.

Em comparação internacional, segundo dados da OECD, em 2009 os números médios de consultas médicas por habitante eram: Espanha, 7,5; Alemanha, 7,7; Canadá, 5,5; Reino Unido, 5,9; EUA, 3,9; Portugal, 4,1; Suécia, 2,9; e México, 2,9 (Tabela 5). Apenas a média deste último país aproxima-se da média no Brasil (Tabela 6).

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

Embora a cobertura da população brasileira com consultas médicas do SUS ainda possa ser considerada baixa e permaneçam fortes disparidades regionais na utilização de serviços de saúde do SUS, na última década observa-se tendência de leve aumento de cobertura e redução das desigualdades regionais. A razão do número de consultas por habitante entre a região Sudeste (maior uso) e Norte (menor uso) diminuiu de 1,90 em 1996 para 1,32 em 2008 (Tabela 6).

Tabela 6 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante ao ano segundo a região. Brasil – 1996, 2003, 2005, 2008

Região	1996	2003	2005	2008
Norte	1,36	1,86	1,96	2,19
Nordeste	2,01	2,33	2,20	2,36
Sudeste	2,58	2,86	2,88	2,88
Sul	1,97	2,36	2,33	2,41
Centro-Oeste	2,12	2,41	2,42	2,62
TOTAL	2,21	2,53	2,50	2,59

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

Para refletir

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

Os resultados da Pnad Saúde mostram também as desigualdades sociais na utilização: observa-se correlação positiva entre acesso a consultas médicas e poder aquisitivo. Em 2008, entre as pessoas de menor renda familiar (primeiro quintil), 59% declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses. Entre o grupo com rendimento familiar mais elevado (quinto quintil), todavia, esse percentual era de 76%, indicando maior utilização nas camadas de renda mais alta, grupo social com prevalências, em geral, mais baixas de morbidade (Tabela 7).

Às desigualdades sociais somam-se desigualdades regionais indicando acesso mais difícil para as populações mais pobres do Norte e do Nordeste (Tabela 7). A Pnad Saúde também evidencia, na última década, tendência de melhora da cobertura por consultas médicas em todas as regiões e estratos de renda e leve atenuação das desigualdades de utilização no país.

A razão entre a proporção de pessoas que consultaram médico no primeiro e no quinto quintis reduziu-se de 1,44 em 1998 para 1,29 em 2008 (IBGE, 2010a).

Tabela 7 – Percentual de pessoas que realizaram consultas médicas nos últimos 12 meses por quintil de renda por região. Brasil – 1998, 2003, 2008

Uso de postos e centros de saúde	1998	2003	2008
REGIÃO			
Norte	50,6	60,8	61,0
Nordeste	49,7	57,6	63,9
Sudeste	57,7	66,3	71,3
Sul	56,2	63,5	68,9
Centro-Oeste	55,9	63,0	66,3
QUINTIL DE RENDA			
Q 1 – 20% mais pobres	45,3	54,8	59,4
Q 2	50,8	58,6	64,3
Q 3	54,6	62,4	67,7
Q 4	57,5	65,0	70,2
Q 5 – 20% mais ricos	65,4	73,5	76,4
TOTAL	54,7	62,8	67,7

Fonte: Icict, 2011.

DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

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

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

A preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil durante a implementação do SUS, como mencionado no início deste capítulo, pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional

(FMI) e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Assim, gradativamente, o termo APS foi substituído por ‘atenção básica à saúde’.

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

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

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

Ao ser assumido como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências municipais sugerem essa potencialidade. Contudo, o sucesso da implementação da ESF para a grande maioria da população brasileira, afora os incentivos financeiros federais, dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais da saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde, de forma a dar mais densidade à sua atuação cada vez mais complexa; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país.

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem na atenção primária, seja quanto aos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais ao modelo assistencial da Saúde Família.

Estudos sobre o tema da gestão de trabalho na Estratégia Saúde da Família evidenciam esforços para regularização dos vínculos trabalhistas por meio da realização de concursos públicos, de investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, de aumento do tempo de permanência dos profissionais nas equipes, da adoção de mecanismos de remuneração mais adequados por categoria e de complementações via recompensas específicas para atuação em áreas de risco (Mendonça *et al.*, 2010).

A fixação dos profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família é um desafio a ser enfrentado, mesmo que os estudos recentes de avaliação da ESF indiquem um índice de permanência maior em relação ao início da estratégia. A rotatividade dos profissionais, com destaque para os médicos, no entanto, ainda constitui-se num entrave ao desenvolvimento do trabalho e vem sendo atribuída a fatores diversos, tais como: remuneração aquém das expectativas; condições de trabalho; exigência da carga horária integral; baixa oportunidade de progressão profissional; baixo comprometimento dos profissionais; ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Algumas respostas são apresentadas pela gestão e efetivadas localmente: a equiparação do salário dos médicos especialistas em medicina de família e comunidade com os demais especialistas médicos atuantes nos serviços secundários; estabelecimento de incentivos/complementação salarial para os profissionais das USF escalonados segundo critérios de risco e vulnerabilidade das comunidades atendidas; promoção de condições de trabalho adequadas ao desempenho das funções, tais como boa organização, dependências físicas confortáveis e limpas, material apropriado e disponível, segurança física e ambiental.

Na área da saúde, destaca-se a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais com uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhes permita enfrentar a diversidade e a 'adversidade' do processo saúde no mundo atual. No caso específico da Estratégia Saúde da Família, como novo modelo de organização da atenção, o desafio de qualificar tecnicamente o núcleo dos profissionais de forma permanente é maior, na medida em que se trata de alterar as formas tradicionais de educação já consolidadas. O Ministério da Saúde, importante indutor da adoção dessa estratégia, enfrenta esse desafio em sua política de governo com o reconhecimento e a valorização do trabalho humano, por meio de políticas voltadas para esse campo.

Nos países europeus, de modo distinto, há certa tradição na qualificação de profissionais médicos como generalistas e para o exercício da função de porta de entrada preferencial. Nos últimos anos, os países europeus têm buscado fortalecer a sua atenção primária. Eles impulsionaram, a partir da década de 1990, reformas organizacionais que objetivaram melhor coordenação dos cuidados, conferindo maior poder e controle da atenção primária sobre prestadores de outros níveis, definindo-a como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) ou compradora de serviços especializados (Rico, Saltman & Boerma, 2003).

Outras medidas expandiram o leque de serviços ofertados no primeiro nível, alargando o seu papel como prestador, incluindo novas ações curativas, serviços comunitários de saúde mental, cuidados domiciliares (*home care*) ou cuidados paliativos nos serviços de primeiro contato. Nesse sentido, ocorreu ampliação das funções clínicas, assim como das funções gerenciais de coordenação da atenção e financeiras dos profissionais médicos de atenção primária, com a diversificação da organização da atenção nesse nível. O exercício do papel de condutor da assistência pelo generalista requer maior profissionalização do trabalho gerencial do cuidado e qualificação para as novas funções. Nos países europeus, observa-se um processo em transição com a redefinição das funções do generalista como condutor dos cuidados ao paciente. O GP permanece importante ator da atenção primária, contudo o efetivo exercício do papel de coordenação dos cuidados implica superar o desafio de se encontrar um equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais. A responsabilidade por elenco ampliado de funções clínicas aumenta seu poder técnico e credibilidade, bem como a expansão de suas funções gerenciais incrementa seu poder administrativo, mas pode corroer a confiança em sua capacidade técnica por parte de especialistas e pacientes e reduzir a satisfação do GP no que se refere à prática profissional (Rico, Saltman & Boerma, 2003).

Essas questões estão presentes no Brasil de modo bem mais acentuado, pois não há tradição de formação de generalistas nas escolas médicas, além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas. Somente em 2002, a medicina de família e comunidade foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, fomentando-se a abertura de cursos de residência. A residência em medicina de família e comunidade, destinada a formar médicos especialistas em atenção primária, com enfoque comunitário, iniciou um novo modelo de residência médica cujo locus de atuação foge ao modelo tradicional localizado no hospital. Essa estratégia como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde vem se estendendo para as demais profissões de saúde, em cursos de especialização nos moldes de residência, com o objetivo de qualificar os profissionais para trabalhar na ESF, conforme as necessidades e realidades locais e regionais. Com essa formação, busca-se ampliar a adesão dos profissionais à ESF, tornando sua atuação mais adequada às competências e habilidades necessárias à reorganização da atenção primária à saúde.

Outro desafio crucial para a implementação de uma atenção primária integral no país é o desenvolvimento de ações comunitárias e a mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde. A ação comunitária das EqSF, em especial as ações de mobilização social dos ACS, com identificação dos principais problemas no território e o chamamento das diversas organizações e serviços sociais para a ação conjunta no território, buscando a articulação de todos os setores de políticas públicas, é crucial para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. Sua efetivação é fortalecida por uma atuação do Executivo municipal que toma como eixo o enfrentamento articulado dos problemas sociais nos territórios.

No Brasil, a essas questões operacionais para efetivação de uma atenção primária abrangente somam-se os desafios de se contrapor às persistentes pressões das agências multilaterais, década após década, para a implantação de uma atenção primária focalizada e seletiva. A reorganização do SUS orientada por uma atenção primária à saúde abrangente,

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

LEITURAS RECOMENDADAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>.

SALTMAN, R.; RICO, A. & BOERMA, W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006. Disponível em: <www.observatory.dk>. Versão em português publicada em 2010 com o título: *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atenc_prim_cond_redes_aten_a_saude_2010.pdf>.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca*. The World Health Report. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Acesso em: 24 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: Opas, 2011. (Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 2)

SITES DE INTERESSE

Datasus – traz informações sobre serviços de saúde e situação de saúde da população brasileira: www.datasus.gov.br. Para acessar informações sobre a Saúde da Família, siga o caminho: informações em saúde/assistência à saúde/atenção básica – Saúde da Família.

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

Matriz de indicadores de acesso, cobertura, serviços de procura regular por segmentos populacionais e regiões: www.proadess.cict.fiocruz.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

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

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde – The European Observatory on Health Care Systems – sistematiza informações sobre sistemas de saúde de muitos países: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

Opas representação Brasil – Redes e APS: <http://new.paho.org/bra/apsredes>

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

Rede de Pesquisa em APS: www.rededepesquisaaps.org.br

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

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

REFERÊNCIAS

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

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. & BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.
- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
- BOERMA, W. G. W. & DUBOIS, C. A. Mapping primary care across Europe. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A. & BOERMA, W. G. W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *IDB-2010 Brasil: indicadores e dados básicos para a saúde*. Brasília: MS/SGP/DIS/Ripsa, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/folder.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2011.
- BRASIL. Casa Civil. Decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei n. 8.080/90. *Diário Oficial*, 29 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília: MS/SAS/DAB, 2012.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4): 477-483, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2): 399-407, 2007.
- CANADA. Ministry of Supply and Services Canada. *New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report) (1973-1974)*. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1981.
- CONILL, E. M. & FAUSTO, M. C. R. *Análisis de la Integración de la Atención Primaria en Salud en la Red de Servicios en Europa y América Latina*. Madrid, Rio de Janeiro: Eurosocial Salud, Ensp/Fiocruz, 2007.
- CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. & GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(supl. 1): s14-s27, 2010.
- CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11): 1.864 -1.874, 2004.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.
- DONNANGELO, M. C. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ELIAS, P. E. *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 633-641, 2006.
- SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- SCOREL, S. *et al.* (Org.) *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

- ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 21(2/3): 164-176, 2007.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland HiT/England*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, 2011. Disponível em: <www.euro.who.int/observatory>, HiT Country Profiles. Acesso em: 26 nov. 2011.
- FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 696-681, 2006.
- FAUSTO, M. C. R. *et al.* The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4): 339-353, 2011.
- FLEURY, S. M. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6): 1.171-1.181, 2006.
- GIOVANELLA, L. *Solidariedade ou Competição: políticas e sistema de saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 951-964, 2006.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 783-794, 2009.
- HEIMANN, L. S. & MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. *In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In: PANDOLFI, D. (Org.) Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad: Suplemento Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11680>. Acesso em: 22 ago. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2003: suplemento acesso e utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, MPOG, MS, Fiocruz, 2010a.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em 22 ago. 2011.
- INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA (ICICT). Fundação Oswaldo Cruz. *Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess): matriz de indicadores*. Disponível em: <www.proadess.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 26 nov. 2011.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B. & SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3): 831-865, 2003.
- MACINKO, J. *et al.* The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care: sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*, 23 fev. 2011.
- MCKEOWN, T. *The Role of Medicine: dreams, mirage or nemesis*. Londres: The Nuffiel Provincial Hospital Trust, 1976.

- MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do ACS no contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2): 353-365, 2004.
- MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5): 2.355-2.366, 2010.
- MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, 11: 1-8, June 2011.
- MENDONÇA, M. H. M. *Reorientação do Sistema de Saúde no Contexto de Mudança Social*, 1992. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. *Imprevidência Social: 60 anos de história da previdência social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *OECD Health Data 2012*. OECD: Paris, 2012. Disponível em: <www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>. Acesso em: 24 ago. 2012.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>. Acesso em: ago. 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS*. Brasília: Opas, OMS, 2011. (Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas baseadas na APS, 2)
- PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT (PHM). *Carta dos Povos pela Saúde*. Bangladesh, 2000. Disponível em: <www.phmovement.org/es>. Acesso em: ago. 2011.
- RICO, A.; SALTMAN, R. & BOERMA, W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. *Social Policy & Administration*, 37(6): 592-608, 2003.
- ROEMER, M. I. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.
- SALTMAN, R. Drawing the strands together: primary care in perspective. In: SALTMAN, R.; RICO, A. & BOERMA, W. (Eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- STUCKLER, D. *et al.* The political economy of universal health coverage. Background paper for the Global Symposium on Health System Research. Montreux, Switzerland, 16-19 nov. 2010.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica (DAB) *Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas – estudo amostral 2008. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil*. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas (Face)/UFMG, MS/DAB, 2009.
- VALE E SILVA, J. Comunicação pessoal do professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), set. 2011.
- VIANA, A. L. & DAL POZ, M. *Reforma de Saúde no Brasil: o Programa de Saúde da Família. Informe final*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166)
- WENDT, C. & THOMPSON, T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. *International Journal of Health Services*, 34(3): 415-433, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Sustainable Health Financing, Universal Coverage, Social Health Insurance*. 58th World Health Assembly. WHA 58.33, 25 May 2005. Genebra: WHO, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca*. The World Health Report. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Acesso em: 24 ago. 2012.

