



▶ **CAPÍTULO 6**

Atenção primária à saúde no Brasil

Luís Fernando Rolim Sampaio

Claunara Schilling Mendonça

Maria A. Turci

Aspectos-chave

- ▶ A Constituição Federal de 1988 define três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS).
- ▶ A Constituição Federal autoriza a organização do setor privado de asseguramento de saúde, que atualmente cobre 25% da população brasileira por meio do subsetor de saúde suplementar, que já possui experiências de organização de serviços e planos de saúde com base nos preceitos da atenção primária à saúde (APS).
- ▶ A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel importante na organização do SUS, ao promover o acesso ao sistema de saúde,

buscando a integralidade, a coordenação do cuidado e a articulação intersetorial em uma perspectiva complexa.

- ▶ O Programa Saúde da Família (PSF), oficialmente lançado em 1994, cresceu de forma gradativa e sustentável, alcançando uma cobertura superior a 60% da população brasileira, sendo a alavanca principal para o avanço da APS e do retorno da medicina de família e comunidade (MFC) para o centro das atenções na discussão da saúde no Brasil.
- ▶ Os resultados da saúde da família, em diversos estudos, confirmam o impacto positivo da estratégia em inúmeros aspectos e atributos da APS, permitindo a formação de uma importante rede de pesquisadores, bem como o desenvolvimento de metodologias de pesquisa robustas, que são publicadas em importantes revistas de impacto mundial.

Histórico da atenção primária à saúde no Brasil

Como corolário do movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 definiu três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição do SUS. Esse sistema, calcado nos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, foi resultado de um intenso movimento social, que teve como objetivo construir um sistema universal de saúde para o país. A APS no Brasil tem sido tema central nas discussões da organização de sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas, motivado por sua importância dentro do SUS.¹

Segundo Fleury, 2009, quatro princípios nortearam a reforma:²

[...] um princípio ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico, que compreende a determinação social do processo saúde/doença; um princípio político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e um princípio sanitário, que entende a

proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

Apesar do objetivo da proposta da Reforma Sanitária ter sido o de construir um sistema único e universal de saúde, a Constituição definiu também que o setor privado é livre para atuar no país, de forma complementar ao sistema público. A existência, desde aquele momento, de um setor assegurador e prestador de serviços privados, associado a setores públicos que mantiveram seus privilégios de asseguramento e cobertura de serviços fora do SUS, levou o Brasil a um *mix* público privado complexo, com pouca similaridade a outros sistemas nacionais de saúde. Analisando o tema à luz da taxonomia para classificação do asseguramento do setor privado em sistemas nacionais de saúde proposta pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), conclui-se que, devido à inserção peculiar do setor de planos e seguros de saúde no Brasil, há uma cobertura que pode ser entendida como suplementar e duplicada.³

Assim, o atual sistema de saúde brasileiro é constituído por uma complexa rede de serviços dividida em dois subsistemas: subsistema público, assegurado com impostos e contribuições de livre acesso, e o subsistema privado, assegurado por pagamento de seguros e planos de saúde ou pelo desembolso direto. Em relação à prestação de serviços, essas correlações são ainda mais complexas. O SUS tem em sua rede serviços públicos estatais, serviços públicos geridos por terceiros e serviços privados contratados. O subsistema privado tem sua rede contratada por serviços de terceiros, ou próprios, em operadoras verticalizadas, e também por pagamento com ressarcimento ao SUS, pela utilização de serviços próprios ou já contratados pelo SUS. Essa rede gera padrões diversos de utilização, dependentes de fatores socialmente determinados, como renda familiar, classe social, entre outros.⁴

Ao mesmo tempo, a prestação de serviços do setor privado tem similaridades inequívocas com o modelo de mercado dos EUA, modelo esse considerado um exemplo global de ineficiência.⁵ Em relação aos princípios da APS, o setor privado brasileiro está atrasado na discussão, mas recentemente, associado ao tema da sustentabilidade futura e ampliação de mercado, aponta preocupações com esses princípios. A presente discussão trata prioritariamente o componente público do sistema de saúde brasileiro. Entretanto, pela relevância que o tema vem tomando na saúde suplementar, esse subsetor será brevemente abordado.

O SUS orientou a organização incremental de uma APS com características próprias, a partir das experiências locais de diversas regiões do país.⁶ A APS tem sido o lócus para diversas ações e programas do setor assistencial preventivo e curativo, individual ou comunitário, mas também de ações nas intercessões entre o que se define como sistema de serviços de saúde e os territórios sociais de comunidades e populações, ações essas de caráter comunitário e populacional.

Há que se destacar que o conceito de APS foi utilizado pela primeira vez quase um século antes, no relatório Dawson, que preconizava a organização de um sistema de saúde em rede, composto por centros de saúde primários e serviços domiciliares organizados de forma regionalizada, sendo responsáveis pela resolução da maior parte dos problemas de saúde da população sob seu cuidado por meio de profissionais generalistas. Ampliando e agrupando as regiões, existiriam centros de saúde secundários com especialistas e hospitais, para quando existisse indicação de internação. Essa formulação visava a contrapor-se ao modelo flexneriano americano, que valorizava e estimulava a especialização, propondo um modelo de atenção ao sistema de saúde inglês.⁷ Apesar dessas diferenças, ambas as propostas eram focadas na atenção médica individual.

A medicina comunitária surgiu nos EUA nos anos 1960 como estratégia de extensão de cobertura para populações desprovidas de acesso, dentro dos princípios da medicina integral e preventiva. Ela chegou ao Brasil com apoio internacional, buscando a integração da chamada saúde pública de cunho estatal e das escolas de saúde pública, e a medicina curativa e individual, hegemonicamente privada, das escolas médicas.⁸ Esse movimento foi amplamente disseminado nas escolas de medicina brasileiras, tendo servido de base para várias experiências de implementação da atenção de primeiro nível por meio de programas de integração docente-assistencial.⁹ Entretanto, o movimento da reforma sanitária teve como entendimento hegemônico de que se tratava de uma proposta de medicina focalizada,¹⁰ o que levou ao estrangulamento das residências de medicina geral e comunitária e culminou na desativação dessa sociedade médica na década de 1990.

Após 1988, a legislação infraconstitucional delineou um sistema de acesso universal e integral com permanente controle social, organizado de forma descentralizada e hierarquizada, em que a prestação de serviços de saúde é de responsabilidade dos municípios.¹⁰ A descentralização, iniciada na década de 1990 após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, se fez por meio da

transferência de competências e receitas tributárias para estados e municípios. Na saúde, houve uma opção preferencial pela municipalização e, diferentemente de outros países, no Brasil, esse movimento não ocorreu com privatização de serviços ou redução da capacidade gestora e reguladora do Estado. Pelo contrário, uma rede essencialmente estatal de serviços públicos de APS se constitui sob a gestão dos municípios. Contudo, as dificuldades da gestão, seja pela administração direta, seja pela administração indireta por fundações ou autarquias públicas, obrigou os gestores públicos a procurarem alternativas para gerir serviços de saúde por exemplo, as experiências de parcerias com organizações sociais em algumas metrópoles, como os casos do Rio de Janeiro e São Paulo. As disputas ideológicas continuam muito fortes nesse tema, imersas na arena nos paradoxos do *mix* público privado brasileiro. Essas disputas frequentemente suplantam a importância da prestação de serviços à população, fazendo com que boas experiências municipais continuem vivenciando o risco de descontinuidade, como ocorre desde o início da implantação do SUS nos anos 1990.¹¹

No transcorrer desse processo, a APS, entendida sob diferentes matizes, tornou-se um termo polissêmico. A atenção primária foi definida como fundamento para a universalização da saúde, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, com ampla participação dos países. Entre os pressupostos apresentados na Declaração de Alma-Ata se destacam a saúde como um direito humano fundamental, da responsabilidade dos governos na saúde e a participação individual e coletiva da população no planejamento e na execução de seus cuidados em saúde. Os chamados cuidados primários foram considerados essenciais e definidos como primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, devendo estar o mais próximo possível da comunidade. Esses pressupostos também buscavam conclamar os governos a reformar os sistemas de saúde em bases distintas ao modelo médico-hospitalar.¹²

Discussões restritivas persistiram, como a visão da APS como programa de medicina simplificada para os pobres. Foi essa compreensão restrita que, há mais de duas décadas, afastou o tema das proposições elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde.¹³ Vale ressaltar que, no cenário internacional, se travava a batalha entre a APS e a atenção primária seletiva, termo utilizado para designar o que se formatou como o contraponto discursivo à Conferência de Alma-Ata. Articulado por instituições internacionais de grande influência, a Conferência de Bellagio ocorreu um ano após Alma-Ata e buscou desqualificá-la, colocando-a

no patamar de uma proposta irrealizável.¹⁴ Posteriormente, o “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde” explicita as diretrizes propostas por esses atores: pacotes básicos de serviços para os pobres.¹⁵ Essa estratégia segue até hoje, tendo como um dos campos férteis para seu fortalecimento a fragmentação programática, que dominou, e ainda domina, a lógica de funcionamento de agências internacionais e estruturas burocráticas, tanto estatais quanto privadas, nos países. Assim, a emergência do PSF, no Brasil, se deu sob críticas de setores acadêmicos, entre as quais a do renascimento da medicina geral e comunitária ou de um programa vertical e focalizado,¹⁶ ou a ideia de uma “medicina de pobre para os miseráveis”.¹⁷

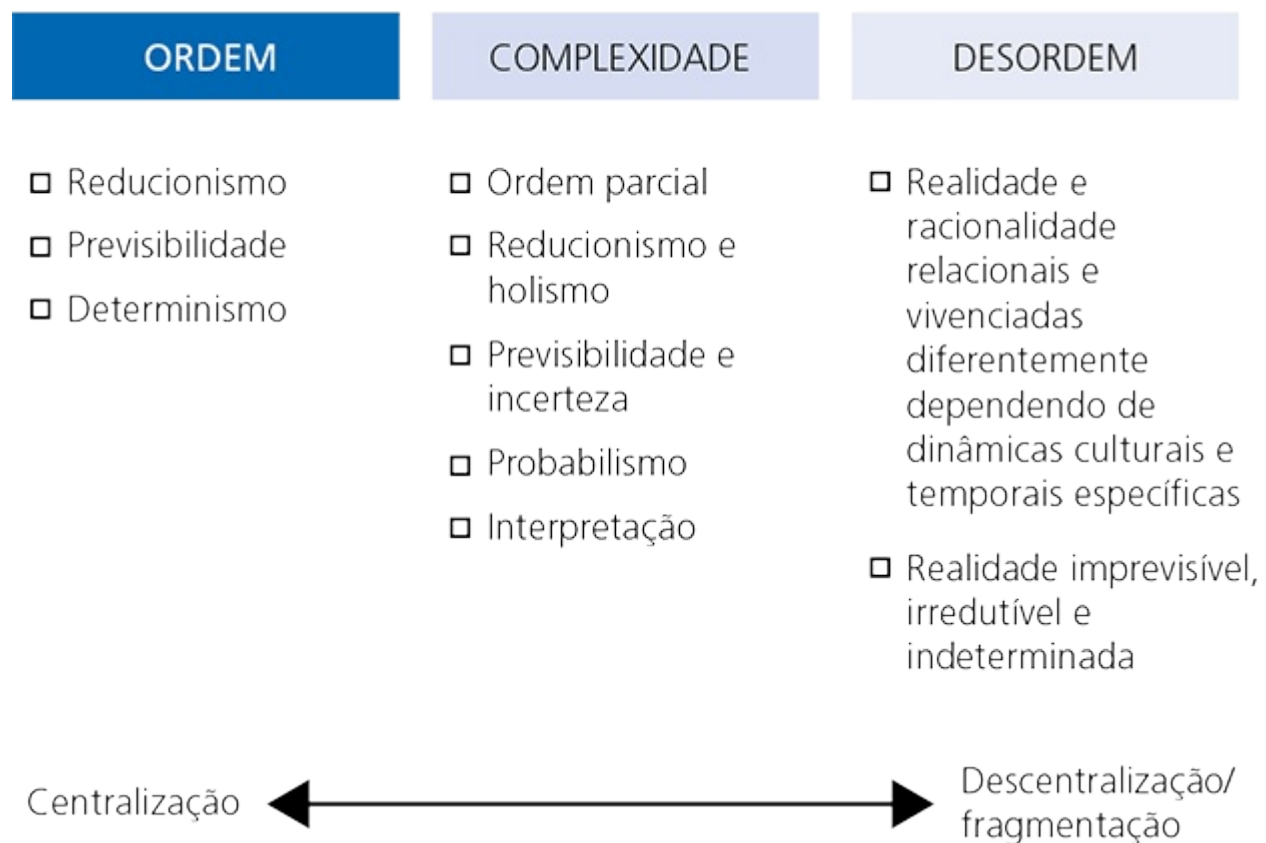
Efetivamente, no Ministério da Saúde e nos municípios, desenhava-se o arcabouço da APS brasileira dos anos 2000, que se projetou mundialmente como um modelo para operacionalização de conceitos até então somente efetivados em países de alta renda vinculados à OCDE, ao passo que a discussão acadêmica brasileira foi tímida e trouxe pouca contribuição ao desenvolvimento teórico-conceitual da APS. O pequeno volume de literatura nacional disponível no período demonstra a pouca priorização do tema na década.¹⁸

Para melhor compreender o dilema entre a existência de diretrizes centralizadas para a organização da APS pelo gestor federal do SUS, com execução descentralizada pelos municípios, pode-se utilizar o conceito de complexidade, mesmo que não seja objetivo deste capítulo discuti-lo em detalhe. O conceito da complexidade está proposto como um novo paradigma para o campo das políticas públicas¹⁹ e favorece sobremaneira o entendimento do desenvolvimento operacional da APS como uma dessas políticas.

Entender a complexidade como um campo entre os espaços da centralização, que tende ao totalitarismo absolutista da certeza, com uma unicidade que põe em risco as propriedades de seus componentes originais; e da descentralização, que tende à dispersão atomizada e caótica da completa incerteza e individualidade, parece ser muito útil na APS, tanto nos microprocessos das práticas como nos macroprocessos das políticas. A APS, como um campo complexo, transita entre graus relativos de certeza na busca, por exemplo, de uma medicina de precisão, e graus de incerteza próprias do holismo, e se posiciona em um espaço intermediário entre o que Geyer e Rihani chamam de campo positivista moderno da ordem e campo caótico pós-moderno da desordem.¹⁹ A [Figura 6.1](#), adaptada dos mesmos autores, propõe três perspectivas para as políticas públicas: da ordem, da complexidade e da desordem. Exemplificando a partir de programas

nacionais de governo, pode-se dizer que programas muito formatados e pouco flexíveis, com protocolos rígidos em que não são aceitas adaptações, trazem a essência da perspectiva da ordem. Por outro lado, propostas de total autonomia na definição de equipes e protocolos e utilização de recursos com a máxima liberdade trazem a perspectiva da desordem, em que, no extremo, tudo é imprevisível e indeterminado. Entre esses extremos, está a perspectiva da complexidade, na qual se encontram reducionismo e holismo, previsibilidade e incerteza, ou seja, uma perspectiva de ordem parcial.

PERSPECTIVAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



▲ Figura 6.1

Perspectivas das políticas públicas.

Fonte: Adaptada de Geyer e Rihani.¹⁹

Nessa perspectiva da complexidade, está imersa a APS e transitam reducionismo e holismo, probabilismo e interpretação. Os campos de atuação da

APS são territórios complexos, dinâmicos, como o “território utilizado”, descrito por Milton Santos, e o território processo, de Mendes, que, para além do território geográfico, trazem consigo o contexto social, político e econômico.^{20,21}

Esse entendimento contribui para uma definição da APS como um dos componentes-chave de qualquer sistema de saúde, como proposto por diversos autores.²²⁻²⁸ O fato de a APS ter, em seu conceito mais restrito, de primeiro nível de atenção, os pontos preferenciais de contato do sistema de saúde e, em seu conceito sistêmico, como proposto por Starfield,²⁵ uma lógica ampliada, incluindo o percurso entre esses pontos de atenção a saúde e a competência cultural da interação e integração com a comunidade, permitem que a APS efetive a coordenação do cuidado, a integralidade enquanto a abrangência dos serviços ofertados da promoção da saúde à reabilitação e a longitudinalidade de forma concomitante. Assim, deve-se falar dos serviços de APS, mas também da aplicação dos seus princípios ao sistema de saúde no qual esses serviços estão inseridos. Sem essas duas vertentes, não serão alcançados os resultados esperados.

Globalmente, o Relatório Mundial da Saúde, em 2008, e, em 2009, a resolução da OMS lançaram um compromisso político internacional de APS, incluindo o fortalecimento do sistema de saúde.²⁹ O Brasil vem dedicando um amplo esforço político, acadêmico e financeiro para o desenvolvimento de um novo modelo de APS. A saúde da família do Brasil tem sido citada na literatura internacional como um exemplo de programa impulsionado por um entendimento abrangente da APS como parte do sistema nacional de saúde e política.³⁰

A vasta literatura sobre o tema confirma a importância de priorizar a APS. Starfield mostrou que os países com maiores escores de atenção primária apresentam efeitos sobre o sistema de saúde na efetividade, na eficiência e na equidade, com melhores resultados de saúde.²⁶ Atun discutiu as vantagens e as desvantagens de a reestruturação de um sistema de cuidados de saúde ser mais focada em serviços de cuidados primários e concluiu que “[...] há indícios de melhora nos resultados da saúde da população, maior satisfação da pessoa que a utiliza, melhor utilização dos serviços e do sistema sanitário e redução de custos, quando é fortemente orientada para a atenção primária [...]”.³⁰ Macinko apresentou evidências do impacto da APS em países de alta renda²³ e também nos de baixa e média renda.³¹ No contexto brasileiro, estudos de impacto da APS

também foram publicados, mostrando sua contribuição em diversos indicadores avaliados, como apresentado neste capítulo.

O modelo de um sistema organizado de forma hierárquica e piramidal, em que, no topo, está a chamada “alta complexidade”, entendida como incorporação de equipamentos e tecnologia dura, na camada imediatamente inferior, a média complexidade, composta de atendimentos especializados e exames com menor densidade instrumental, e na sua base, a baixa complexidade, ou “atenção primária”, não atende aos novos desenhos dos sistemas de saúde propostos no mundo hoje. Por outro lado, o tema das redes de atenção à saúde tem merecido atenção acadêmica e dos serviços no Brasil. Diversos atores, entre os quais o Ministério da Saúde, o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a representação da Organização Americana da Saúde no Brasil (OPAS), têm pautado politicamente as redes de atenção, tendo vasto material disponível em seus *websites*. Uma importante contribuição para a superação do desenho piramidal está nas redes poliárquicas apontadas por Mendes.³²

A saúde da família: de programa à estratégia de APS

O PSF foi oficialmente lançado em 1994, cresceu de forma gradativa e sustentável e é a alavanca principal para o avanço da APS e para o retorno da MFC ao centro das atenções na discussão da saúde no Brasil. A saúde da família ultrapassou, em muito, os limites de um programa, tornando-se uma política do Estado brasileiro com lugar na agenda dos gestores do SUS. Nenhuma outra iniciativa dentro do setor saúde alcançou a magnitude desse programa que hoje é reconhecido pelos usuários do SUS e globalmente citado como exemplo de sucesso de política pública de saúde.³³

O início do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

A história da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está intimamente relacionada com a experiência da implantação do Programa de Agentes de Saúde no Estado do Ceará.³⁴ O Programa de Agentes de Saúde foi iniciado como programa emergencial no ano de 1987, visando à redução da mortalidade infantil e tendo como base a experiência de auxiliares de saúde desenvolvida na cidade de Planaltina (DF), na década de 1970. Inicialmente, contou com 6 mil mulheres nas regiões mais carentes, contratadas

para trabalharem como agentes de saúde. O sucesso atingido já no primeiro ano transformou o programa emergencial em permanente.

Em 1991, após avaliações conduzidas pelos professores Cecília Minayo e Cesar Victora e observações do Ministério da Saúde, o Governo Federal decidiu adotar o programa e expandi-lo para todos os estados da Região Nordeste e, posteriormente, para todo o Brasil, rebatizando-o com o nome de PACS.^{35,36}

O Programa Saúde da Família: os primeiros anos

Com o avanço do PACS e sob influência de experiências em andamento no país – a destacar, o Programa Médico de Família de Niterói (RJ), a Medicina Geral e Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição (RS), o Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre (RS), o Programa Médico de Família, de São Paulo (SP), e o Projeto de Equipes de Saúde da Família, em Quixadá (CE)³⁷ – começaram a ser formuladas, no âmbito do Ministério da Saúde, ideias sobre a criação de um programa que integrasse as características presentes nessas experiências. Em dezembro de 1993, reuniram-se em Brasília representantes das experiências citadas e consultores do Ministério da Saúde, sendo então definidas as bases do que viria a ser o PSF.

O PSF foi inicialmente implantado em 13 municípios, com representatividade de diferentes partidos políticos, de diferentes regiões e portes econômicos e populacionais.³⁸ O financiamento inicialmente era realizado por meio de convênios entre as Secretarias Municipais e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e não garantia perenidade no custeio. Também nesse momento não era exigido que cada equipe nuclear fosse composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário, sendo possível uma implantação flexível. A flexibilidade, entretanto, não se aplicava à carga horária de 40 horas, considerada essencial para dedicação integral das equipes e para o alcance dos objetivos de um novo *modus operandi* na atenção básica.

Para permitir um fluxo financeiro mensal para os municípios que aceitavam o desafio de iniciar o programa, foram criadas modalidades de transferências por produção de serviços na tabela de serviços ambulatoriais do SUS, com valores diferenciados para a consulta médica das equipes do programa. Tal modalidade, apesar de claramente contraditória à mudança de paradigma proposta, perdurou até o início de 1998, quando o país já contava com aproximadamente duas mil equipes implantadas. Nesse momento, as equipes nucleares tornaram-se obrigatórias.

A criação do piso de atenção básica

Sob a égide da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que trazia as bases para um novo modelo de atenção, foi instituído o piso de atenção básica (PAB), operacionalizado em 1998. É válido aqui um aparte histórico sobre a escolha do termo “atenção básica” em detrimento de “atenção primária”.

[...] quando a proposta do per capita foi elaborada, ela precisava de um nome. A equipe da Secretaria de Atenção à Saúde, com alguns colaboradores externos, ouviu muitas opiniões de gestores e formuladores do setor da saúde. Havia uma advertência clara de que o termo ‘atenção primária’ fazia relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de ‘piso de atenção primária’ poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. Havia, naquele momento, necessidade premente de mudança na modalidade de financiamento – situação que não poderia se subordinar a um provável longo período de debate para escolha de uma denominação adequada. Assim, surgiu o termo ‘atenção básica’ como alternativa para evitar a resistência que era anunciada. Somente isso.³⁹

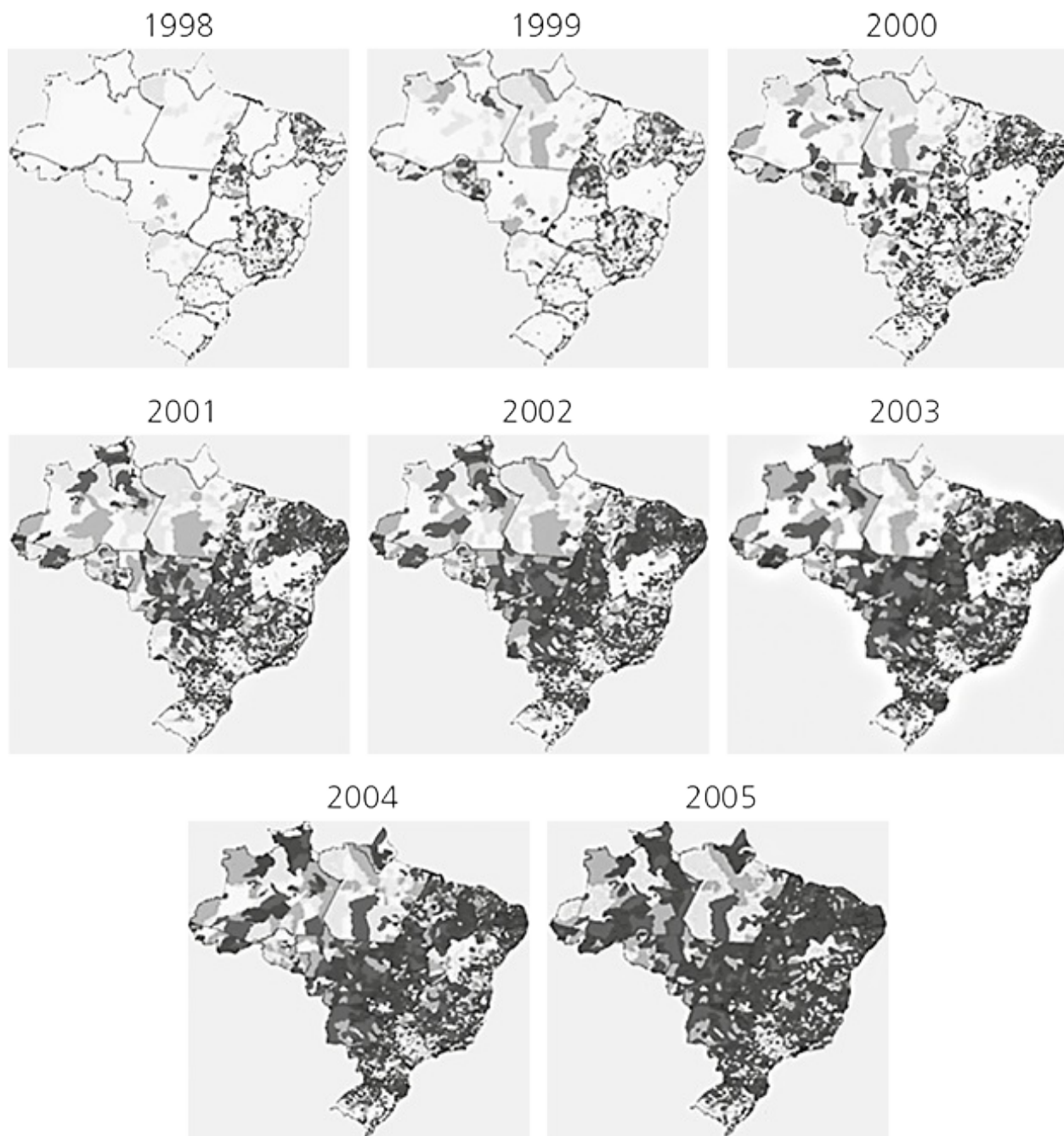
O PAB passou a garantir os repasses de forma automática do órgão federal para o municipal, interrompendo também o pagamento por procedimentos para agentes comunitários e equipes de saúde da família. Tais recursos eram destinados a custear ações e serviços de atenção primária, que deviam ser ofertados à comunidade pelos municípios e não podiam ser usados para outras ações não relacionadas à atenção básica.

Para o PAB fixo, foi negociado um valor *per capita* a ser transferido a todos os municípios, independentemente das ações realizadas, ao passo que o PAB variável dependia de ações específicas e era calculado de acordo com as informações contidas nas bases de dados dos sistemas de informação nacional a cada mês, possuindo um valor para cada programa implementado (Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e outros).⁴⁰

O pagamento do PAB permitiu, a partir de 1998, recursos perenes de forma *per capita* a todos os municípios brasileiros, alterando a modalidade em vigor no SUS de pagamento mediante produção de serviços ou convênios, o que

representou uma importante inovação no modelo de financiamento da saúde. Pela primeira vez no país, recursos federais foram repassados a todos os municípios como entes federados autônomos, e não mais por sua capacidade já instalada, como prestadores do Ministério da Saúde. Essa forma de repasse promoveu maior equidade na distribuição dos recursos federais.⁴¹ A criação do PAB variável da saúde da família acelerou o ritmo de expansão, com a adesão de muitos municípios a essa estratégia, e permitiu a centenas de municípios brasileiros acesso aos serviços de saúde. Em meados dos anos 1990, são criados incentivos especiais, dentro da atenção básica, para atendimento a populações historicamente negligenciadas, como quilombolas, assentamentos agrários, populações indígenas e a todos os municípios com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH). Esses mecanismos foram gradativamente alocando mais recursos em municípios mais pobres, continuando o movimento de promoção de equidade na distribuição dos recursos, o que permitia, mesmo que timidamente, compensar a desigualdade histórica de transferências baseadas na distribuição da capacidade instalada de serviços hospitalares, com base quase exclusivamente na oferta desses serviços.

A instituição do PAB foi responsável por uma forte indução de mudanças no modelo assistencial, com significativa ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, evidenciada pela expansão da cobertura das equipes de saúde da família em todo o país, como pode ser visualizado na [Figura 6.2](#). Vale ressaltar, como pode ser visto no mapa, que a cobertura é determinada também pela liderança das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Em 1998, Ceará, Minas Gerais e Goiás tiveram uma adesão de seus municípios muito superior à média dos outros estados. (A resistência e a falta de apoio das SES podem ser refletidas no atraso da cobertura de alguns estados.)



▲ **Figura 6.2**

Evolução da cobertura do Programa Saúde da Família no Brasil (1998-2005).

Fonte: Brasil.⁴²

A construção de um modelo de organização em APS

Com a expansão do programa e a cobertura das áreas anteriormente desassistidas, inicia-se um novo desafio, de mudar o modelo em que já existiam equipes tradicionais com pediatras, clínicos e gineco-obstetras. Essa nova fase do PSF foi voltada para a conversão do modelo denominado “tradicional” para o novo modelo proposto pelo PSF. Até então, as coberturas nas cidades de grande porte, com mais de 500 mil habitantes, eram baixas, incluindo as maiores capitais brasileiras. Para esse fim, foram criados e adaptados novos incentivos financeiros aos municípios participantes.

No ano 2000, buscando o aumento da cobertura em grandes centros urbanos, introduziu-se um sistema de incentivo vinculado a faixas de cobertura de saúde da família sobre a população total do município. Segundo esse sistema, quanto maior a cobertura alcançada pelo município, maior o valor base para cálculo dos repasses referentes às equipes implantadas. Grande parte dos pequenos municípios já se encontrava nas faixas de cobertura elevada e já recebia os valores máximos. Buscou-se estimular que os municípios mais populosos aumentassem suas coberturas por meio da criação de novas equipes ou pela conversão das equipes “tradicional” existentes em equipes de saúde da família com valores escalonados: quanto maior a cobertura, maior o valor repassado.

Paralelamente à proposta de repasses vinculados a faixas de cobertura e percebendo a insuficiência dessa ação isolada, o Ministério da Saúde buscou o aporte de recursos adicionais por meio de acordo de empréstimo com o Banco Mundial, formulando-se, assim, o Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), iniciado em 2001, com o objetivo de apoiar a expansão da cobertura, a consolidação e a qualificação da ESF nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes.

As estratégias adotadas, em especial o PROESF, atingiram o objetivo ao qual se propuseram, aumentando a cobertura da saúde da família nas capitais e nas grandes cidades. Dos 226 municípios com mais de 100 mil habitantes, 85% aumentaram sua cobertura, e a cobertura média aumentou de 24 para 40% em setembro de 2009.⁴³ Os vários estímulos incrementais e a liderança do Ministério da Saúde permitiram o crescimento sustentado do programa, desde os municípios da Amazônia legal até os maiores centros urbanos do país. Apoiados por conjunturas políticas locais favoráveis, as maiores capitais do Brasil apresentam hoje experiências relevantes, como Belo Horizonte,⁴⁴ Rio de Janeiro⁴⁵ e São Paulo.⁴⁶ A questão proposta sobre essas experiências é sobre a sustentabilidade dessas políticas municipais em cenários de dificuldade local e falta de liderança dos outros níveis de governo.

A criação da Política Nacional de Atenção Básica

Em 2006, o Ministério da Saúde formulou, junto com representantes de estados e municípios, a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Conforme descrito na apresentação da própria PNAB, pode-se afirmar que o ano de 2006 é marcante para a APS no país, tendo em vista a pactuação da prioridade de: “Consolidar e qualificar ESF como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”.⁴⁷

Esse foi um momento importante de retomada da liderança do Ministério da Saúde na afirmação do modelo de APS com base em equipes de saúde da família. Como maiores destaques dessa política, podem ser citadas: a definição clara das responsabilidades de cada esfera de governo quanto à APS e a reafirmação da saúde da família como uma estratégia nacional, com a mudança de nomenclatura de PSF para ESF.

Esse momento foi antecedido pela definição do Pacto pela Saúde, que estabeleceu prioridades para o SUS. O pacto explicitou contradições na condução política federal, por um lado, equiparando a saúde da família aos programas verticais, e por outro, apontando a atenção básica como o eixo ordenador da atenção. O Pacto pela Saúde foi composto pelo Pacto pela Vida, um conjunto de compromissos sanitários que expressavam as ações prioritárias no campo da saúde e o Pacto em Defesa do SUS, que envolveu ações articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS como instância política do Estado e defender os princípios basilares dessa política pública. Junto com a Saúde do Idoso, a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama, a redução da mortalidade por óbitos evitáveis (materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias), o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias e a promoção da saúde, a APS foi considerada umas das prioridades, por meio da consolidação e qualificação da ESF como modelo de APS e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Apesar de centro ordenador, competia no mesmo nível com as prioridades focais citadas. A PNAB recolocou a atenção básica e a saúde da família como o lócus de operacionalização dos programas e foi importante para o crescimento da consciência sanitária sobre a APS.⁴⁸

O avanço rumo à integralidade e à conformação da rede de atenção a partir da APS

Após o lançamento da PNAB, destacaram-se iniciativas que buscaram avanços

rumo à integralidade e à conformação da rede de atenção a partir da APS. Nesse sentido, ainda em 2006, houve a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, trazendo para o âmbito do SUS, mais especificamente da APS, ações de medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia e fitoterapia.⁴⁹

Em 2008, foram regulamentados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram considerados um grande avanço na busca da consolidação de conceito de integralidade do cuidado no âmbito da APS. Os NASFs foram concebidos como forma de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da APS no Brasil. Eles são compostos por profissionais com diferentes formações que devem desempenhar suas atividades dentro dos princípios da APS e em parceria com as equipes de saúde da família, compartilhando seu território adstrito e priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas.⁵⁰

O relatório de 2008 da OMS²⁸ reforça a APS como “coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção” e propõe para a saúde da família o desafio de que exerça a função de centro de comunicação nas redes de atenção à saúde. Em 2010, a gestão tripartite do SUS estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, visando a aperfeiçoar a integralidade no SUS.⁵¹

Conforme esse marco legal, a RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A RAS estabelece a APS como seu centro de comunicação e preconiza a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, reconhecidos como igualmente importantes, diferenciando-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Nessa normativa, a APS é compreendida como primeiro nível de atenção, resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção,⁵¹ representando o reconhecimento da posição estratégica da APS na política nacional de saúde.

Os avanços no campo da intersectorialidade

O território de responsabilidade das equipes proporciona espaços para ações com outros setores das políticas sociais, quando determinado por acordos de políticas intersetoriais. Exemplo disso é a parceria da saúde da família no acompanhamento das condicionalidades de mais de 6 milhões de famílias do Programa Bolsa Família (PBF), as quais enviam informações sobre sua saúde, a fim de continuarem recebendo o benefício. Mesmo considerando que as equipes de saúde da família são importantes na manutenção da saúde dos beneficiários, não apenas ao reduzir as iniquidades na oferta e na qualidade da atenção prestada, existem dúvidas sobre o real impacto dessas ações.⁵² Outras ações, como a formação dos agentes comunitários de saúde em apoio a programas de campanha eleitoral, como o “Um Milhão de Cisternas”, visando à manutenção e à qualidade da água para consumo humano, ou como a “Mobilização Nacional pela Certidão de Nascimento”, não possuem estudos sobre seus resultados.

Na integração com o setor de educação, o Programa Saúde na Escola (PSE), implantado a partir de 2008, chegou a envolver um terço das equipes da saúde da família existentes. A proposta tem em seu escopo diversas ações articuladas pelas equipes de saúde da família e de educação com o objetivo de garantir atenção à saúde e educação integral para os estudantes da rede de ensino fundamental e médio.⁵³ Entretanto, avaliações desses programas apontam a persistência de iniciativas centradas na doença, com foco em triagem e prevenção.⁵⁴

Podem ser citadas, ainda, outras iniciativas de integração de políticas sociais que responderam a conjunturas políticas específicas, como na formação de profissionais para melhor abordagem no uso de álcool e drogas, ou mesmo da vinculação da saúde da família para captação de recursos federais para projetos culturais. Além disso, é grande o número de equipes envolvidas em ações intersetoriais por iniciativa local, assim como é elevado o número de programas e projetos visando à integração de políticas criadas por estados e municípios.

Apesar dessas iniciativas, não se pode perder de vista a importância da APS no desempenho da função setorial, exclusiva do setor saúde, de assistir as populações com qualidade técnica elevada, respondendo prontamente e com primazia e sendo resolutivos nas situações de saúde demandadas pela população sob os cuidados das equipes de saúde da família.

A PNAB de 2011

Apesar de todas as evidências de que o modelo de organização com base na saúde da família apresenta melhores condições para o desempenho dos atributos da APS, a estratégia foi permeada de questionamentos durante todo o período de implantação. Um dos principais problemas seria o excesso de normatização, que não possibilitava maior flexibilidade na composição e na jornada de trabalho das equipes. Os críticos alegavam que as normas federais feriam a autonomia dos municípios, os reais prestadores de serviço na APS, sem considerar a diversidade de realidades em um país de dimensão continental.⁵⁵ A PNAB publicada em 2011 surgiu nesse contexto, buscando soluções que pudessem trazer flexibilidade na carga horária dos médicos, sob o argumento da dificuldade de fixação desse profissional. As equipes então passaram a poder ser compostas por médicos com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas, com a proporcionalização do número máximo de pessoas sob os cuidados de cada equipe e o valor repassado pelo órgão federal. Foi prevista, ainda, a equipe “transitória”, composta por um médico com carga horária de 20 horas e os demais profissionais mantendo o vínculo de 40 horas.⁵⁶

Faltam evidências sobre a efetividade de tal medida na ampliação do número de ESF implantadas e na fixação dos médicos. Da mesma forma, ainda é pouco esclarecido o impacto da menor carga horária do médico na qualidade do cuidado prestado. A jornada de trabalho é apenas um dos aspectos ao qual se somam as condições adequadas de trabalho, a definição da carreira no serviço público e as características dos serviços e dos municípios.⁵⁷ Do ponto de vista assistencial, discute-se que a presença em tempo integral na unidade de saúde facilita o vínculo e o seguimento longitudinal.⁵⁸ Por outro lado, a maior flexibilidade da carga horária poderia propiciar que médicos de família atuassem em outros pontos da rede ou desempenhassem outras atividades, como, por exemplo, a docência.⁵⁹

A nova PNAB trouxe poucas modificações em relação à anterior, uma delas foi a melhor discriminação do médico nas equipes de saúde da família, já que o define como “médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade”. Ela também unificou na sua estrutura as regulamentações anteriores relativas aos NASFs, aos Consultórios na Rua, à Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, à Atenção Domiciliar, ao PSE e à Academia da Saúde.⁵⁶

Em relação aos recursos destinados à atenção básica, além do componente *per capita*, que passou a contar com um novo fator de equidade, a PNAB definiu

duas novas estratégias de financiamento da APS: incentivo financeiro para a reforma, a ampliação e a construção de UBS e incentivo condicionado a resultados e à avaliação do acesso e da qualidade.

O primeiro foi operacionalizado pelo Programa de Requalificação de UBS (Requalifica) visando à estruturação e ao fortalecimento da atenção básica por meio do financiamento de reformas, ampliações e construções de UBSs vinculadas ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).⁶⁰ Segundo dados do Ministério da Saúde, estão em funcionamento no país 40.612 UBS. [\[NA\]](#)

O incentivo com base em desempenho foi justificado pela enorme disparidade das equipes de saúde da família em relação à disponibilidade de equipamentos e a insumos e aos processos de trabalho, comprometendo a qualidade da atenção básica brasileira. Operacionalizado por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), esse incentivo teve como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica via processo de monitoramento e avaliação da atenção básica, atrelado ao incentivo financeiro para os municípios que aderissem de forma voluntária e contratualizassem compromissos.⁶¹

O PMAQ-AB se propôs a avaliar uma série de quesitos relativos à estrutura, ao processo e a resultados a partir de um processo de autoavaliação, seguido de avaliação externa das equipes realizadas por instituições de ensino. Dessa forma, foram procedidas avaliações das equipes de saúde da família e também as chamadas equipes de atenção básica, ou equipes parametrizadas, que levavam em conta a estrutura das UBSs, o desempenho em indicadores de saúde, bem como entrevistas com os profissionais de saúde, gestores e usuários. Dois ciclos já foram concluídos: o primeiro em 2011/12, o segundo em 2013/14, que incluiu outras estruturas, como os NASFs e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O terceiro ciclo encontra-se em andamento. A participação dos municípios no PMAQ tem sido crescente, tendo partido de 3.965 no 1º ciclo (71,3% do total de municípios) para 5.221 no 2º (93,6%); para o 3º ciclo, estão homologadas para participação 5.324 municípios, 95,6% do total. Em número de equipes participantes, partiu-se de 17.483 no 1º ciclo (51,4%) para 30.523 no 2º (77,6%), estando homologadas para participação no 3º ciclo 38.865 equipes de atenção básica (96,4%). No primeiro ciclo, 58% das equipes apresentaram desempenho acima ou muito acima da média, e no segundo, 48%, possivelmente refletindo uma maior representatividade com a participação da quase totalidade das equipes do país nesse ciclo.⁶²

Apesar do incremento de recursos para a atenção básica advindo desse processo (R\$770 milhões relativos ao ciclo 2011/12 e R\$ 4,2 bilhões relativos ao ciclo 2014/15), muito se discute sobre o retorno efetivo às equipes de saúde. Diferentemente de outras experiências, nas quais o pagamento por desempenho é feito diretamente para o profissional de saúde, na proposta brasileira, o beneficiário é o município, não havendo um padrão de transferência em forma financeira nem de melhorias estruturais para as equipes. Outro apontamento frequente refere-se ao instrumento de avaliação utilizado, em que vários parâmetros de avaliação carecem de evidências sólidas sobre sua validade, ao mesmo tempo em que há instrumentos de avaliação da APS disponíveis e validados no país, como é o caso do estudo *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. Apesar da inegável importância da iniciativa, considerado o mais abrangente programa de pagamento por *performance* do mundo, ainda não está clara a contribuição efetiva dessa estratégia na melhoria da qualidade da APS, bem como a possibilidade de aprofundamento das iniquidades na prestação de serviços, visto que o financiamento foi ampliado para as equipes com melhor desempenho.⁶²

A nova PNAB de 2017 atende, principalmente, a demanda das secretarias municipais de saúde (SMS) e inclui o financiamento por meio do PAB variável das chamadas “equipes tradicionais”.⁶³ Sabe-se que os modelos de APS no Brasil são diversos e entre eles está o modelo tradicional, caracterizado pela presença de profissionais sem formação específica em APS, médicos e enfermeiros generalistas, que focam o cuidado da população em consultas médicas e de enfermagem, bem como o modelo Semachko, com médicos especialistas em clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria, inspirado no modelo russo bolchevique.⁶⁴ Esses desenhos não são suficientes para uma real mudança de modelo, que exige equipes com médicos de família e comunidade bem formados, em especial com capacidade clínica diferenciada, enfermeiros com habilidades para além de coordenar técnicos e fazer consultas individuais para completar o atendimento da demanda de equipes sobrecarregadas, sobretudo após se acumularem evidências do sucesso da proposta da saúde da família como um todo. Portanto, o incentivo da PNAB para o modelo tradicional pode significar o retorno a um modelo experimentado e falido dos tradicionais postos de saúde do antigo INAMPS.

O programa de saúde é um objeto multidimensional, de múltiplos recortes, que envolve processos complexos de organização de práticas voltadas para a realização de objetivos determinados. O aprimoramento de qualquer política

pública deve ser consequência da apropriação de resultados de processos avaliativos, realizados com parâmetros científicos e técnicos.⁶⁵ Por isso, preocupadas com o retrocesso na atenção básica pelo fim da centralidade na saúde da família, o Conselho Nacional de Saúde e várias entidades representativas da saúde coletiva brasileira se posicionaram contrariamente a essa revisão da PNAB.⁶⁶

Sobre os recursos na atenção básica, é importante acompanhar os desdobramentos da pactuação tripartite realizada em janeiro de 2017, que modifica a forma de repasses financeiros no SUS. Antes realizados em seis blocos temáticos, os repasses passarão a ser feitos em duas modalidades: custeio e investimento, em conta financeira única. Isso é uma demanda antiga dos gestores municipais e estaduais, os quais justificam estarem com recursos paralisados, devido ao modelo segmentado de transferências, acreditando-se que haverá maior autonomia na utilização dos recursos financeiros a partir do planejamento ascendente. Por outro lado, há a preocupação de que, com a desvinculação, ocorram a realocação de recursos da atenção básica, a assistência farmacêutica e a vigilância em saúde para a média e alta complexidade, principalmente em um contexto de desfinanciamento, dada a pressão social e a alta capacidade de articulação e pressão política dos hospitais e prestadores de serviços especializados.⁶⁷

O Programa Mais Médicos

A implementação da saúde da família como estratégia de organização da atenção primária no SUS não foi acompanhada pelo planejamento relativo ao provimento dos recursos humanos necessários, em especial os médicos. As propostas incipientes foram fortalecidas a partir da PNAB de 2006, que reconheceu a importância da participação do ente federal na reformulação dos cursos de graduação e na ampliação das residências em MFC.⁶⁸

Para a formação de profissionais, foram criados os Programas Pró-Saúde I e II, que visavam a orientar os projetos político-pedagógicos dos cursos das áreas da saúde para uma formação generalista, com espaços de formação nos serviços da APS, que envolveu 354 cursos da área da saúde e 97.000 alunos. Foi criado também o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), cujo objetivo era levar os alunos e professores da área da saúde para experiências de campo na atenção primária. As experiências deveriam ser sistematizadas, por meio de pesquisas, e havia pagamento de bolsas aos profissionais das equipes de

APS, pois exerciam um papel de docência em serviço, junto aos alunos envolvidos. Foram formados, até 2010, 461 grupos de pesquisa, com 13.830 alunos e 2.766 profissionais envolvidos.

Do ponto de vista da formação em serviço, foi criada a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), que formou, na modalidade EAD, mais de 35 mil profissionais em serviço. Os cursos tinham extensa carga horária teórica, centrada nos princípios do SUS e da Saúde da Família, mas não atendiam às complexas necessidades clínicas e assistenciais exigidas dos profissionais da APS, principalmente para responderem aos novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil.

Na pós-graduação, foram ampliadas as vagas de residência em MFC para mais de 1.500 vagas (2007), com o Pró-residência, porém com menos de 300 vagas ocupadas por ano.

Apesar desses esforços, com a gestão da atenção básica no âmbito municipal, permaneceram as dificuldades de remuneração e de fixação dos profissionais, evidenciando a enorme dificuldade dos municípios para implementar, de forma isolada, uma política de recursos humanos adequada para a atenção básica.⁶⁹

Em setembro de 2011, os ministérios da Educação e Saúde instituíram o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Pelo programa, médicos que trabalhassem na APS de municípios em áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade passaram, a partir de um ano de trabalho, a fazer jus a um bônus na pontuação em provas de residência médica, além de participarem de curso de especialização em saúde da família. As críticas a essa estratégia se deram pelo entendimento de que ela poderia estimular o trabalho de médicos sem treinamento adequado e encorajar o trabalho temporário na ESF.⁷⁰ Apesar disso, em 2012, 351 médicos participaram do PROVAB, e em 2013, o número de médicos inscritos no PROVAB subiu para quase 4.392. Desses, 3.333 participaram do programa até o final, sendo que 3.048 obtiveram conceito satisfatório, sendo contemplados com a pontuação adicional de 10% nos exames de residência médica. Apesar da ampliação da participação, o Ministério da Saúde estimava a necessidade de 13 mil médicos na APS. Dessa forma, o PROVAB atendeu apenas 29% da demanda nacional.⁷¹

Após 10 anos de implantação, em 2004, a ESF estava presente em 80,2% dos municípios brasileiros, atendendo a 39% da população. No ano da publicação da PNAB, 2006, estavam em atuação 26.729 equipes, cobrindo 85,7 milhões de pessoas. A partir desse período, o crescimento da cobertura passou a ser mais

lento, e após 6 anos, chegou-se em 2012 com 33 mil equipes, atingindo uma cobertura populacional de 54,8%. [\[NA\]](#)

Portanto, mesmo com o esforço do PROVAB, o ritmo de expansão das equipes de saúde da família manteve-se lento. A esse cenário somou-se a forte percepção de que a escassez de médicos comprometia o acesso e a qualidade do SUS,⁷² o que levou o governo federal a apresentar, em julho de 2013, a partir da Medida Provisória Nº 621, o Programa Mais Médicos (PMM), convertida em outubro de 2013 na Lei Nº 12.871. Para o enfrentamento da escassez e a iniquidade na distribuição dos profissionais médicos no país, o PMM apresentou duas ações: ampliar a oferta de cursos e vagas em medicina, além de reformas educacionais na graduação e na residência médicas, e realizar o provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias para o SUS.⁷³

Para o componente do provimento emergencial, além da manutenção do PROVAB, que em 2015 foi integrado ao PMM, foi prevista a participação de médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras que não haviam realizado revalidação do diploma e médicos estrangeiros. Foi também realizado o acordo de cooperação técnica do Ministério da Saúde com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), e essa instituição, por sua vez, estabeleceu parceria com o Ministério da Saúde de Cuba para a vinda de médicos cubanos para o projeto. Por meio dessas estratégias, foram incorporados cerca de 18.240 médicos à atenção primária brasileira, atuando predominantemente nas populações com maior vulnerabilidade social.⁷⁴ Estudos recentes apontam como resultados a expansão da ESF com o incremento do número de equipes, a redução do número de municípios com escassez de médicos, o aumento do acesso aos serviços de APS e a satisfação dos usuários. Apesar disso, foi identificada a substituição de parte dos médicos de equipes preexistentes, as desigualdades regionais na distribuição e a instabilidade da provisão devido aos contratos precários, principalmente em áreas remotas e desfavorecidas.⁷⁵

No eixo da formação médica, foram autorizadas 5 mil novas vagas em cursos de graduação em medicina e quase 5 mil em residências médicas, de uma meta de criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Os critérios de autorização visaram à interiorização dos cursos e à distribuição equitativa nas regiões brasileiras. Além da ampliação de vagas, o PMM previu a reformulação dos currículos médicos. Nesse sentido, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina foram

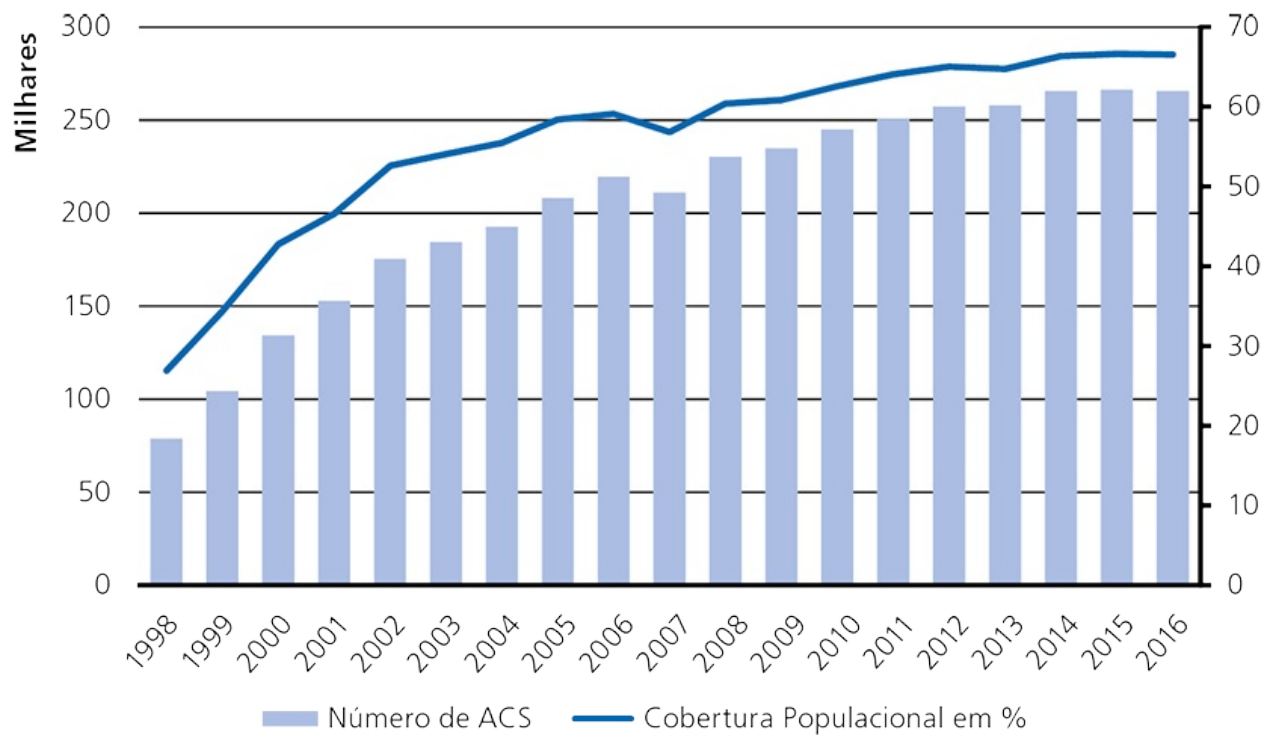
aprovadas em 2014, determinando a ampliação dos campos de saber e de prática da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência/Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família.⁷⁶ Ainda não é possível avaliar se essa estratégia reduziu as áreas de escassez, sobretudo porque a expansão de vagas de graduação ocorreu nas escolas privadas.⁷⁷

O PMM também propôs mudanças nas diretrizes para a formação de especialistas, priorizando a MFC, que passa a ser chamada também de medicina geral de família e comunidade (MGFC). Ficou estabelecido que residência de MGFC é a residência de acesso a todas as especialidades, com exceção de genética médica, medicina do tráfego, medicina do trabalho, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia.⁷³ A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) alerta para a dificuldade de operacionalização dessa medida, devido à insuficiência de preceptores e à baixa ocupação das vagas dessa residência, além de questionar a terminalidade na graduação e propor a residência médica como etapa obrigatória para o exercício da medicina no SUS e na APS.⁶⁸

A atenção básica em números

Em março de 2017, o Brasil contava com 39.872 equipes de saúde da família (depois de ter atingido 40.097 em 2016), o que representa uma cobertura nacional superior a 60,4%. Essas equipes estão vinculadas a 257.872 ACSs (tendo chegado a 266.217 em 2015), 24.053 equipes de saúde bucal (24.467 em 2015) e 3.797 NASFs (4.288 em 2015). É inegável que o desenvolvimento da estratégia de APS no Brasil, nos últimos 20 anos, representou um grande avanço não apenas em termos de qualidade de saúde, mas também em termos de inclusão social e econômica para boa parcela da população brasileira.

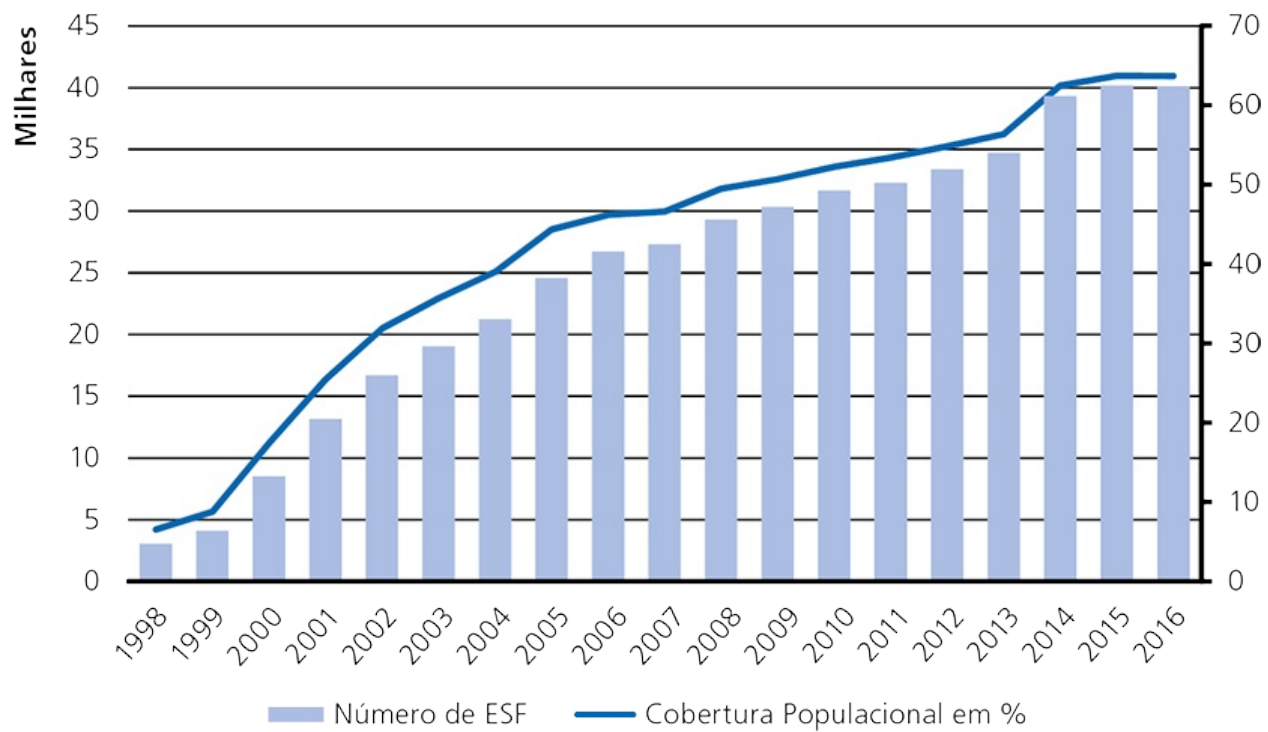
A série histórica de número e de cobertura de ACS e ESF, bem como a atual situação de cada Estado e região brasileira estão apresentadas nos gráficos a seguir (Figuras 6.3 a 6.5).



▲ **Figura 6.3**

Série histórica do número de ACS e cobertura (% da população total), Brasil, 1998 a 2016.

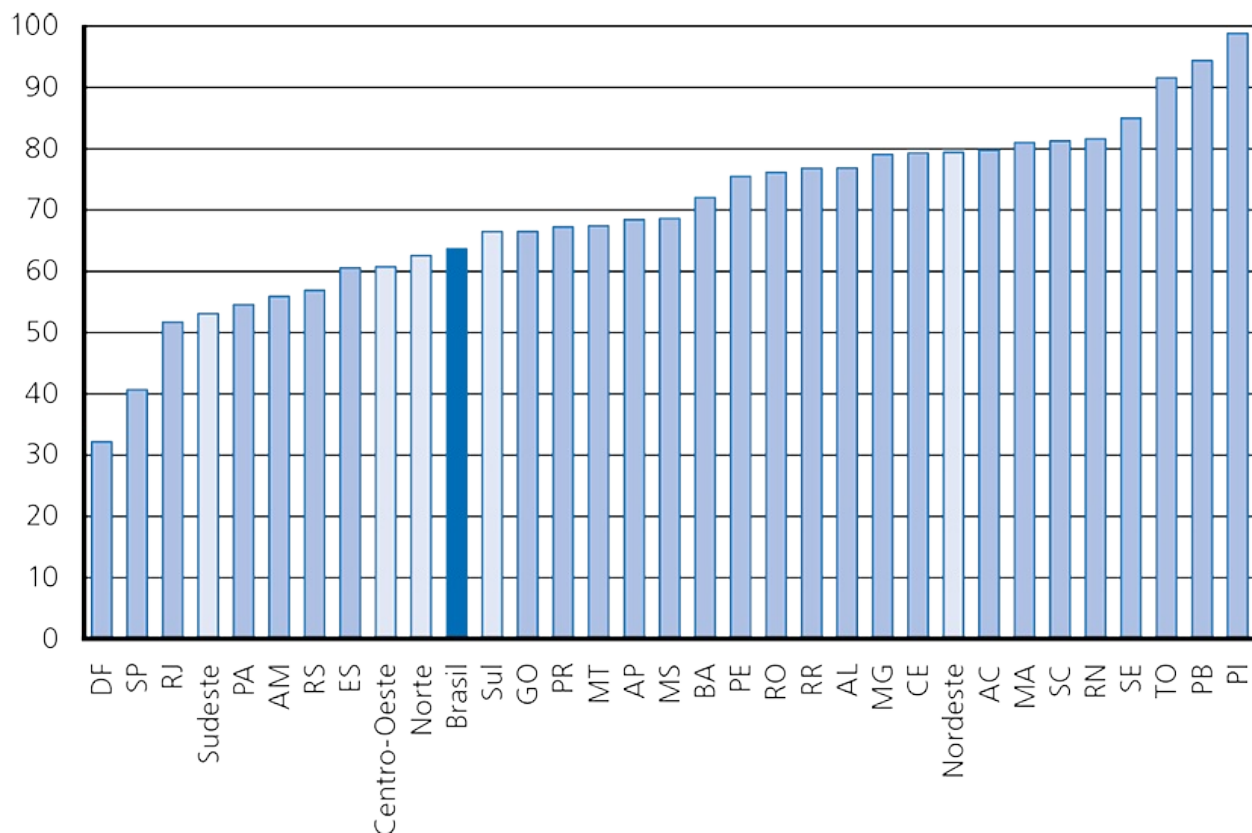
Fonte: Brasil.⁷⁸



▲ **Figura 6.4**

Série histórica do número de ESF e cobertura (% da população total), Brasil, 1998 a 2016.

Fonte: Brasil.⁷⁸



▲ **Figura 6.5**

População coberta por ESF por estados e regiões, dezembro de 2016 (em %).

Fonte: Brasil.⁷⁸

A saúde da família tem três importantes características:

1. A presença de equipes multidisciplinares responsáveis por territórios geograficamente delimitados e população adscrita, onde devem lidar com problemas de saúde de diversas ordens: funcional, orgânica ou social.
2. A presença dos agentes comunitários de saúde.
3. A incorporação da saúde bucal como parte complementar das equipes.

Fonte: Mendonça⁷⁹

APS na saúde suplementar

A Constituição Federal autoriza a organização do setor privado de seguro de saúde, que atualmente cobre 25% da população brasileira por meio do subsector de saúde suplementar. Esse subsector faz parte do subsistema privado de saúde e possui um regramento especial emanado de um conjunto legislativo pós-constitucional. A estrutura do mercado de saúde suplementar divide-se em diferentes modalidades: medicina de grupo, seguradora especializada em saúde, cooperativa médica, autogestão e filantropia.⁸⁰ Com características próprias, cada uma das modalidades inicia experiências de organização de serviços e planos de saúde com base nos preceitos da APS.

Trata-se de uma mudança importante, que poderá contribuir para a valorização social da APS e da MFC. Por mais esforços que tenham sido feitos para a universalização do acesso à assistência à saúde por meio da ESF, um quarto da população tem duplicação ou complementariedade de cobertura por meio de saúde suplementar, valorizando esse acesso.⁸¹ A ausência da atenção primária e da MFC nessa arena limitou o acesso de populações socialmente diferenciadas a esse modo de organizar e prestar assistência à saúde.

É necessário destacar que o cenário da saúde suplementar é bastante diferente do cenário do SUS em relação à oferta de serviços. Análises comparadas entre a saúde suplementar brasileira e os países da OCDE dão conta do excesso de oferta e utilização de diversos serviços, com destaque, por exemplo, para ressonâncias magnéticas, que, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2013, apresentou uma taxa de 132 exames para 1.000 habitantes na saúde suplementar, em contraste com 52 exames na média da OCDE; as cesarianas, com uma taxa de 84,5% do total de partos, ao passo que a média da OCDE é de 27,6%.⁸² O paradoxo da necessidade de regulação do excesso de utilização por sobreoferta na saúde suplementar, em contraste com as dificuldades de acesso no setor público, é consequência da interação de forças e interesses político-econômicos do *mix* público privado que se foi moldando nas últimas três décadas, com aplicação do arcabouço legislativo pós-constitucional.

As primeiras experiências de serviços com médicos de família iniciaram-se no campo das autogestões e remontam à década dos anos de 1990 e 2000.^{83,84} A comercialização de planos de saúde que buscam implementar os princípios da APS é muito recente, tanto nas cooperativas médicas como na medicina de grupo, e carecem de avaliações sistemáticas de seus resultados. Entretanto, esse movimento acompanha a reforma do sistema de saúde americano, em que também existem projetos nessa mesma vertente. Os resultados da reforma americana indicaram sucesso em diversos pontos do percurso assistencial e da

prestação de serviços, entre os quais redução da procura de emergências, redução da utilização indevida de exames, redução de internações.⁸⁵

Apesar da ausência de evidências publicadas sobre o tema, é plausível que a implantação de projetos de APS na saúde suplementar crie um novo campo de trabalho para médicos de família e comunidade e promova, em médio e longo prazo, uma mudança importante nesse subsetor, com impacto tanto no subsistema público como em outros subsetores do subsistema privado.

O grande risco dessa trajetória é o da não implantação efetiva dos princípios organizativos da APS, seja pelas dificuldades internas de mercado ou pela limitação de normas regulatórias da ANS ou do Código de Defesa do Consumidor, que regem o setor. A exigência da disponibilidade de oferta de consultas para qualquer especialidade, de acordo com a percepção de necessidade do próprio usuário, em um prazo de no máximo 15 dias, como preconiza a RN 295 da ANS, é um exemplo disso. Ela considera que o usuário sabe escolher corretamente a especialidade que deseja consumir, e que isso é a melhor opção para ele. Alguns estudos questionam o custo da satisfação do cliente e seus efeitos negativos sobre resultados assistenciais e a saúde das pessoas.⁸⁶ Por outro lado, o Código de Defesa do Consumidor trata as relações de prestação de serviços de saúde da mesma forma que o consumo de qualquer outro serviço ou produto, sob a ótica do direito. Isso reforça o consumo acrítico de serviços e produtos de saúde, desconhecendo, por exemplo, o conceito de prevenção quaternária.

Outro risco relevante é a insuficiência de profissionais com a qualificação adequada para a demanda de um novo modelo de atenção à saúde, o que pode levar à inadequação da execução da proposta e, com isso, a percepção de insucesso por parte dos clientes.

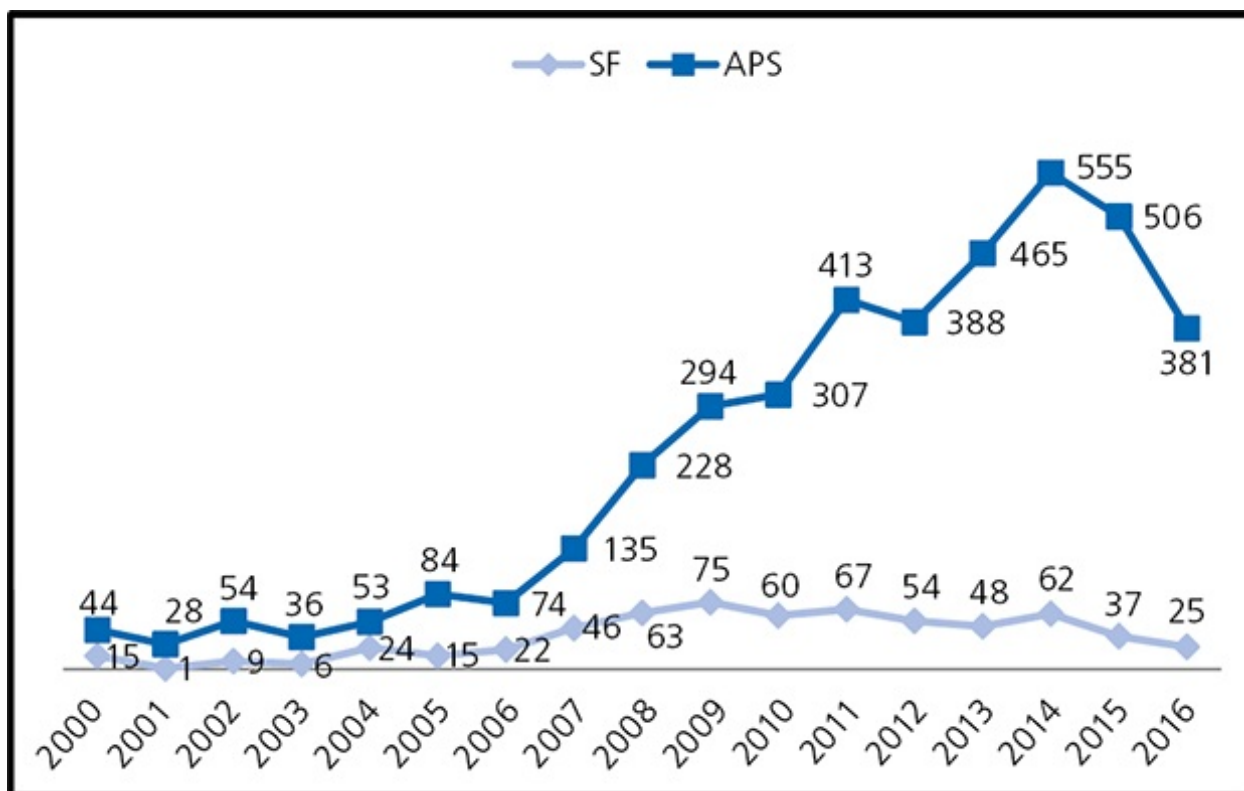
Ponto que também merece destaque é a necessidade de liderança desse processo. No caso do setor público, a liderança do Ministério da Saúde foi crucial para a criação de uma estratégia de cunho nacional. Na saúde suplementar, o posicionamento da APS no cenário dos serviços de saúde dependerá de como as grandes operadoras, que concentram a maior parte dos clientes, buscarão sua inserção dentro do atual portfólio de produtos já oferecido ao mercado. Dois caminhos principais, e não excludentes, se apresentam: um de ampliação de carteira para públicos sem cobertura anterior de planos de saúde, entendendo a APS como o primeiro nível de atenção, e outro como uma proposta para reordenamento gradual do percurso assistencial de clientes já cobertos por

planos, entendendo a APS e seus princípios como um potencial sistêmico, e não só como nível de atenção.

Certamente, os desafios na saúde suplementar se beneficiarão da experiência acumulada pelo SUS e das mudanças já promovidas na formação de profissionais de saúde nas últimas décadas, em especial pela ampliação da formação de médicos de família em todo o país.

As evidências e os resultados da Estratégia Saúde da Família

Os efeitos da expansão da ESF têm sido avaliados por um número crescente de estudos divulgados em periódicos nacionais e internacionais, em congressos e outros eventos no Brasil e no exterior. As publicações científicas sobre APS no Brasil nos anos 1990 eram de apenas 1,7 para cada milhão de habitantes, enquanto no Reino Unido eram de 51,3.⁸⁷ Esse cenário, porém, sofreu uma mudança significativa com o crescimento da ESF, tendo sido observado crescimento das publicações indexadas com os termos Saúde da Família/APS no Brasil, entre 2000 e 2016, conforme gráfico na [Figura 6. 6](#).



▲ **Figura 6.6**

Evolução das publicações indexadas com os termos Saúde da Família/APS no Brasil, entre 2000 e 2016.

Fonte: Portal Regional da BVS.⁸⁸

Os primeiros resultados positivos da saúde da família abrangiam diferentes fatores, como, por exemplo, a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde,⁸⁹⁻⁹² a oferta de ações de saúde e de acesso e uso de serviços,⁹³⁻⁹⁶ a redução da mortalidade infantil,⁹⁷⁻⁹⁹ a redução de internações por condições sensíveis à APS¹⁰⁰⁻¹⁰⁴ e a melhoria de indicadores socioeconômicos da população.¹⁰⁵

De 2010 a 2016, os estudos ampliaram sua abrangência. Compilados em grupamentos, a maior parte deles pode ser classificada no primeiro grupo de estudos, o da avaliação de políticas, programas e atributos da APS, em especial acesso, e das práticas e processos de trabalho das equipes; um número ainda representativo de estudos está em um segundo grupo, de avaliação da oferta de ações e serviços para populações ou problemas de saúde específicos; e outro conjunto de estudos se refere ao terceiro grupo, mais específico, das práticas e processos de trabalho das diferentes categorias profissionais na saúde da família.

A apresentação das evidências produzidas nos últimos anos é descrita a seguir, com seus resultados agrupados em relação aos aspectos mais recorrentes nos campos da *gestão e das práticas dos serviços* – acesso e utilização, bem como dos clássicos indicadores de *mortalidade e morbidade* e na *redução de iniquidades*.

Gestão e práticas dos serviços

Dos artigos relacionados à dimensão da gestão e a relação com a ESF, uma parte importante é composta de estudos de avaliação de qualidade, de políticas e programas, de financiamento, de redes temáticas, estudos de prevalência de doenças e das práticas e processos de trabalho das equipes. Outro conjunto se constitui de estudos relacionados à avaliação dos atributos da APS, que, em sua maioria, avaliam o acesso. Esses estudos demonstram aumento no acesso às ações e serviços de saúde com a ESF, apesar desse atributo ainda ser o pior avaliado. A maior parte dos estudos de avaliação de acesso tem comparado os diferentes modelos de APS no Brasil, e as metodologias são muito variadas, o que dificulta uma análise unificada.

Para identificar e medir a funcionalidade dos serviços de atenção primária, foi desenvolvido um instrumento para avaliação da presença e extensão dos quatro atributos principais e dos três atributos derivados da APS na Universidade de Johns Hopkins, por Starfield e cols., chamado *Primary Care Assessment Tool (PCATool, ou PCAT)*, em versões originalmente autoaplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde e, também, a coordenadores dos serviços de saúde.¹⁰⁶ Essa ferramenta vem sendo utilizada globalmente, com publicação em diferentes idiomas, e reforça a necessidade de padronização nos processos de avaliação.¹⁰⁷

No Brasil, vários instrumentos foram construídos a partir do PCAT, e suas versões para usuários crianças e adultos, bem como para profissionais de saúde foram validadas, em um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing*, validação de conteúdo e construto e confiabilidade.⁹¹ Uma adaptação reduzida para usuários adultos e crianças também foi feita para o Brasil,¹⁰⁸ bem como uma versão para a saúde bucal¹⁰⁹ e para profissionais de saúde.¹¹⁰ Essa ferramenta tem sido utilizada para avaliar modelos diferentes de serviços de APS em inúmeros municípios, bem como a busca da associação da qualidade da APS, medida por seus escores, no cuidado a problemas específicos, como hipertensão,

diabetes, asma, tuberculose, atenção a crianças e idosos, práticas preventivas e as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP).

Entre os resultados da aplicação do PCAT estão as comparações entre equipes de saúde da família e o modelo tradicional de organização das unidades de saúde em diversos municípios. Os resultados demonstram, em sua absoluta maioria, a superioridade da ESF sobre unidades tradicionais. Oliveira, em 2007, encontrou diferenças significativas entre os escores da APS atribuídos pelos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) em quatro diferentes serviços em Porto Alegre (RS), cujos escores gerais foram 7,2 para ESF e 6,7 para as UBSs tradicionais. No atributo acesso, os escores foram baixos em ambos os modelos (4,2 e 3,6).¹¹¹ Comparando três modelos de APS (ESF/clínicas da família; mistas e UBS tradicional) no município do Rio de Janeiro (RJ), foram encontrados escores gerais de 7,7 (ESF), 7,4 (equipe mista) e 6,9 (UBS tradicional) e de novo o acesso como atributo com os mais baixos escores (5,2; 5,1 e 4,2).¹¹² Em Curitiba (PR), foram encontrados escores mais altos dos atributos na avaliação feita pelos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) na ESF (escore geral de 7,4) do que nas UBSs tradicionais (escore geral de 6,6).¹¹³

Morbidade e mortalidade

Em relação às **ações e serviços de saúde para determinados problemas de saúde**, os temas mais estudados dizem respeito às doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco (tabagismo e atividade física). Esses se concentram em condições de saúde mental, hipertensão e diabetes, câncer de colo do útero e mama e doença broncopulmonar obstrutiva crônica. A atenção à saúde da criança também apresenta estudos desse campo, bem como as áreas de pré-natal e saúde sexual e reprodutiva. As doenças infecciosas e parasitárias estão contempladas na sua maioria por acompanhamento da tuberculose.^{121,122,123,124,128,129,133,134,138,143,144,146,149,150,164,165,166,170,172}

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da década de 1990, teve grande impacto sobre a queda da mortalidade infantil. Estudo que analisou o alcance das coberturas de vários programas de saúde brasileiros sobre a população de mais baixo quintil de renda familiar evidenciou que a ESF apresentou melhores resultados, em termos de promoção da equidade, do que o Programa Nacional de Imunização e o Programa Nacional de Atenção Pré-natal.¹⁸¹

O estudo que mostrou associação do aumento da cobertura da ESF (10%) com a redução da mortalidade infantil (4,6%), controlados os demais fatores que influenciam na mortalidade infantil, foi utilizado pelo Ministério da Saúde ao realizar o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil, com vistas ao cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O Brasil apresentou redução de 65% na mortalidade na infância entre 1990 e 2006, o que permitiu o cumprimento da meta em 2012, três anos antes do previsto.¹⁸⁰

Em 2010, a queda da mortalidade de menores de 5 anos no Brasil foi reconhecida como uma das mais rápidas já alcançadas no mundo, e esse resultado tem sido atribuído em grande medida à ESF.¹⁸³

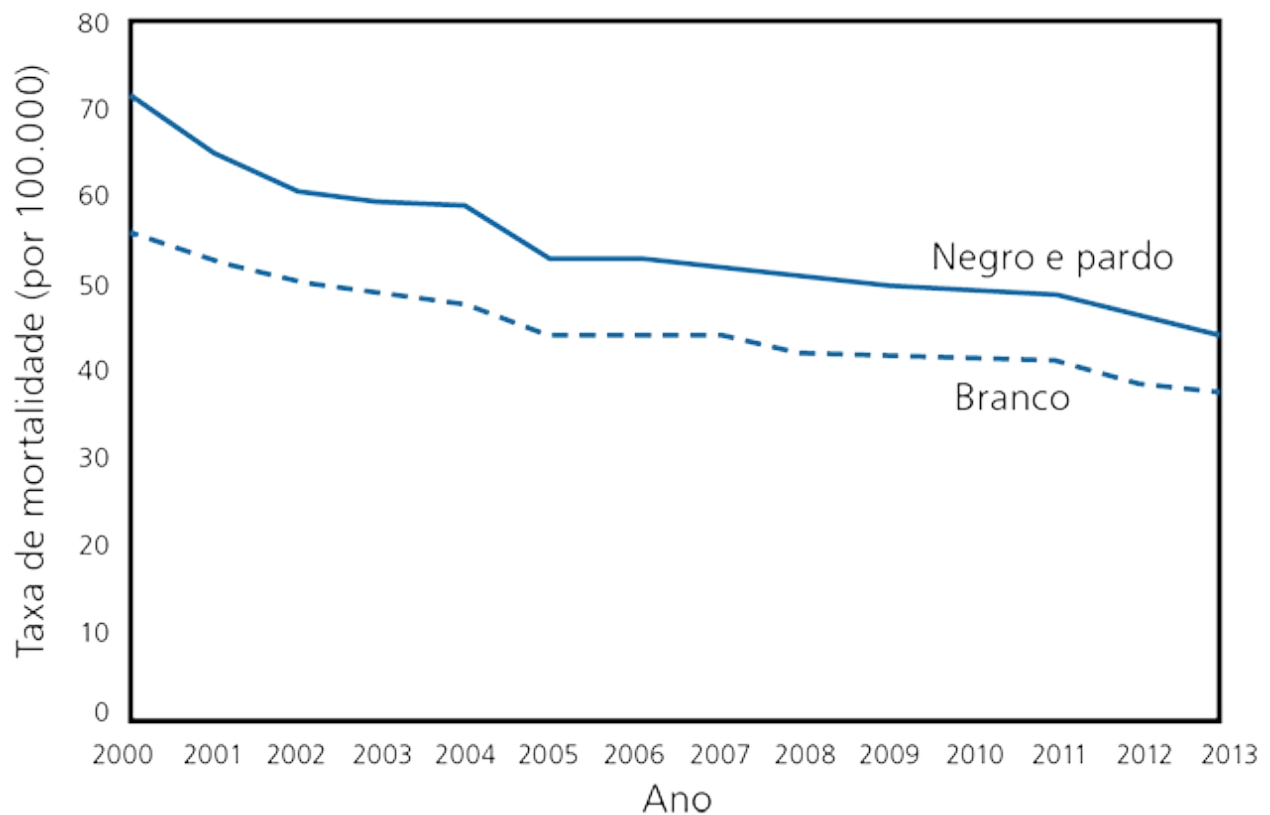
O impacto da ESF sobre a saúde da população não se limita às regiões mais pobres: seus resultados também têm sido evidenciados em estados como o Rio Grande do Sul, onde a taxa de mortalidade infantil é uma das menores do país – estudo demonstrou que o acréscimo de 10% na cobertura da ESF nesse estado esteve associado à redução de 1% na mortalidade infantil, de 1994 a 2004.¹⁸⁶ No Estado de São Paulo, a cobertura acima de 50% da ESF mostrou efeito protetor em relação à mortalidade pós-neonatal e nas internações por pneumonia em menores de um ano.

Guanais analisou os efeitos combinados da cobertura da ESF com a cobertura do Programa de Transferência Condicionada de Renda – PBF, entre 1998 e 2010, em 4.583 municípios brasileiros sobre a mortalidade infantil pós-neonatal (MIPN) e encontrou associação entre menores taxas de MIPN e as coberturas da ESF, conforme aumentava a cobertura do PBF, mostrando a importância da combinação de intervenções nas populações mais vulneráveis.¹⁸⁷

Saúde da família e redução das iniquidades

O impacto da ESF nas avaliações do alcance das metas do ODM – principalmente as metas Redução da Mortalidade Infantil e Melhora na Saúde das Gestantes, lançadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, tem sido demonstrado ao longo da última década. Em 2015, sucedendo e atualizando as ODM, o Brasil assume os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, e a atenção primária brasileira responde principalmente aos desafios “Boa saúde e bem-estar, com o controle das condições crônicas e seus fatores de risco” e a “Redução das desigualdades”. Frente a esses desafios, Hone e cols. analisaram a associação entre a expansão da ESF e as iniquidades raciais nas mortes evitáveis, entre 2000 e 2013. A expansão da ESF esteve associada com

redução de 15,4% na mortalidade do grupo da cor negra em relação à cor branca. A maior redução foi na mortalidade por doenças infecciosas, deficiências nutricionais e anemias, diabetes e doenças cardiovasculares. Os resultados sugerem que a expansão da ESF reduz iniquidades em relação à cor (Figura 6.7).¹²³



▲ Figura 6.7

Taxas de mortalidade por idade, para condições sensíveis ao atendimento ambulatorial, entre negros/pardos e brancos no Brasil (2000-2013). Dados de 1.622 municípios com reporte confiável das estatísticas de vida. Taxas de mortalidade são padrão para idade no ano de 2010.

Em Minas Gerais, Andrade e cols. analisaram a equidade na cobertura dos serviços prestados pela ESF, entrevistando 5.820 mulheres, 1.758 crianças e 3.629 idosos em 2012, com representação macrorregional de população urbana nesse Estado. Os resultados revelaram a ESF como uma política equitativa, 88% dos municípios investigados receberam pelo menos uma visita dos profissionais

da ESF nos últimos 12 meses, e os domicílios mais pobres apresentaram maiores taxas de visitação.¹²⁴

Turci e cols.¹²⁵ analisaram os fatores associados à realização de consulta médica no último ano em um município com alta cobertura de ESF. Os resultados mostraram que a presença de médico de referência influenciou o uso de serviços, e as necessidades em saúde determinaram a realização das consultas, minimizando as desigualdades existentes.¹²⁵

A maior parte dos estudos aqui apresentados são do tipo ecológicos de amostras transversais, fazendo-se necessários estudos complementares mais potentes do ponto de vista das evidências, como estudos de *coortes* (tradicionais ou sintéticos); possibilidades de lincagem dos inúmeros bancos de dados com informações individuais, dados de utilização dos serviços e resultados em saúde ao longo do tempo. Ampliar a categorização de qualidade da ESF para além de sua presença e/ou cobertura, utilizando padrões de qualidade da sua organização, com instrumentos validados para serviços de APS. Do ponto de vista dos resultados de saúde na população atendida, novas abordagens são necessárias a partir da maior utilização de sistemas de informação que individualizem os usuários na saúde da família, permitindo mecanismos contínuos de avaliação e melhoria da qualidade em saúde. Do ponto de vista da avaliação de impacto da política de atenção primária brasileira, por meio da ESF, avaliações de custo-utilização e custo-efetividade, estudos quase-experimentais,¹²⁶ com análises das diferenças entre grupos de população com e sem acesso à APS/ESF, bem como a utilização de outros desenhos, como a utilização de variáveis instrumentais que possam estimar, mesmo na presença de confundidores não mensuráveis, o efeito causal médio de uma intervenção nos resultados em saúde da população.¹²⁷

CONCLUSÃO

O processo de consolidação da mudança na APS no Brasil segue um caminho de muitos desafios. Uma proposta contra-hegemônica, que desafia o *modus operandi* de prestação de serviços, tanto no setor público como no setor privado, terá resistências e poderá sofrer revéses mesmo em uma fase avançada, considerada como fase de consolidação, por ter atingido mais de 50% da população brasileira.⁶ Fora do setor público, existe um setor privado forte e em crescimento, que muito recentemente inicia um movimento no sentido da valorização da APS. Esse setor concentra 53% dos gastos em saúde do país,

forma opinião e possui profissionais que desconhecem a APS e que ainda acreditam ser essa uma proposta somente para os pobres.

Assim, algumas questões relevantes na expansão e na consolidação da saúde da família como a estratégia de organização da APS brasileira ainda necessitam avançar. Um debate essencial é o da valorização política e social. Essa mudança de percepção da importância da APS significa, entre outras coisas, o resgate da relação entre profissionais de saúde e usuários, entre médicos e pacientes, entre tecnologia leve e comunicacional e tecnologia dura e industrial. Trata-se de uma mudança paradigmática e cultural que só será possível em décadas de maturação. Se o compromisso de tomadores de decisão – atores políticos, que, na maioria das vezes, têm como um dos seus motivadores principais o retorno político eleitoral – estiver vinculado às pesquisas de opinião que avaliam a expansão da saúde da família e seu reflexo positivo na avaliação dos governos, na fase pós-implantação, essa motivação já não existe. A sustentabilidade de uma boa avaliação depende de diversos fatores, incluindo investimento permanente em melhorias de infraestrutura e qualificação profissional, o que ajuda a manter a motivação e reduz a rotatividade dos profissionais. Dessa forma, o compromisso com a manutenção da cobertura exigirá novos incentivos, que estão incertos nesse momento no país. Há também, de forma imperiosa, a necessidade de aproximação com a sociedade brasileira formadora de opinião, que, na maior parte das vezes, desconhece esse modo de acessar ações e serviços de saúde. Nesse sentido, o crescimento da APS na saúde suplementar pode se mostrar como fator de fortalecimento e visibilidade do tema fora dos círculos exclusivos do SUS.

O compromisso da garantia de financiamento federal perene e diferenciado é outro desafio. Esses recursos deveriam manter o financiamento federal em ao menos 50% dos custos das equipes de saúde da família. A garantia da adesão dos estados ao financiamento da APS e da ESF, equalizando as diversidades regionais e estimulando a fixação de profissionais nas equipes, levará a melhores resultados na saúde da população. Como destacado, o posicionamento dos estados sempre foi determinante para facilitar ou retardar a implantação, e agora deve também ser um dos fatores determinantes para manutenção das características e sustentabilidade da cobertura do modelo da ESF.

A flexibilização nas cargas horárias e na composição das equipes pode significar também a flexibilização de compromissos com a população assistida e com os resultados assistenciais, sendo um retrocesso na política pública. Essa hipótese não pode ser descartada diante das mudanças graduais e contínuas no

sentido de redução dos estímulos ao modelo. Essas medidas impactarão sobremaneira os médicos de família e comunidade e todo o movimento desses profissionais, que busca diferenciá-los em sua especificidade dentro do campo da APS.

A qualidade na atenção prestada medida pelos resultados na saúde da população e na redução das iniquidades em saúde é mais um desafio que permanece. Os inúmeros estudos aqui citados demonstram ainda muitas lacunas, que vão desde a infraestrutura, passando pelos processos de trabalho, que viabilizam os princípios do acesso, da coordenação, da longitudinalidade e da integralidade e comprometem a qualidade da atenção e a percepção do usuário. As iniquidades, entendidas como desigualdades entre grupos e indivíduos, que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias,¹²⁸ devem ser reduzidas.

Em outra perspectiva, a qualidade da atenção, definida pelas dimensões de acesso e efetividade,²⁹ traz para as equipes de saúde da família o desafio da efetividade clínica e das relações interpessoais, ou seja, a capacidade de cada profissional da equipe melhorar suas habilidades, para, em equipes multidisciplinares, dar a melhor resposta às necessidades de saúde da população. As necessidades em saúde são diversas e complexas, e o cuidado integral à saúde está relacionado à atuação interdisciplinar das equipes multidisciplinares.²⁰

Outro ponto a ser destacado envolve os atributos da APS. As quase três décadas de construção do SUS brasileiro e, mais recentemente, o esforço de orientá-lo a partir das necessidades da população, por um modelo de APS, resultou em melhora de alguns atributos dos serviços de atenção primária, como o acesso e a integralidade. A coordenação, porém, mantém-se como meta fundamental a ser alcançada. Dois esforços são necessários: entre os integrantes da equipe de saúde e entre a rede de serviços (de saúde e dos diferentes setores). Na rede de serviços, para que a APS brasileira seja coordenadora do cuidado, deverá ser capaz de se relacionar com a urgência e a emergência pela classificação de riscos e resolubilidade dos agravos agudos de menor complexidade, relacionar-se com as redes de serviços de saúde mental e com as redes sociais, integrar-se com a vigilância em saúde e garantir o acesso a exames complementares e à assistência farmacêutica. O atributo do primeiro contato deve favorecer maior poder e controle sobre os prestadores dos demais pontos da rede de atenção, inclusive com a utilização de ferramentas para avaliar a qualidade da atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar, com vistas a aumentar a segurança das pessoas. Assim, os territórios das equipes tornam-se,

portanto, espaços do cuidado e da promoção da saúde, da intersectorialidade e da constante busca da qualidade de vida, da garantia do primeiro contato e do referenciamento responsável para utilização coerente das tecnologias disponíveis nos serviços de referência especializada.

Se há suficientes evidências de que o cumprimento dos atributos dos serviços de APS – acesso e utilização, integralidade, longitudinalidade e coordenação – está associado ao menor número de hospitalizações, ao menor número de consultas para um mesmo problema, à menor quantidade de exames complementares, à maior possibilidade de ações de prevenção, à maior adesão a tratamentos, à maior satisfação da população, entre outros, espera-se que o caminho de sucesso até então aberto continue a ser trilhado, e que os desafios apontados sejam um motor do aprimoramento contínuo da APS no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Sousa MF, Hamann EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet.* 2009;14(Supl. 1):1325-35.
2. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Cien Saude Colet.* 2009;14(3):743-52.
3. Santos IS, Ugá MA, Porto SM. The public-private mix in the Brazilian Health System: financing, delivery and utilization of health services. *Cien Saude Colet.* 2008;13(5):1431-40.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-97.
5. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care [Internet]. The Commonwealth Fund; 2017 [capturado em 15 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/>.
6. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
7. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20(4):867-74.
8. Piovesan A. Medicina privada e saúde pública estariam convergindo? I. O problema e argumentos que justificariam o preparo do estudante de medicina em medicina comunitária. *Rev Saúde Públ.* 1967;1(2):193-200.
9. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ; 2005.
10. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Fiocruz; 2008.
11. Machado JC, Cotta RMM, Soares JB. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. *Interface (Botucatu).* 2015;19(52):159-70.

12. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978.
13. Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”: conferência regional sobre tendências futuras e a renovação da meta saúde para todos. Rio de Janeiro: UERJ; 1998.
14. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
15. World development report 1993: investing in health. Oxford: Oxford University; 1993.
16. Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
17. Campos FE, Belisário AS. O programa da Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface (Botucatu)*. 2001;5(9):133-42.
18. Sampaio LFR. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):S7-S27.
19. Geyer R, Rihani S. *Complexity and public policy: a new approach to 21st century politics, policy & society*. London: Routledge; 2010.
20. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.
21. Mendes EV. Território: conceitos chave. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 166-9.
22. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Renewing primary health care in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(2-3):73-84.
23. 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 Serv Res*. 2003;38(3):831-65.
24. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*. 2008;372(9647):1365-7.
25. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University; 1998.
26. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
27. Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Med*. 1984;6(3):221-31.
28. World Health Organization. *The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.
29. World Health Organization. *Primary health care, including health system strengthening*. Geneva: WHO; 2009.
30. Atun RA. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network; 2004.
31. Macinko J, Starfield B, Erinoshio T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150-71.

32. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.
33. Macinko, J, Harris MBM. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J. Med.* 2015;372(23):2177-81.
34. Lavor ACH. Memórias da saúde da família no Brasil. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
35. Minayo MCS, Delia JC, Svitone E. Agentes de saúde do Ceará. Fortaleza: Unicef; 1990.
36. Victora C. Pesquisas de saúde materno-infantil do Ceará: relatórios. Fortaleza: Unicef; 1990.
37. Andrade LOM, Barreto ICHC. Da reflexão crítica no movimento estudantil à participação na construção da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
38. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
39. Souza HM. Saúde da família: uma proposta que conquistou o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
40. Mendes A, Marques RM. O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2014;38(103):900-16.
41. Machado ENM, Fortes FBCTP, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Cien Saúde Colet.* 2004;9(1):99-111.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família: mapas da atenção básica e saúde da família. Brasília: MS; 2011.
43. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Cofix: 580. Brasília: MPDG; 2001.
44. Turci MA, Matos SG. A implantação do programa de saúde da família como estratégia de organização da atenção primária em Belo Horizonte. *Pensar BH. Política Social.* 2006;16:25-31.
45. Soranz D, Pinto LF, Oliveira PG. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(5):1327-38.
46. Coelho VSP, Szabzon F, Dias MF. Política municipal e acesso a serviços de saúde São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro. *Novos Estudos CEBRAP.* 2014;100:139-61.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS; 2006.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS; 2006.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2006.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica de diretrizes dos NASF: núcleos de apoio à saúde da família. Brasília: MS; 2010.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2010.

52. Wolf MR, Barros Filho AA. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2014;19(5):1331-8.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o programa saúde na escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: MS; 2007.
54. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):829-40.
55. Goulart FAA. Saúde da família: flexibilizar sem perder a compostura. *Revista Olho Mágico*. 2006;13(1):39-45.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS; 2011.
57. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: DMPUSP; 2015.
58. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica*. 2015;31(9):1941-52.
59. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(22):5-9.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.206, de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília: MS; 2011.
61. Pinto HA, Souza AN, Ferla AA. The national program for access and quality improvement in primary care: faces of an innovative policy. *Saúde Debate*. 2014;38:358-72.
62. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access and quality. *J Ambulatory Care Manage*. 2017;40(2):S4-S11.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Minuta PNAB. Consenso GT-CIT com contribuições do CONASEMS, CONASS e DAB [Internet]. Brasília: MS; 2017 [capturado em 15 nov. 2017]. Disponível: http://susconnecta.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Minuta_PNAB_-CIT_27-07-17.pdf.
64. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015.
65. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):547-9.
66. Reis V. Contra a reformulação da PNAB: nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2017 [capturado em 20 nov. 2017]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.
67. Funcia FR. Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo. Rio de Janeiro: CEBES; 2017.
68. Trindade TG, Batista SR. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2667-9.

69. Campos GWS, Pereira Junior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2655-63.
70. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Opinião da SBMFC sobre o Provab [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2013 [capturado 25 jun. 2017]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=&PaginaId=11&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=617.
71. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Relatório final: avaliação e análise do perfil dos médicos egressos do PROVAB 2013 e das percepções sobre a experiência de participação no programa [Internet]. Belo Horizonte: EPSM; 2016. [acessado 21 jun. 2017]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Relatorio_PROVAB2013.pdf.
72. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). Brasília: IPEA; 2011.
73. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2013.
74. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2719-27.
75. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2652.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
77. Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2664-6.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde SUS. *Histórico cobertura SF* [Internet]. Brasília: Portal da Saúde SUS, 2012 [capturado em 23 nov. 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
79. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Harzheim E, coordenador. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: MS; 2011.
80. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde Suplementar*. Brasília: CONASS; 2011.
81. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Avaliação de Planos de Saúde [Internet]. São Paulo: IESS; 2017 [capturado em 15 nov. 2017]. Disponível em: http://www.iess.org.br/cms/rep/ibope_iess_2017.pdf.
82. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da saúde suplementar 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2016 [capturado em 19 nov. 2017]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf.
83. CASSI. A sua família merece atenção integral [Internet]. 2014 [capturado em 19 nov. 2017]. Disponível em: http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=360:a-sua-familia-merece-atencao-integral&catid=77&itemid=831&uf=ms.
84. Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. A estratégia de saúde da família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):1101-8.
85. Nielsen M, Buelt L, Patel K, Nichols L. The patient-centered medical home's impact on cost and quality: annual review of evidence, 2014-2015 [Internet]. Washington: Patient-Centered Primary Care

Collaborative; 2016 [capturado em 19 nov. 2017]. Disponível em: <https://www.pcpcc.org/resource/patient-centered-medical-homes-impact-cost-and-quality-2014-2015>.

86. Fenton J J, Jerant A F, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012;172(5):405-11.
87. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Rev AMRIGS*. 2005;49(4):248-52.
88. Portal Regional da BVS [Internet]. São Paulo: BIREME; 2017 [capturado em 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://bvsalud.org/>.
89. Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19(4):303-17.
90. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59.
91. Zils AA, Schneider S, Agostinho MR, Pinto MEB, Oliveira MMC, Gonçalves MR, et al. Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no programa saúde da família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre. *Revista HCPA*. 2007;27(Supl 1):5-18.
92. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):669-81.
93. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41.
94. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:156.
95. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):657-67.
96. Viana AL, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes M. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):577-606.
97. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9.
98. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.
99. Zanini RR, Moraes ABG, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1035-45.
100. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa ME, Macinko J, Mendonça, CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.

101. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009;32(2):115-22.
102. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalizations. *Health Affairs.* 2010;29(12):2149-60.
103. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health.* 2011;101(10):1963-70.
104. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan.* 2012;27(4):348-55.
105. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ.* 2010;19 Suppl:126-58.
106. Drph L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Prac.* 2001;50(2):161-75.
107. Kidd MR, Anderson MIP, Obazee EM, Prasad PN, Pettigrew LM. The need for global primary care development indicators. *Lancet.* 2015;386(9995):737.
108. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(29):256-63.
109. Cardozo, DD. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da atenção primária à saúde Bucal – versão usuários [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
110. D'Avila OP. Avaliação de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde: análise psicométrica e exploratória [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
111. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
112. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(5):1399-408.
113. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
114. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Aspects of primary care for children: an evaluation of caregivers. *Rev Bras Saúde Materno Infantil.* 2011;11(3):323-34.
115. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CDIL. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(Suppl. 1):s148-s158.
116. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(4):725-37.
117. Serra CG, Rodrigues PHA. Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15

Suppl:3579-86.

118. Finkelsztein A, Acosta LMW, Cristovam RA, Moraes GS, Kreuz M, Sordi AO, et al. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis*. 2009;19(3):731-41.
119. Braz JC, Mello DF, David IGM, Teixeira SA, Prado AS, Furtado MCC. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. *Medicina*. 2013;46(4):416-23.
120. Gomes KO, Cotta RMM, Euclides MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(supl. 1):1473-82.
121. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1153-67.
122. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MLH de, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(esp.):9-12.
123. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306.
124. Andrade MV, Calazans JA, Carvalho LR, Souza MN, Silva NC, Rocha TAH, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1175-87.
125. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Health*. 2010;87(6):994-1006.
126. Basu S, Meghani A, Siddiqui A. Evaluating the health impact of large-scale public policy changes: classical and novel approaches. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:251-70.
127. Hernan MA, Robins JM. Instruments for causal inference: an epidemiologist's dream? *Epidemiology*. 2006;17(4):360-72.
128. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO; 1992.
129. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323(7316):784-7.

[UBS] Dados de maio de 2016 da Sala de Apoio à Gestão Estratégica <http://sage.saude.gov.br>. Consulta: junho de 2017.

[populacional] Dados provenientes da Sala de Apoio à Gestão Estratégica <http://sage.saude.gov.br>. Consulta junho de 2017.