

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil”***

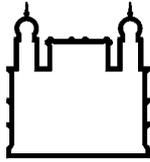
*por*

***Ana Luisa Barros de Castro***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado  
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Luciana Dias de Lima*

*Rio de Janeiro, março de 2015.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil***

*apresentada por*

***Ana Luisa Barros de Castro***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza d'Ávila Viana

Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Giovanella

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Magalhães

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado – Orientadora principal

## **Agradecimentos**

Foram longos e intensos quatro anos. Foram anos de muito trabalho e muito aprendizado, que extrapolam os conteúdos estritamente acadêmicos. Foram anos de crescimento profissional, mas acima de tudo pessoal, e isso só foi possível, pois estive cercada de pessoas maravilhosas que me apoiaram em todos os momentos.

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, pois o conforto de Sua palavra e Sua presença foram essenciais nessa trajetória. Além disso, quero agradecê-lo pelas pessoas especiais que Ele colocou em meu caminho, e que de diferentes formas me ajudaram a chegar até aqui.

A começar pelas queridas orientadoras, Cristiani e Kalu, profissionais extremamente comprometidas e qualificadas. A cada orientação me apresentavam novos desafios, que em geral eu pensava serem difíceis de superar, porém a certeza de que eu não estava sozinha fez com que tudo fosse possível.

No doutorado, infelizmente, temos pouco contato com os colegas de turma a partir do segundo ano. No entanto, tive o privilégio de poder contar com a amizade e os conselhos valiosos de queridas amigas da minha e de turmas anteriores. Delba, Camila, Juliana e Adelyne, muito obrigada por me acolherem em momentos de desespero, com muitas dicas práticas.

A todos os professores e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública, com quem tive oportunidade de aprender e crescer desde o mestrado, em especial Rita e Giselle, da Biblioteca da ENSP, pelo suporte em todas as vezes que precisei de ajuda. Aos colegas de grupo de pesquisa, pelas contribuições dos calorosos debates de nossas reuniões.

Aos professores da banca, cujas contribuições no momento da qualificação foram fundamentais para o novo formato da tese. A elaboração dos quatro artigos foi possível graças a colaboração da Prof.<sup>a</sup> Carla Lourenço, e dos bolsistas Rachel Guimarães Vieira Pitthan e Norhan Sumar Silva.

Ao longo dos quatro anos de doutorado trabalhei em diferentes setores do Hospital Federal da Lagoa (HFL). Agradeço às chefias da Hemodiálise e do Plantão Interno por me acolherem, e acima de tudo por compreenderem que eu poderia contribuir mais no setor no qual trabalho atualmente. Agradeço imensamente à Direção Geral que autorizou a minha transferência para o setor de Planejamento.

No Planejamento do HFL pude contar com o total apoio e incentivo de minha querida chefe, Maria Regina, fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço também a compreensão e companheirismo das colegas de trabalho Ana Luiza, Edmea, Josi, Ângela, Talita, e Paula, cuja trajetória de início no Planejamento e término do doutorado foi semelhante a minha, permitindo que nos aproximássemos e compartilhássemos as alegrias e angústias da vida de doutoranda.

Aos amigos queridos, pela paciência, por compreenderem minhas ausências em eventos e meus muitos “não”, mas principalmente por estarem tão presentes em minha vida. Em especial, Dani, amiga desde os tempos de faculdade, pelo apoio e momentos de descontração, e ao casal de amigos Lu e Rodrigo, amigos mais chegados que um irmão.

A Isabela, minha afilhada, pelos momentos de alegria e diversão proporcionados em sua companhia.

Aos meus pais, Wilson e Ana Maria, por sempre me incentivarem a estudar e por acreditarem em meu potencial. Por toda torcida, apoio e carinho incondicionais, que me fazem sentir tão amada.

Ao Marcello, meu amor e melhor amigo, por todo o apoio e incentivo. Por me levantar em todas as vezes que cogitei esmorecer e pela compreensão em meio a tantas ausências ao longo do doutorado. Te amo!

*O começo de todas as ciências é estranhar que as coisas sejam como são.*

*Aristóteles*

CASTRO, A. L. B. **Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil**. 2015. 174 fl. Tese [Doutorado em Saúde Pública], Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

### **Resumo**

No Brasil, desde os anos 1990, a atenção primária passou a ocupar lugar de destaque na agenda federal, numa perspectiva de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), com mudança do modelo de atenção, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este estudo analisou a política e a configuração da atenção primária à saúde (APS) no Brasil, com ênfase nas relações público-privadas, no período do SUS. Optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa, a partir de três eixos de análise: Condução nacional da política de APS; Configuração público-privada na prestação de serviços de APS e Configuração público-privada e interações sensíveis à APS. Foram utilizadas diversas estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; análise documental; análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas.

No que concerne ao primeiro eixo, inicialmente analisou-se a política nacional de APS, com foco nos anos 2000. Observou-se elevado grau de continuidade na condução federal da política em relação à década anterior, expressa principalmente na ênfase na Estratégia Saúde da Família. No entanto, houve mudanças incrementais no período, como incentivos à incorporação de novos profissionais na ESF e ajustes no financiamento. Apesar dos avanços, identificaram-se problemas não equacionados que restringem o fortalecimento da APS, entre os quais o caráter das relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, ainda neste eixo da investigação, buscou-se identificar em que medida os temas “atenção primária à saúde” e “relações público-privadas” estiveram presentes nas discussões efetuadas nas instâncias colegiadas nacionais do SUS (Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde) nos anos 1990 e 2000, a partir de análise documental. Embora as discussões sobre esses dois temas tenham sido frequentes, registrou-se que os debates ocorreram de forma pouco articulada, com limitada possibilidade de superação de problemas estruturais do sistema de saúde com vistas à consolidação de um novo modelo de atenção, coerente com a concepção do SUS.

O segundo eixo da pesquisa compreendeu o mapeamento da composição público-privada da oferta de serviços de atenção primária à saúde no Brasil, a partir dos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no período de 2008 a 2014. Além disso, foram mapeadas as unidades estatais sob gestão de Organizações Sociais (OS) nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, a partir dos contratos de gestão celebrados entre as secretarias municipais de saúde e as OS. Observou-se que, no Brasil, ainda predominam serviços de APS de natureza pública estatal. Porém, constatou-se nos municípios analisados o avanço recente da participação do setor privado na gerência e na prestação de serviços de APS por meio das OS, fenômeno em parte relacionado à expansão da terceirização em vários tipos de serviços de saúde.

Por último, no terceiro eixo da investigação, buscou-se verificar se a configuração público-privada repercutiria nas interações sensíveis à atenção primária (CSAP). Efetuou-se um estudo transversal nos municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes, por região do país, para o ano de 2012, com intuito de explorar a associação entre variáveis selecionadas e a proporção de interações por CSAP no Brasil. Fatores relacionados às condições socioeconômicas, demográficas, à

oferta de serviços e de profissionais médicos estiveram associados à proporção de internações por CSAP, de forma diferenciada entre as regiões do país.

Conclui-se que avanços ocorreram no que diz respeito à atenção primária à saúde no Brasil nas últimas duas décadas, embora o enfrentamento de questões relevantes para a consolidação da APS como estruturante do sistema de saúde brasileiro não tenha ocorrido de forma articulada. Faz-se necessário o fortalecimento da regulação pública sobre os diferentes arranjos público-privados e a garantia do caráter universal, público e não mercantil dos serviços de saúde, de forma a favorecer a concretização dos diferentes atributos da APS, de forma coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; política de saúde; serviços de saúde; parceria público-privada.

**CASTRO. A. L. B. Primary health care and public-private sector relationships in the Brazilian health system.** 2015. 172 fl. Thesis [Doctorate degree in Public Health] – Sergio Arouca National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, 2015

### **Abstract**

Since the 1990s, the issue of primary health care has become prominent in the federal agenda in Brazil, with the perspective of reorganizing the Unified Health System (SUS) and changing the model of care, by implementing the Family Health Strategy (ESF).

This study analyzed the policy and the setting of primary health care (PHC) in Brazil, emphasizing the public-private sector relationships in the SUS period. Both quantitative and qualitative approaches were used, from three analyses axes: national PHC policy orientation, public-private setting in the provision of primary care services, and public-private setting and ambulatory care sensitive hospitalizations. Several methodological strategies were used: literature review, document analysis, analysis of secondary data, and semi-structured interviews.

In regards to the first axis, the national policy of PHC was initially analyzed focusing on the 2000s period. There was a high degree of continuity in the orientation of the PHC policy in relation to the 1990s, expressed specially by the focus on the Family Health Strategy. However, there were incremental changes in the period, such as incentives to the inclusion of new professional at ESF and of adjustments in the financial support of the strategy. Despite the advances, challenges remain for the federal level to overcome problems that restrict the strengthening Brazilian PHC, such as the type of public-private sector relationships in the Brazilian Health System. In this sense, still as part as this first axis, we sought to identify the extent to which the topics “primary health care” and “public-private sector relationships” were present in the discussions at the SUS national collegiate instances (Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde e Conferência Nacional de Saúde) in the 1990s and 2000s, from document analysis. Although discussions on these two topics were frequent, we found that the discussions were disconnected, restricting the possibility of overcoming structural problems of the Brazilian Health System, with the goal of consolidating a new model of care, coherent with the concept of SUS.

In the second axis, we mapped to public-private composition of the provision of primary health care services in Brazil, from the data available on the National Register of Health Facilities (CNES), from 2008 to 2014. In addition, we identified state units under the management of Social Organizations (OS) in the municipalities of São Paulo and Rio de Janeiro, from management contracts between the Municipal Health Secretariat and the OS. In Brazil, the public and state nature of PHC services are still predominant. In the municipalities analyzed, the recent development of private sector participation in the provision of services through the OS draws our attention. This phenomenon is partly related to the expansion of outsourcing in various types of health services.

Finally, in the third axis, we sought to determine whether the public-private setting would have repercussions on ambulatory care sensitive hospitalizations (ACSH). We conducted a cross-sectional study with a focus on Brazilian municipalities with population over 50,000 inhabitants, per region of the country, for the year 2012, aiming to explore the association between selected variables and the proportion of admissions for ACSH in Brazil. Factors related to socioeconomic and demographic conditions, the supply of services, and medical professionals were associated to the proportion of admissions for ACSH, in different ways among the regions of the country.

In conclusion, advances have occurred with regards to primary health care in the Brazilian health system in recent decades, although the approach to issues relevant to the consolidation of this level of attention as the foundation of the Brazilian Health System was not developed in an articulated manner. The strengthening of public regulation of the various public-private sector arrangements is necessary, in order to guarantee the universal, public and nonprofit characteristic of the health services, to favor the implementation of the different attributes of the PHC, according to the SUS principles and guidelines.

**Keywords:** primary health care; health policy; health service; public-private partnership.

## Sumário

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b><i>I. Apresentação.....</i></b>  | <b><i>12</i></b>  |
| <b><i>II. Atenção primária e relações público-privadas em saúde: contextualizando o tema .....</i></b>                          | <b><i>20</i></b>  |
| <b><i>II.1. Estado, mercado e APS nos sistemas de saúde.....</i></b>  | <b><i>20</i></b>  |
| Proteção social, configuração e reforma dos sistemas de saúde.....  | 20                |
| Atenção Primária à Saúde na organização dos sistemas de saúde .....   | 26                |
| O público e o privado na atenção primária à saúde .....   | 34                |
| <b><i>II.2. Configuração da APS e relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro .....</i></b>                        | <b><i>37</i></b>  |
| APS no sistema de saúde brasileiro: aspectos históricos, políticos e organizacionais .....                                      | 37                |
| O público e o privado na atenção primária à saúde no Brasil .....   | 48                |
| <b><i>III. Artigos .....</i></b>  | <b><i>52</i></b>  |
| <b><i>Artigo 1 - A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000 .....</i></b>                             | <b><i>52</i></b>  |
| <b><i>Artigo 2 – Atenção primária à saúde e relações público-privadas nos debates das instâncias colegiadas do SUS.....</i></b> | <b><i>80</i></b>  |
| <b><i>Artigo 3 - Atenção primária à saúde no Brasil: composição público-privada na prestação de serviços .....</i></b>          | <b><i>112</i></b> |
| <b><i>Artigo 4 - Internações por condições sensíveis a atenção primária (CSAP) nas regiões do Brasil .....</i></b>              | <b><i>133</i></b> |
| <b><i>IV. Considerações Finais .....</i></b>  | <b><i>158</i></b> |
| <b><i>V. Referências.....</i></b>   | <b><i>162</i></b> |

## Lista de Siglas e Abreviações

AIS - Ações integradas de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e o Caribe  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária  
DAPS – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FSESP - Fundação do Ministério da Saúde  
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde  
GP – General Practitioner  
HFL – Hospital Federal da Lagoa  
IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
NHS – National Health Service  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
OS – Organização Social em Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHC- Primary Health Care

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPA - Plano de Pronta Ação

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SESP - Serviço Especial de Saúde PúblicaSIH – Sistema de Internações Hospitalares do SUS

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social

SPC - Selective Primary Care

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UF – Unidade Federativa

UNICEF - United Nations Children's Fund

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

US - Unidade de Serviço

USP – Universidade de São Paulo

## I. Apresentação

Esta pesquisa é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/ FIOCRUZ, e se insere no grupo de pesquisa “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde.” O interesse pelo estudo surgiu após conclusão do Mestrado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ<sup>1</sup>, e de certa forma está relacionado com a trajetória acadêmica da autora, visto que a temática da atenção primária à saúde é foco dos seus estudos desde a graduação.

Os achados da pesquisa efetuada no âmbito do mestrado revelaram que, embora a atenção primária à saúde (APS) tenha ocupado lugar central na agenda federal ao longo dos 20 primeiros anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a expansão das ações através da Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção primária à saúde não se consagrou como eixo estruturante e principal porta de entrada do sistema (CASTRO, 2009). Percebe-se a conformação de um quadro contraditório, em que se propaga no plano teórico uma concepção de atenção primária à saúde abrangente, vinculada aos princípios do SUS, porém na prática a APS no Brasil ainda deixa a desejar no que diz respeito ao seu potencial. Tal conformação foi possível, pois embora fundamentada por diretrizes abrangentes, a implementação da ESF esbarrou em dilemas histórico-estruturais do sistema de saúde, nem sempre enfrentados de maneira efetiva (CONILL, 2008). Dentre os dilemas a serem enfrentados na superação dos problemas que restringem a atenção primária brasileira, destacam-se questões referentes ao financiamento do setor saúde, à alocação de recursos humanos nesse nível de atenção, e às relações público-privadas.

Embora a produção acadêmica sobre a atenção primária à saúde seja vasta, observa-se que a análise da influência dessas questões na configuração da APS no Sistema Único de Saúde é pouco explorada na literatura nacional, particularmente no que tange às relações público-privadas (BAPTISTA, FAUSTO E CUNHA, 2009). Nesse sentido, o propósito deste estudo foi analisar a política e a configuração da atenção primária à saúde no Brasil, no período de implantação do Sistema Único de Saúde, com ênfase na dimensão das relações público-privadas. Buscou-se contribuir para o debate sobre as implicações dessa dimensão na

---

<sup>1</sup> A autora defendeu em 2009 a dissertação intitulada “A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008”, sob orientação da Professora Doutora Cristiani Vieira Machado.

condução da política, na prestação de serviços e, em alguma medida, na efetividade da APS no SUS, sem a pretensão de esgotar o tema.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi necessária a realização de um estudo de abrangência nacional, em virtude do importante papel da esfera federal, principalmente, no que diz respeito à formulação e ao financiamento desta política no país (GIL, 2006). Entretanto, o fato de a gestão e execução das ações e serviços de atenção primária serem atribuições do nível municipal, exigiu a compreensão da configuração dessa política em outras escalas (regional e municipal). A combinação de diferentes planos de análise permitiu aprofundar o estudo de variáveis pouco exploradas em análises de nível nacional, bem como compreender semelhanças e diferenças na configuração da atenção primária à saúde no SUS em distintos contextos.

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo se assenta em alguns argumentos. Parte-se do pressuposto de que apesar dos numerosos avanços conquistados após a criação do SUS, tais como ampliação do acesso aos serviços de saúde através da ênfase da reforma na atenção primária, permanecem desafios no que diz respeito à concretização dos princípios e diretrizes preconizados na legislação vigente, até os dias atuais.

Em que pese o sucesso da expansão da Estratégia Saúde da Família no país, este modelo não logrou enfrentar problemas estruturais fundamentais para a configuração da APS como porta de entrada do sistema de saúde e reformulação do modelo assistencial no país<sup>2</sup>. Dentre esses, destacam-se as relações público-privadas, que remetem ao período anterior à criação do SUS. Tal tema permanece até hoje como um dos grandes desafios para a consolidação do sistema de saúde. Como reflexo do imbricamento entre o público e o privado, fruto dos variados arranjos de relacionamentos entre os dois segmentos, têm-se um padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação, que organiza simultaneamente o SUS e o mercado privado, gerando numerosas ineficiências no conjunto da assistência à saúde no Brasil (BAHIA, 2005; MENEUCUCCI, 2007).

Outro aspecto importante está relacionado à diversidade regional e territorial do país, cujo predomínio de determinadas características loco-regionais terá expressão na configuração da APS em determinado território.

Cabe mencionar a questão da distribuição equitativa de recursos humanos para atuação na atenção básica, nas diferentes regiões do país, com destaque para a fixação de profissionais

---

<sup>2</sup> Neste estudo considera-se como modelo assistencial as formas através das quais se organizam, em uma dada sociedade, os serviços de saúde, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais, bem como articulação entre diversos recursos – físicos, tecnológicos e humanos – no enfrentamento e resolução dos problemas de saúde de

médicos principalmente no interior e nas periferias dos grandes centros. Conforme assinalam Campos e Belisário (2001), a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos é um dos problemas mais graves evidenciados a partir da implantação da ESF.

Explicitada a proposta inicial do estudo, cabe indicar as principais questões que nortearam a investigação: A condução nacional da política de APS contempla a dimensão das relações público-privadas no sistema de saúde? Como se caracterizam a participação e as relações entre o público e o privado na prestação de serviços de APS no sistema de saúde brasileiro? A oferta de serviços e a composição público-privada influenciam as interações por condições sensíveis à atenção primária?

Este estudo, ao procurar respostas a esses questionamentos, ainda que sem pretensão de esgotá-los, buscou compreender a configuração da atenção primária e as relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro, a fim de contribuir para a discussão a respeito dos avanços e desafios na efetivação da APS como ordenadora da rede de atenção.

Nesse sentido, o objetivo geral do estudo foi analisar a política e a configuração da atenção primária à saúde no Brasil, com ênfase nas relações público-privadas no sistema de saúde.

Os objetivos específicos foram:

- Identificar elementos de continuidade e mudanças na condução da política nacional de atenção primária à saúde;
- Mapear a presença dos temas “atenção primária à saúde” e “relações público-privadas” no conteúdo dos debates efetuados nos espaços institucionais de discussão e negociação da política de saúde em âmbito nacional;
- Caracterizar a composição público-privada na prestação de serviços de atenção primária no sistema de saúde brasileiro;
- Analisar se as relações público-privadas influenciam na ocorrência de interações por condições sensíveis à atenção primária;
- Contribuir para compreensão dos desafios ligados à consolidação da APS no Brasil, considerando as relações público-privadas no SUS.

Realizou-se um estudo sobre a atenção primária e as relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro, cujo enfoque analítico foi predominantemente de natureza

institucionalista e política. Utilizaram-se métodos qualitativos e quantitativos para coleta e processamento de informações, envolvendo as seguintes técnicas: revisão bibliográfica sobre temas relevantes, tais como atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro e concepções de atenção primária à saúde; análise documental, análise orçamentária, análise de dados secundários e realização de entrevistas semi-estruturadas<sup>3</sup>.

Com base na revisão bibliográfica, foram definidos os seguintes eixos de análise: condução nacional da política de APS; configuração público-privada na prestação de serviços de APS; configuração público-privada e interações sensíveis à APS. (Quadro 1)

A pesquisa relativa ao primeiro eixo de análise buscou identificar elementos de continuidades e mudanças na condução nacional da política de atenção primária à saúde no Brasil. Inicialmente efetuou-se um breve resgate histórico dos principais aspectos relativos à política nacional de APS, visto que estes condicionaram os contornos recentes da trajetória dessa política no SUS. Explorou-se então a trajetória da APS no SUS, com ênfase nos anos 2000, dado que a literatura referente aos anos 1990 é vasta.

Além disso, motivado pela constatação de que a dimensão das relações público-privadas em saúde foi pouco enfrentada na construção da política de APS nos anos 2000, realizou-se um estudo descritivo exploratório, baseado em análise documental, sobre a presença dos temas “relações público-privadas” e “atenção primária à saúde” na agenda das instâncias colegiadas nacionais do SUS (Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Conselho Nacional de Saúde - CNS e Conferências Nacionais de Saúde). Foram mapeadas as discussões efetuadas nos anos 1990 e 2000, com intuito de analisar a inserção da APS e das relações público-privadas na agenda dessas instâncias, a fim de identificar possíveis influências na construção desta política específica. Observou-se que, embora os dois temas tenham sido frequentes na agenda de debates das instâncias colegiadas, esses aparecem com ênfases distintas e com poucos pontos de intercessão.

Já o segundo eixo de análise diz respeito à configuração público-privada na prestação de serviços de atenção primária à saúde. A partir da análise de dados secundários, foi possível descrever a composição público-privada na oferta de serviços de atenção primária à saúde no Brasil e identificar como as relações público-privadas se expressam na APS e na configuração do sistema de saúde. Para esta etapa da pesquisa foram utilizados os dados disponíveis no

---

<sup>3</sup> Para realização dessa análise, foi utilizada parte do material levantado na pesquisa de campo de mestrado da autora. Foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas com atores-chave selecionados a partir dos critérios cargo/função ocupada, poder institucional e tempo de atuação na política de atenção básica (quatro dirigentes federais do Departamento de Atenção Básica, um técnico federal e dois assessores dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde).

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em virtude do CNES apresentar limitações no que concerne à terceirização da gestão na APS, optou-se por analisar dois municípios de grande porte onde esse fenômeno tem ocorrido com maior intensidade nos últimos anos. Com base na análise quantitativa do percentual de contratos de gestão estabelecidos entre os municípios selecionado e OS – São Paulo e Rio de Janeiro – foi possível identificar a presença de parcerias público-privadas na gestão de unidades estatais e na prestação de serviços de atenção primária à saúde.

O terceiro eixo consistiu no esforço de verificar se a configuração público-privada repercutiria nas internações sensíveis à atenção primária (CSAP). A escolha por utilizar as internações por CSAP deve-se ao fato deste indicador ser utilizado para mensurar de forma indireta a efetividade da atenção primária (PROADESS, 2011), ainda que essas internações possuam natureza diversa e sofram influência de fatores como renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde privados ou especializados (MAFRA, 2010; BOING, 2012).

Nesse sentido, além da proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, foram incluídas na análise variáveis selecionadas relacionadas à (às): a) condições socioeconômicas; b) condições demográficas; c) oferta pública e privada de serviços de saúde; d) peso dos planos privados no sistema de saúde. Foi efetuado um estudo transversal dos municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes, por região do país, para o ano de 2012. Nesta perspectiva, realizou-se uma análise predominantemente quantitativa, com auxílio de programas estatísticos e utilização de dados secundários de domínio público. Dentre as principais fontes de dados, destacam-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A partir da busca nas fontes citadas, foi possível explorar a associação entre variáveis selecionadas e a proporção de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) nas regiões do Brasil.

O detalhamento dos eixos de análise pode ser observado no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Matriz de análise: eixos de análise, componentes e variáveis, técnicas de investigação e fontes.

| Eixos de análise   | Componentes e Variáveis   | Técnicas de investigação/Fontes  |
|--|---|--|
| Condução nacional da política de APS                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trajetória histórica da APS no SUS;</li> <li>▪ Condução federal da política de APS;</li> <li>▪ APS e relações público-privadas na agenda das instâncias colegiadas nacionais do SUS (CIT, CNS e Conferências).</li> </ul>  | Revisão bibliográfica<br>Análise documental<br>Análise orçamentária<br>Análise de dados secundários<br>Entrevistas semi-estruturadas                           |
| Configuração público-privada na prestação de serviços de APS | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Natureza jurídica, tipos de unidades de atenção primária à saúde e atendimento ao SUS;</li> <li>▪ Terceirização de serviços em unidades estatais de APS.</li> </ul>  | Análise de dados secundários;<br>Análise documental,<br>Análise da terceirização nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro                                  |
| Configuração público-privada e interações sensíveis à APS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variável dependente: proporção de internações por condições sensíveis a atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde;</li> <li>▪ Variáveis independentes:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Condições socioeconômicas: IDH-Municipal;</li> <li>2. Condições demográficas: proporção da população com 60 anos ou mais;</li> <li>3. Oferta de serviços de saúde: cobertura da Estratégia Saúde da Família; oferta de profissionais médicos, leitos e de equipamentos diagnósticos públicos e privados.</li> <li>4. Peso dos planos privados no sistema de saúde: proporção de beneficiários de planos privados de saúde na população.</li> </ol> </li> </ul> | Análise de dados secundários<br>Principais fontes: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) |

Fonte: Elaboração própria.

O produto final desta investigação é apresentado no formato de quatro artigos que dialogam entre si, e guardam correspondência com os objetivos da pesquisa e seus eixos de análise, ainda que não os esgotem. Os resultados referentes ao primeiro eixo de análise da pesquisa são apresentados em dois artigos. No primeiro artigo, buscou-se identificar os elementos de continuidades e mudanças na condução federal da política de atenção básica no Brasil, nos anos 2000. Os achados deste artigo, que foram de suma relevância para os debates travados nos demais, apontaram para a necessidade de enfrentamento de algumas questões, dentre elas as distorções nas relações público-privadas na saúde.

Como desdobramento das questões suscitadas a partir dessa análise, buscou-se identificar de que maneira os temas “atenção primária à saúde” e “relações público-privadas” foram abordados nos principais canais institucionais de discussão sobre a política nacional de saúde, bem como quais foram as principais estratégias definidas para ruptura com o modelo de atenção anterior. O conteúdo dessa análise compõe o segundo artigo. A análise empreendida revelou amplo debate sobre os temas em questão nas instâncias avaliadas. Entretanto, o debate ocorreu de forma desarticulada, gerando limitações ao novo modelo de organização da assistência proposto a partir do SUS.

Para compreender de que maneira tal desarticulação impactou na organização da assistência no âmbito da atenção primária à saúde, o terceiro artigo teve como objetivo analisar a configuração atual da APS no Brasil, com foco nas relações público-privadas. Buscou-se analisar a composição público-privada na prestação de serviços de atenção primária à saúde no Brasil. A partir da análise de dados disponíveis no CNES, foi possível mapear o total de unidades de atenção primária em todo o país, por região e Unidade Federativa (UF), segundo natureza jurídica, e identificar as mudanças ocorridas no que diz respeito à gestão dessas unidades, no período de 2008 a 2014. Além disso, para ilustrar o fenômeno da terceirização de serviços em unidades estatais de APS, foi mapeada a contratação de Organizações Sociais em Saúde (OS) pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro, as duas cidades mais populosas do país.

Por último, foi efetuada uma análise quantitativa que explorou a associação entre variáveis selecionadas e a proporção dessas internações no Brasil. Vale mencionar que se optou pela utilização do indicador internações por condições sensíveis a atenção primária (CSAP) como variável desfecho do estudo, por este ser considerado um indicador de acesso aos cuidados ambulatoriais, bem como da efetividade dos cuidados ofertados neste nível de atenção. A pesquisa envolveu a análise descritiva da evolução de indicadores nacionais de 1998 a 2012 e a realização de um estudo transversal dos municípios brasileiros com

população acima de 50 mil habitantes, por região do país, para o ano de 2012, utilizando-se técnicas estatísticas de correlação e regressão linear. Foi realizada a análise da proporção de internações por CSAP, a partir da técnica de regressão linear, que permitiu avaliar a correlação entre o desfecho e diferentes variáveis selecionadas, tais como: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); Proporção da população idosa (60 anos ou mais); Total de leitos por 1.000 habitantes; Leitos privados por 1.000 habitantes; Total de Médicos por 1.000 habitantes e Proporção de beneficiários de planos de saúde.

Além desta breve apresentação, a tese compreende um capítulo de contextualização sobre o tema das relações público-privadas e a configuração da APS nos sistemas de saúde, com destaque para o caso brasileiro. Em seguida apresentam-se os quatro artigos que compõem a tese. Cada artigo envolve uma revisão bibliográfica e detalhamento dos procedimentos metodológicos, apresentação e discussão dos resultados específicos do estudo. Por fim, nas considerações finais, são destacados os principais achados da pesquisa, bem como seus limites, e expostos alguns desafios para a consolidação da APS no sistema de saúde brasileiro. Ao término deste trabalho são expostas as referências bibliográficas utilizadas na apresentação, no capítulo de contextualização do tema e nas considerações finais da tese.

## **II. Atenção primária e relações público-privadas em saúde: contextualizando o tema**

### **II.1 Estado, mercado e APS nos sistemas de saúde**

#### ***Proteção social, configuração e reforma dos sistemas de saúde***

Os processos de reforma dos sistemas de saúde, iniciados nos anos 1980 e com repercussões até os dias atuais, introduziram a discussão sobre o papel do Estado e do mercado na prestação de serviços de saúde. Em um contexto de crise econômica mundial e de mudanças significativas na pirâmide etária dos países industrializados - que geraram novas demandas ao setor saúde - a preocupação com a criação de condições macroeconômicas mais sustentáveis e os altos custos da assistência médica passaram a ocupar o centro da agenda pública do setor, desencadeando uma onda de reformas cujos argumentos eram basicamente econômicos.

Surgem então questionamentos aos princípios estruturantes dos regimes de proteção social no qual os sistemas de saúde se ancoravam até o momento, bem como à necessidade de intervenção estatal no setor, demonstrando que esta agenda, como afirma Almeida (1999), estava bastante sintonizada com o amplo movimento mundial de Reforma do Estado. O tom das discussões passou a ser a construção de administrações governamentais que funcionassem com mais qualidade e eficiência.

Nesse contexto, um modelo de proteção social abrangente no qual o Estado tem papel central na promoção do bem-estar econômico e social, era considerado sinônimo de elevação dos custos e deterioração do desempenho econômico (GIAIMO, 2001). A crença difundida pela perspectiva neoliberal, hegemônica nesse período, era de falência do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), gerando políticas centradas sobretudo na contenção de custos e controle de gastos, tentando desconsiderar a questão social pela afirmação de que para sua manutenção eram necessários altos impostos.

É importante resgatar que o processo histórico de constituição dos distintos modelos de proteção social nos diversos países foi conseqüência da ampliação dos direitos políticos e sociais, e resultou em diferentes formas de intervenção governamental na saúde, originando modelos de sistemas de saúde variados. Faz-se necessário enfatizar que esses modelos não correspondem a estágios progressivos e não são tipos puros; são resultado de um longo processo histórico, moldado por circunstâncias políticas, econômicas e culturais de cada época, além de interesses dos diferentes atores e conflitos específicos em cada país (IMMERGUT, 1992).

Para compreender e distinguir os diferentes modelos de proteção social desenvolvidos nos países capitalistas é interessante recorrer à tipologia proposta por Esping-Andersen (1991), na qual o autor enfatiza a necessidade de considerar os direitos e garantias, bem como o papel do Estado, do mercado e das famílias, em termos de provisão social. Um importante conceito trazido pelo autor para compreensão desse debate é “desmercadorização”, que está relacionado à desvinculação do direito social ao mercado de trabalho.

A tipologia de Esping-Andersen (1991) organiza os modelos de *Welfare States* em três tipos ideais: o liberal; o conservador e o social-democrata. O modelo liberal caracteriza-se pela baixa intervenção governamental, onde o Estado somente intervém e assume responsabilidade social quando o indivíduo, sua família e redes comunitárias não conseguem garantir a satisfação de suas necessidades mínimas no mercado. Logo, o Estado só garante as necessidades básicas para os “inaptos”, “incapazes”, “fracassados”, aqueles que não conseguiram garanti-las por meios próprios, no mercado. Para esses o Estado oferta uma cesta restrita de benefícios, após o preenchimento de rígidas regras de habilitação, que contribuem ainda mais para o caráter punitivo deste modelo e estigmatização daqueles que o utilizam. Exemplo típico de país onde esse modelo prevalece são os Estados Unidos.

No modelo denominado conservador, a proteção está vinculada à inserção formal no mercado de trabalho e condiciona direitos ao mérito ocupacional, ao desempenho no trabalho e à produtividade, consolidando assim, grupos com diferentes status e privilégios. Este seguro possui administração autônoma, e o financiamento é de acordo com um percentual do salário do trabalhador. A adesão ao seguro é compulsória e ocorre por filiação, ou seja, o empregado se inscreve no seguro social. Por este sistema, o trabalhador abdica de parcela de sua renda durante o período de participação no processo de acumulação, a fim de garantir seu status socioeconômico quando inativo. Como exemplo de países que adotaram esse modelo há a Alemanha, a França e a Áustria.

O modelo social-democrata é o que incorpora a noção de cidadania mais abrangente, onde todos os cidadãos possuem os mesmos direitos, independentemente da classe socioeconômica ou posição no mercado. Neste modelo, os princípios vigentes são o de justiça, solidariedade social, e universalismo, e há responsabilização coletiva pela garantia de uma vida digna. O Estado garante o mínimo vital, proporcionando igualdade de necessidades mínimas. Esse modelo está presente nos estados escandinavos.

A opção por determinado modelo de intervenção governamental na saúde está diretamente relacionada ao modelo de proteção social que o abarca, e, portanto, à noção de

cidadania predominante em determinada sociedade<sup>4</sup>. Conforme demonstra Immergut (1992) ao efetuar análise sobre o desenvolvimento histórico da intervenção governamental em saúde em países europeus, com base nas dimensões financiamento, regulação, e prestação de serviços, é possível identificar três momentos marcantes na constituição do arcabouço legal e expansão de sistemas ampliados de proteção à saúde na Europa, e que tiveram efeito de difusão de experiências para outros países.

Num primeiro momento, no século XIX, as iniciativas governamentais na forma de legislação regulatória são voltadas para as sociedades de ajuda mútua, com a finalidade de controlar parcialmente essas entidades. Já no século XX, ocorre a criação de sistemas de seguros sociais compulsórios, como resposta estatal às greves e à extensão do direito ao voto depois da Primeira Guerra Mundial. As leis de seguro social inseriam-se no conjunto de estratégias que visavam o fortalecimento do Estado. O seguro social alemão, encaminhado ao parlamento em 1881 por Bismarck, foi o pioneiro. Por último, no período pós- Segunda Guerra Mundial, introduz-se a criação dos sistemas nacionais de saúde. Alguns países europeus adotaram este modelo, que tem como princípio a universalização dos serviços e financiamento através de recursos fiscais, baseado no modelo keynesiano de Estado de Bem-Estar Social. O NHS (*National Health Service*) britânico foi o primeiro a ser criado nesses moldes, em 1946, e implementado em 1948.

A partir das reformas de saúde iniciadas nos anos 1980, os diferentes sistemas de saúde sofreram pressão para implementarem mudanças em seus modelos, principalmente no que diz respeito ao financiamento e à prestação de serviços. Cabe ressaltar que o pano de fundo das reformas nos sistemas de saúde foi o movimento mundial de Reforma do Estado, que emergiu nos anos 1970, no contexto de crise econômica e fiscal, a partir do choque do petróleo e de mudanças no sistema financeiro mundial, e que ganhou força nos anos 1980 e 1990, favorecendo a difusão de suas ideias. No entanto, apesar da crise do petróleo ser apontada como um dos disparadores da crise do Estado, as raízes estruturais da crise, conforme assinalam Draibe e Henrique (1988), estavam na dinâmica subjacente às funções contraditórias do próprio Estado capitalista, uma vez que o processo de acumulação do capital monopolista torna cada vez mais necessária a intervenção do Estado.

Como reflexo da crise econômica, houve profundas transformações na sociedade e no mercado de trabalho, tais como o desemprego de longa duração, a pobreza e a desigualdade (DRAIBE, 2014). Vale mencionar ainda a aceleração do envelhecimento da população e a

---

<sup>4</sup> Para compreender os diferentes conceitos de cidadania, sugere-se a discussão efetuada por Fleury (1994).

crecente participação da mulher no mercado de trabalho, como questões que demandaram ações por parte dos Estados para dar conta deste novo cenário. Conforme aponta Kerstenetzky (2014), nessa conjuntura surgem novos “riscos sociais”, deixando para trás o cenário das velhas contingências que motivaram a existência do *Welfare State* do pós-guerra. Tais transformações embasaram o debate introduzido pelo movimento neoliberal sobre a continuidade da expansão e até mesmo a manutenção dos regimes de Bem-Estar Social.

O movimento reformista neoliberal se apoiou no questionamento a quatro aspectos interdependentes relacionados ao Estado: a) a delimitação do tamanho do Estado; b) a redefinição do papel regulador do Estado; c) a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e d) o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar (PEREIRA, 1998). Conforme ressalta o autor, embutidas na delimitação do tamanho do Estado estão as ideias de privatização, “publicização” e terceirização; já no que diz respeito ao papel regulador do Estado, estão inerentes argumentos relacionados ao maior ou menor grau de intervenção do Estado no funcionamento do mercado.

Para Almeida (1996), mesmo que apoiada em vários argumentos, na essência, a base teórica da reforma dos anos 1980 era decretar o fim do *Welfare State*. Apesar das previsões fatalistas, o fim do *Welfare State* não se concretizou. Ainda que em meio a reformas, houve crescimento dos gastos sociais nos países desenvolvidos, embora em velocidade inferior aos anos do pós-guerra (KERSTENETZKY, 2014). No entanto, novos desafios estão postos, muitos deles associados às características da sociedade contemporânea, com destaque para a fragilização dos laços entre os indivíduos e conseqüente processo de hiperindividualização, que torna o *Welfare State* sujeito a desmantelamento, uma vez que este regime é pautado pelo sentido de solidariedade (FRIEDMAN, 2000; 2008).

A retórica neoconservadora ocasionou diferentes impactos nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com mudanças mais intensas e restritivas nesses últimos. A justificativa para a reforma nos sistemas de saúde estava centrada nos altos custos da assistência médica e o conseqüente crescimento dos gastos com saúde. Os principais fatores relacionados ao aumento dos gastos em saúde apontados na discussão internacional sobre gastos e custos crescentes da atenção médica foram: extensão de cobertura da proteção à saúde e ampliação da oferta e serviços médico-sanitários; envelhecimento populacional e transformação na estrutura de morbi-mortalidade; desenvolvimento da tecnologia médica e

intensificação dos cuidados; variabilidade das condutas médicas, e, enfim, a dominância dos prestadores (GIOVANELLA, 2001:170).

Ao analisar o conjunto dos diversos fatores que contribuíram para o aumento dos gastos em saúde, Giovanella (2001) aponta para o declínio de hipóteses e alguns desafios. O envelhecimento populacional é desmistificado como o grande responsável pelos gastos em saúde, embora a autora ressalte o impacto desse processo no setor. De acordo com a autora, a intensificação do cuidado apresenta impacto muito maior nos gastos. Dentre os desafios abordados, destaca-se a necessidade de maior eficiência na prestação de serviços de saúde, por meio do controle de prestadores de serviços e produtores do setor; da utilização de avaliações no processo de incorporação tecnológica e de produtos em saúde, bem como da normatização de condutas, e das formas de remuneração e contratação de prestadores. A superação desses desafios visa contribuir para a prestação de serviços de saúde mais efetivos, eficazes, equânimes e de qualidade.

Aliada à questão dos custos em saúde estava a convicção da inerente ineficiência do Estado. Nessa direção, o *Welfare State* foi tratado como uma concepção falida do Estado (DRAIBE e HENRIQUE, 1988) e, portanto, era necessário que o mercado passasse a ser protagonista na gestão e execução de serviços, a fim de garantir maior eficiência. Partindo desse pressuposto, diversas propostas neoconservadoras de mudança paradigmática da intervenção estatal na saúde foram difundidas nos anos 1980, especialmente após a entrada do Banco Mundial no debate setorial, que passa a assumir um papel mais incisivo na discussão da política de saúde (VIANA e MACHADO, 2008). Com isso, o período é marcado por uma inflexão no modo de desenvolver e difundir sugestões de políticas. Conforme Mattos (2001) sublinha, no final dos anos 1980, as propostas de políticas, voltadas especificamente para os países em desenvolvimento, passaram a ser elaboradas em âmbito restrito a algumas agências internacionais e aos principais governos do mundo, disseminando-se via dispositivos de indução, como os empréstimos condicionados à adesão a determinadas políticas econômicas.

Com base em Almeida (1999), é possível identificar alguns consensos no enfoque reformador orientado para o mercado, que constitui a chamada “nova gestão pública” (*new public management*), tais como: flexibilidade gerencial, centrada na quebra dos monopólios estatais; redução do quadro de funcionários públicos; remoção das barreiras burocráticas, onde se privilegia a ideia de “gerenciamento da qualidade total” em oposição à de “controle burocrático hierarquizado”; atendimento das demandas do consumidor (cidadão/cliente), e não às dos burocratas e políticos; introdução de mecanismos de competição de mercado;

terceirização e investimentos em novas tecnologias de informação, e o foco na mudança de procedimentos e nos processos, não na estrutura organizacional.

A análise comparada das reformas da saúde ocorridas no Reino Unido, na Alemanha e nos Estados Unidos efetuada por Giaimo (2001), discutiu a incorporação desses consensos nos países investigados e revelou que as razões para os diferentes resultados se assentam nas ações e preferências dos financiadores (“pagadores”) e no papel do Estado em cada um desses países. Para Giaimo (2001), os atores responsáveis pelo financiamento representam a principal força motriz subjacente aos ajustes nas políticas de *Welfare State*. A autora sinaliza que em alguns países, as políticas de reforma da saúde exigiram dos empregadores e de atores estatais negociações e acordos que significaram certo sacrifício em termos de controle de gastos, em troca de ganhos para a equidade. Em outros países, no entanto, esses ganhos estiveram ausentes e o lucro com o controle de gastos foi alcançado com o sacrifício da equidade.

No NHS, a principal alteração promovida pela reforma foi a introdução do conceito de mercado interno (*Internal Market*), separando os “compradores” dos “provedores” de serviços de saúde, com redefinição do papel do Estado, que deixa de ser provedor, mas continua a financiar, coordenar e regular. Os provedores passariam a competir em qualidade e custos, de forma a atrair os compradores, o que levaria à melhoria dos serviços, aumentando a agilidade no atendimento e diminuindo os custos do sistema. Entretanto, o conjunto de medidas adotadas introduziu novos e altos custos de controle. Assim, ao mesmo tempo em que se estabeleciam novas estruturas com objetivo de encorajar a competição, desenhavam-se linhas de regulação e monitoramento tão impermeáveis que nenhuma competição real podia emergir. Ainda que tenham sido observados ganhos no desempenho de alguns indicadores, permaneceram o desafio de maximizar os benefícios sociais e minimizar os custos de um sistema que passa a ser regido por metas e com sanções (BEVAN e HOOD, 2006).

As medidas de contenção de gastos adotadas na Alemanha consistiram na ampliação da competição entre as entidades seguradoras, e da participação direta e adicional dos segurados nos custos da atenção. Os Estados Unidos, que possuem como principal característica a condução da reforma por atores privados e ausência de intervenção pública, apresentaram desempenho insatisfatório não só para o controle dos gastos como para a equidade do acesso e financiamento. Cabe mencionar que, nos Estados Unidos, os empregadores são os principais atores políticos e financiadores nas políticas da reforma sanitária porque a maioria dos americanos obtém seguro de saúde como um benefício residual e acessado via mercado. Além disso, trata-se de um sistema de caráter voluntário e baseado na

lógica de mercado, sendo questionada a legitimidade da intervenção estatal. Recentemente, importantes mudanças foram introduzidas no sistema de saúde americano a partir da reforma proposta pelo presidente Barack Obama. O *Patient Protection and Affordable Care Act*, apesar de não alterar a organização do modelo de sistema de saúde ao preservar o caráter privado da prestação de serviços, a tipologia de financiamento e a liberdade de escolha, possibilitou a inclusão de milhões de americanos sem qualquer tipo de cobertura, bem como a ênfase na atenção primária visando à melhoria de qualidade, da eficiência e redução dos custos (COSTA, 2013).

Em síntese, a introdução de mecanismos de mercado na perspectiva da racionalização – tanto da demanda, quanto da oferta - trouxe mudanças significativas nos sistemas de saúde, no que diz respeito à solidariedade e à equidade, com impacto distinto em cada país, com destaque para os países europeus (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014). Em alguns casos, as conquistas com o controle de gastos foram alcançadas com o sacrifício da equidade, e trouxeram à tona a discussão sobre o conceito de universalidade do acesso à saúde.

Já nos países latino-americanos, as propostas de ajustes foram mais severas no que diz respeito aos gastos públicos e população abrangida. Alguns países promoveram reformas em seus sistemas de saúde a partir de modelos que mesclam o público e privado na provisão, e implantação de serviços voltados para uma parcela da população- como Bolívia, Chile, Colômbia e México. Enquanto isso, o Brasil logrou criar um sistema público e universal, mesmo não alcançando uma cobertura verdadeiramente universal em virtude da existência de um sistema privado de planos e seguros de saúde, que resulta na cobertura dupla para determinada parcela da população, tais como trabalhadores de média e alta rendas, executivos e funcionários públicos (OCKÉ-REIS, 2012).

A seguir, serão discutidas brevemente as diferentes concepções, o papel da APS na organização dos sistemas de saúde e as repercussões da introdução do ideário reformista na configuração da atenção primária, no que diz respeito aos limites e possibilidades de seu papel no sistema de saúde.

### ***Atenção Primária à Saúde na organização dos sistemas de saúde***

Desde a publicação do Relatório Dawson, em 1920 no Reino Unido, onde fora apresentada pela primeira vez uma proposta de organização para expansão e desenvolvimento dos serviços de saúde, a ideia de hierarquização considerando os serviços primários de saúde

como porta de entrada do sistema já era destacado (INFORME DAWSON, 1964). Outras questões importantes para a construção de redes de serviços de saúde também estavam presentes neste relatório, com destaque para a definição de bases territoriais e população adscrita. Tais conceitos são fundamentais para a garantia do acesso, da atenção integral, bem como da eficiência alocativa em um sistema de saúde.

Os princípios e diretrizes expostos no Relatório Dawson<sup>5</sup>, dentre eles a noção de hierarquização, influenciaram posteriormente a criação do sistema nacional de saúde britânico, o *National Health Service – NHS* (CONILL, 2008). Proposto em 1946 e implementado em 1948, no período do pós-guerra, o NHS tem como princípio a garantia do acesso universal e gratuito, através de financiamento público, oriundo de recursos fiscais. Desde sua criação, o NHS foi apontado como modelo para a estruturação de sistemas nacionais universais de saúde (LAVRAS, 2011)<sup>6</sup>.

A organização da atenção em sistemas nacionais universais de saúde, como o NHS, em geral se baseia em mecanismos de coordenação hierárquica, e a atenção primária ocupa papel central, pois constitui a base do sistema. A figura do médico generalista (*General Practitioner – GP*) é fundamental para o bom funcionamento do sistema, visto que é delegado a este poder sobre outros níveis de atenção, estabelecendo-se uma clara separação de papéis entre médicos generalistas e especialistas (GIOVANELLA, 2006)<sup>7</sup>.

No período posterior à criação do NHS, nos anos 1950, destacavam-se internacionalmente os debates em prol da Medicina Preventiva, definida como um movimento ideológico, que criticava a prática médica e propunha uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade (AROUCA, 1975). As principais ideias e conceitos trazidos por este movimento influenciaram sobremaneira não somente a formação médica, mas também a caracterização da atenção primária à saúde (FAUSTO e MATTA, 2007).

A partir da década de 1960, surge outro movimento, que buscou a extensão da racionalização da Medicina Preventiva: a Medicina Comunitária. Segundo Arouca (1975,

---

<sup>5</sup> Conforme assinala Kuschnir (2007), o Relatório Dawson propunha a criação de regiões de saúde a partir da definição de bases territoriais e população alvo, partindo da premissa básica de que a região de saúde configura uma base territorial e populacional autossuficiente em recursos até o “nível de corte” definido previamente.

<sup>6</sup> Para uma caracterização detalhada da trajetória histórica do sistema de saúde inglês, ver Leichter (1979).

<sup>7</sup> O médico generalista nesses sistemas exerce a função de filtro, também denominada “*gatekeeper*”. Cabe ponderar que, em outros contextos, a função de *gatekeeper* pode assumir distintas características. Como exemplo, nos Estados Unidos a utilização pelos planos privados de saúde de um médico generalista assumindo o papel de *gatekeeper* visa restringir o acesso a especialistas e hospitais, a fim de garantir o controle de gastos.

p.146), a Medicina de Comunidade caminhou no sentido de uma extensão da racionalização que não pode ser contida ao nível da sociedade civil, mas que tem que procurar o seu espaço junto do Estado. Assim, a aplicação prática deste movimento por meio da implementação de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, fundamentou e instrumentalizou a atenção primária à saúde (VIANA e FAUSTO, 2005; PIRES ALVES, PAIVA e FALLEIROS, 2010). Cabe mencionar que estes programas foram amplamente disseminados, tendo forte repercussão nos países mais pobres, posto que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social (FAUSTO e MATTA, 2007).

Neste contexto, a APS passou a ocupar lugar de destaque na agenda de diferentes atores, com destaque para as agências internacionais, dentre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund - UNICEF*). Nos anos 1970, estas agências, em parceria, convocaram uma conferência que redefiniria a compreensão internacional sobre atenção primária à saúde. Em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde<sup>8</sup>, os cuidados primários foram apontados como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz e definidos como:

---

<sup>8</sup> Esta conferência foi realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, república pertencente à antiga União Soviética (URSS).

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

A partir de Alma-Ata, um conceito abrangente de atenção primária, também denominado *Primary Health Care – PHC*, foi amplamente difundido e influenciou sobremaneira a organização da atenção em diferentes sistemas de saúde no mundo, com modelos de prestação de serviços tão diversos, tais como Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra e Espanha (CONILL, 2008).

Cabe ressaltar que críticas a esta concepção, interpretada como idealizada, geraram a difusão de uma proposta denominada atenção primária seletiva (*Selective Primary Care – SPC*), que ganhou apoio de agências internacionais, entre elas o próprio UNICEF, que apoiara a realização da Conferência de Alma-Ata<sup>9</sup>. Tal proposta introduziu uma nova perspectiva, que se referia a um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para combater as principais doenças que acometiam as populações dos países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Em meio à crise econômica dos anos 1980/1990, a proposta de atenção primária seletiva, de caráter focalizado, ganhou força e teve como principal difusor de ideias o Banco Mundial. Nesse contexto, é possível observar uma onda de reformas na política de saúde que introduziram com força a discussão sobre o papel mais ou menos estratégico da atenção básica na oferta, coordenação e na busca por mais equidade nos sistemas nacionais de saúde (VIANA e FAUSTO, 2005). As autoras chamam atenção para duas questões-chave na definição do espaço e do papel da atenção básica nos diferentes modelos de sistemas nacionais de saúde. A primeira é a sua inserção em uma concepção focalista ou universalista, ou seja, a atenção básica como componente importante das estratégias de combate à pobreza e às desigualdades sociais, ou como componente estratégico da estruturação, operação, coordenação e instrumento de equidade dos sistemas nacionais de saúde.

A segunda questão destacada é o caráter da assistência no âmbito da atenção básica, se mercantil ou não mercantil. O aspecto crucial que fundamenta a discussão estabelecida pelas

---

<sup>9</sup> A difusão da proposta de atenção primária seletiva ocorreu a partir da Conferência de Bellagio - realizada pela Fundação Rockefeller na Itália, em 1979, cujo título era “*Health and Population in Development*”. A partir de

autoras parte da assertiva que a atenção básica é um bem público, logo, não deveria ser tratada como um produto. No âmbito das reformas dos anos 1990, teria se defendido a ideia de constituição de espaços não mercantis (prestação de ações seletivas de atenção básica, definidas por critérios de baixo custo e alta efetividade) e mercantis (outros níveis de assistência curativa individual). Porém, a garantia de um espaço não mercantil em algumas políticas está atrelada à existência ou não de interesses privados voltados para a comercialização desses serviços.

No que diz respeito ao papel da atenção primária na organização dos sistemas de saúde, a difusão de diferentes concepções teve repercussões distintas em países centrais e periféricos. De um modo geral, em países europeus ocidentais, prevaleceu a concepção de atenção primária abrangente. Segundo Giovanella (2006), há consenso entre os *policy makers* europeus de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Estes reconhecem numerosas vantagens nos sistemas de saúde centrados na atenção primária em relação aos baseados em cuidados especializados, com destaque para questões referentes à equidade, ao acesso, ao menor custo, à continuidade do cuidado, bem como melhorias nos indicadores de saúde da população (ATUN, 2004).

Já nos processos de reforma dos países em desenvolvimento, com destaque para países latino-americanos, notoriamente a proposta que prevaleceu foi a de atenção primária seletiva. Entretanto, vale destacar que houve exceções, como por exemplo, o caso brasileiro, que implementou a reforma de seu sistema de saúde orientada pelo conceito de atenção primária abrangente, dado que seu sistema de saúde é de caráter público e universal, e está inserido em um modelo de proteção social mais abrangente, não comportando portanto a ideia de focalização subjacente à concepção de atenção primária seletiva.

Conforme assinala Giaimo (2001), as reformas implementadas pelos países são reflexo de seus diferentes contextos ideológicos e institucionais, suas trajetórias históricas e atores locais envolvidos no processo. Nesse sentido, Giovanella (2008) aponta que nos países periféricos há uma tensão permanente entre a expansão de cobertura apenas com cuidados básicos e a garantia de ampla oferta de serviços na consolidação de sistemas universais. De acordo com a autora, a direcionalidade depende muito da constelação de forças políticas em cada momento histórico.

---

então se tem a tensão entre as duas formas de interpretação da APS: abrangente ou seletiva.

Nos anos 2000, observou-se um movimento de fortalecimento de sistemas de saúde, baseados na concepção abrangente de atenção primária, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde /Organização Mundial de Saúde. Os principais documentos que expressam o posicionamento dessa agência a favor de reformas da atenção primária, necessárias para reorientar os sistemas de saúde, foram “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005) e o Relatório Mundial da Saúde publicado em 2008, intitulado “*Primary Health Care: now more than ever*” (WHO, 2008).

Silveira, Machado e Matta (2015) destacam a importância do movimento de renovação da APS, que expressou uma inflexão importante na agenda da OPAS, pois sugere uma visão de atenção primária para além da abordagem programática. Porém, os autores chamam atenção para a valorização nesse documento de parcerias entre o setor público e o privado, o que pode favorecer uma lógica mercantil nesse nível de atenção.

Nesse sentido, ainda que sejam reconhecidos esforços voltados para o fortalecimento da APS na região das Américas, há questões não equacionadas. Dentre elas, Conill, Fausto e Giovanella (2010) assinalam a integração e coordenação com os demais serviços, que permanecem frágeis na maior parte dos países da América Latina.

Se por um lado nesse período houve um movimento de fortalecimento da APS em alguns países periféricos, nos países centrais, especialmente os europeus, a grave crise econômica que atingiu a Europa a partir de 2008 fez com que os sistemas de saúde sofressem ameaças à manutenção dos avanços conquistados ao longo da implementação destes, baseados em uma concepção abrangente de atenção primária à saúde. Os alicerces desses sistemas foram abalados com os consecutivos cortes orçamentários, dentre eles o próprio funcionamento da atenção primária (GIOVANELLA E STEGMÜLLER, 2014).

Como dito anteriormente, em alguns sistemas de saúde europeus tradicionalmente a APS tem papel de porta de entrada e o generalista (GP) exerce função importante. Conforme apontaram Giovanella e Stegmuller (2014), as reformas têm afetado as decisões dos GP, que deixam de ser pautadas pela clínica e passam a ser condicionadas por restrições financeiras. Para a autora, na Espanha se observam os efeitos deletérios mais imediatos, com cortes significativos no orçamento do Sistema Nacional de Saúde, introdução de co-pagamento, dentre outras medidas que afetam a continuidade e a resolutividade da atenção primária. Até mesmo o NHS, sistema nacional de saúde britânico concebido e implementado sob a lógica da seguridade social, com acesso universal e financiamento público, tem sofrido recentes reformas que apontam para um processo gradual de privatização. De acordo com Reynolds (2013), o NHS atravessa um período de transição: “*We’re finishing the transition away from*

*the original form of funding of the NHS and moving into a market system which is going to be full-on market ( p.2)”.*

No que concerne à concepção de APS e seu papel nos sistemas de saúde, este estudo se apoiou na concepção abrangente de atenção primária à saúde, caracterizada por Starfield (2002) como:

nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p.28).

Nessa concepção, a atenção primária é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

Essa abordagem considera ainda quatro atributos da APS: a atenção ao primeiro contato<sup>10</sup>, a longitudinalidade<sup>11</sup>, a integralidade<sup>12</sup> e a coordenação (integração) da atenção<sup>13</sup>. De acordo com Starfield (2002), para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos mencionados são necessários um dos quatro elementos estruturais do sistema de serviços de saúde (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização e reconhecimento do problema).

Saltman, Rico e Boerma (2006) se apropriam da definição de atenção primária proposta por Starfield ao discutirem as reformas organizacionais dos serviços de atenção primária nos países europeus durante os anos 1990 e a atenção primária na condução dos

---

<sup>10</sup> Atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso dos serviços a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Giovanella e Mendonça (2008) ressaltam que para a constituição de um serviço de primeiro contato (porta de entrada do sistema de saúde) é necessário eliminar barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais.

<sup>11</sup> Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.

<sup>12</sup> A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para garantir que o paciente tenha acesso a todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns não sejam oferecidos dentro delas.

<sup>13</sup> Segundo Giovanella e Mendonça (2008), para que haja coordenação da atenção é necessário que ocorram transferências de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como o cuidado recebido, de modo a assegurar atenção ininterrupta. Essas autoras destacam ainda que esse atributo torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica da medicina.

sistemas. Os autores neste estudo desenvolvem um modelo teórico sobre a integração da APS ao sistema de saúde e assinalam o fortalecimento da atenção primária, bem como a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, como estratégias adequadas para melhoria global dos cuidados em saúde.

A integração da APS com outras políticas públicas, a fim de promover a intersectorialidade (integração horizontal) e com os demais níveis de atenção, para garantia do acesso a serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada cidadão e do direito à atenção à saúde (integração vertical), são aspectos cruciais para a reorganização dos sistemas de saúde com base na APS abrangente preconizada em Alma-Ata (CONILL e FAUSTO, 2007).

Em revisão sistemática publicada recentemente, Kringos et al (2010) chamam atenção para a complexidade e importância da APS no desempenho geral dos sistemas de saúde, a partir da identificação e análise de suas principais dimensões. Os autores destacam dez dimensões principais relacionadas a três níveis de complexidade: estrutura, processo e resultados.

No que concerne à estrutura, três dimensões são ressaltadas: 1) Governança; 2) Condições econômicas; 3) Desenvolvimento da força de trabalho. Já o processo do cuidado em atenção primária é determinado por quatro dimensões: 4) Acesso; 5) Continuidade do cuidado; 6) Coordenação do cuidado e 7) Integralidade da atenção. Por último, o resultado de um sistema de atenção primária engloba três dimensões: 8) qualidade do atendimento; 9) eficiência e 10) equidade em saúde. A partir da análise destas dimensões, Kingros et al (2010) definiram a APS como um sistema multidimensional que contribui para o bom desempenho dos sistemas de saúde e melhoria da saúde da população.

Em síntese, diversos estudos apontam a importância da APS na organização dos sistemas de saúde. O papel da atenção primária à saúde nos sistemas está relacionado à sua inserção em determinado modelo de proteção social, se numa perspectiva universalista ou focalista, que por sua vez influenciará no predomínio de determinada concepção de APS, se mais abrangente ou seletiva. A influência de uma concepção em detrimento de outra está relacionada às particularidades da trajetória dos sistemas de saúde, que são implementados em diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas, e estão constantemente sob forte tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde. Dentre as recentes transformações no setor saúde evidenciadas no cenário internacional, destaca-se a crescente participação do setor privado na prestação de serviços de atenção primária à saúde, discutida a seguir.

### *O público e o privado na atenção primária à saúde*

Conforme Almeida (2003) chama atenção, a forma de implementação, os mecanismos e incentivos, os instrumentos de indução e os controles escolhidos para operacionalizar e gerir determinada política, assim como as formas de medir seus resultados, refletem valores e escolhas políticas em momentos específicos, revelando os objetivos estratégicos de diferentes opções. Como visto anteriormente, dentre as mudanças administrativas promovidas pelo movimento de reforma dos anos 1980/1990, houve a introdução de mecanismos tipicamente de mercado, que geraram modificações substanciais na estrutura da administração pública de diferentes sistemas de saúde, por meio da introdução de novas formas de contratação, que impactaram as relações entre o público e o privado, assim como a lógica de organização da oferta de serviços.

No que concerne à atenção primária à saúde, nas últimas décadas tem ocorrido mudanças na definição do seu espaço e papel em diferentes sistemas, incluindo sistemas nacionais de saúde, que expressam também alterações nas relações público-privadas. Embora os interesses do setor privado sejam mais evidentes nos serviços de média e alta complexidade, tem-se observado o aumento crescente de sua participação na prestação de serviços de atenção primária à saúde, nos diferentes tipos de sistemas.

Nos últimos anos, observou-se uma tendência de reorientar a assistência à saúde a partir da ênfase nos cuidados primários, inclusive com apoio da OMS<sup>14</sup>. Na opinião de Atun (2004), tal ênfase se assenta não só em argumentos de eficiência em termos de saúde, mas também econômicos. Para a autora, no bojo das reformas implementadas nesse sentido, houve o crescimento de parcerias público-privadas, outrora não observadas nesse nível de atenção.

Como exemplo emblemático, vale citar as repercussões sobre a atenção primária à saúde da reorganização do sistema de saúde inglês, a partir da reforma dos anos 1990, em reflexo às mudanças no papel do Estado no que diz respeito ao financiamento, prestação e

---

<sup>14</sup> Nos anos 2000, diferentes documentos foram lançados pela OMS com intuito de ressaltar a importância da APS nos sistemas de saúde. Em 2005, a OMS afirma que a APS é um componente chave para alcançar a efetividade dos sistemas de saúde e os compromissos da Declaração do Milênio e posiciona-se a favor da renovação da atenção primária nas Américas. De acordo com o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, o objetivo do processo de renovação da APS é revitalizar a capacidade dos países para articular uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável, que permita melhorar a equidade e enfrentar os problemas de saúde atuais e futuros (OPAS/OMS, 2005). Já em 2008, no ano do 30º aniversário da publicação da declaração de Ama-Ata, o Relatório Mundial da Saúde tem como título “*Primary Health Care: now more than ever*”, revelando a centralidade do tema na agenda da OMS. O documento sugere a reforma da atenção primária, necessária para reorientar os sistemas de saúde.

regulação de serviços de saúde. Vale resgatar que a lógica de organização da assistência do sistema universal de saúde inglês está centrada nos cuidados primários em saúde desde sua criação, em 1948.

As reformas administrativas promovidas nos anos 1990, tanto pelo governo conservador de Thatcher, como pelo governo trabalhista, mantiveram essa lógica, porém foram norteadas pelo princípio de separação entre financiadores e prestadores, o que gerou novas estruturas e alterações no papel dos GPs, que passaram a ter poder decisório na compra de serviços para seus pacientes (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM, 1999).

Cabe mencionar que nesse novo modelo, o financiamento permanece público, contudo uma tendência à privatização é verificada em diversos componentes do NHS, conforme assinalam Giovanella e Stegmüller (2014): incentivo ao uso privado de serviços hospitalares; prestação de serviços de GP por empresas privadas; mudanças nos modelos de gestão e propriedade dos hospitais do NHS; e terceirização do manejo dos fundos com a criação em 2013 dos *CCGs* (*Clinical Commissioning Groups*), organizações locais que substituíram os *PCTs*<sup>15</sup> (*Primary Care Trusts*) na função de contratação de serviços especializados e hospitalares. Roland, Guthrie, e Thomé (2012) chamam atenção para o fato de os *CCGs* passarem a controlar o equivalente a 2/3 do total de gastos do NHS, podendo adquirir serviços de prestadores públicos e privados, sob o argumento de ampliar a competição entre prestadores. Além disso, os autores destacam contradições nesse novo modelo, em parte relacionadas ao novo papel dos GPs e aos possíveis conflitos de interesse entre suas funções de provedor e detentor do orçamento, e em parte associadas à ampliação de novas oportunidades para atuação do setor privado.

Experiências de contratação de prestadores privados na APS, sob justificativas variadas, vem sendo adotadas em diferentes países como Nova Zelândia, Portugal, Itália, Índia, no entanto, os resultados são pouco conclusivos em termos de melhorias do custo e efetividade dos sistemas de saúde (BJUGGREN, 1998; AUSTIN, 2004; SALTMAN, RICO e BOERMA, 2006; RAMAN e BJORKMAN, 2008; TYNKKYNEN, LEHTO e MIETTINEN, 2012).

---

<sup>15</sup> Os *PCTs* foram criados em abril de 2000 com intuito de gerenciar todos os serviços de atenção primária do NHS. Giovanella (2006) destaca algumas das principais finalidades dos *PCTs*, tais como credenciar e comprar serviços especializados e hospitalares, e promover e desenvolver serviços de atenção primária e comunitários. Cabe mencionar que a adesão do GP ao *PCT* não afetava o estatuto de trabalhador independente, visto que o GP permanecia não-assalariado.

Com base nas reformas na atenção primária à saúde de países europeus, Saltman, Rico e Boerma (2006) reforçam a necessidade de mecanismos de regulação para enfrentar os impactos desses novos arranjos, uma vez que essas experiências sugerem a criação de padrões diferenciados de acesso, mesmo em sistemas de caráter universal. Além disso, o reconhecimento de que nas relações entre o setor público e o privado podem ocorrer tensões em virtude das diferenças de valores, papéis e responsabilidades desses dois setores, assim como a possibilidade de interesses privados moldarem o setor público, exigem dos governos a implantação de mecanismos que assegurem que parcerias público-privadas ocorram de forma sustentável economicamente e com resultados positivos no que diz respeito à melhoria da saúde da população (SALTMAN, 2003; AUSTIN, 2004).

Em virtude do peso histórico da participação do setor privado na provisão de serviços de saúde no Brasil e dos diferentes arranjos de financiamento e provisão existentes, optou-se por discutir as particularidades das relações entre o público e privado na atenção primária a saúde no sistema de saúde brasileiro em tópico específico, apresentado a seguir.

## **II.2. Configuração da APS e relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro**

### ***APS no sistema de saúde brasileiro: aspectos históricos, políticos e organizacionais***

Para desenhar a trajetória da atenção primária à saúde no Brasil, faz-se necessário resgatar aspectos históricos que datam do início do século XX. Foi nesse período que no Brasil inicia-se a estruturação e consolidação da rede de serviços voltada para o desenvolvimento das ações atualmente ditas como atenção primária à saúde. Conforme veremos ao longo deste breve resgate histórico, alguns dos princípios organizativos e assistenciais do Programa Saúde da Família, modelo que ao longo das últimas décadas tornou-se hegemônico para a reorientação da atenção primária no país, já estavam presentes desde o surgimento e expansão da rede básica de saúde no Brasil, como apontam Mello e Viana (2010).

O início do século XX é marcado pela organização das ações e serviços de saúde pública no Brasil, cuja ênfase estava no combate às epidemias/endemias e a melhoria da saúde da população. Os primeiros estabelecimentos criados com objetivo de prestar assistência com foco na saúde pública surgiram em 1916, como consequência de acordos com a Fundação Rockefeller (CAMPOS, 2006). Foram construídos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, que passaram a representar uma nova fase de prestação da assistência de forma permanente e a populações definidas (CAMPOS, 1999; MELLO, 2010).

Faria (1995) chama atenção para a forma como se deu a disseminação destes postos no país, e destaca o papel e modo de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil. De acordo com Faria (1995), a Fundação Rockefeller procurou adaptar suas atividades à realidade brasileira e atuou em parceria com a elite médica e sanitária à época, implementando suas ações em sintonia com o governo federal e os governos estaduais. Nesse sentido, áreas urbanas e rurais dos estados mais ricos do país foram privilegiadas em um primeiro momento, em virtude da presença de oligarquias interessadas em desenvolver um sistema de saúde pública que desse conta de seus interesses agrícolas; já nos estados mais pobres, o apoio da Fundação Rockefeller só se efetivou a partir da participação do governo federal (FARIA, 1995).

A experiência acumulada desde a criação dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural embasou a construção de unidades mais complexas, os Centros de Saúde. A partir da década de 1920, a saúde pública brasileira adota os Centros de Saúde distritais como “eixo da

organização sanitária”<sup>16</sup> (MELLO, 2010, p.14). Os primeiros Centros de Saúde foram implantados em 1925, quando em São Paulo foram instalados três estabelecimentos: o Centro de Saúde do Brás, o Centro de Saúde do Bom Retiro e o Centro de Saúde do Instituto de Higiene, este último considerado modelo (CAMPOS, 2006). Esta nova forma de organização tinha como principais defensores os “jovens turcos”, sanitaristas vinculados ao Departamento Nacional de Saúde Pública<sup>17</sup> que defendiam a mudança do modelo assistencial público vigente - baseado na campanha e na polícia sanitária - para um modelo de cunho mais educativo e preventivo, de modo a criar uma “consciência sanitária” dos cidadãos, pois acreditavam que só assim seria possível superar as mazelas sanitárias do país (MERHY e QUEIROZ, 1993; CAMPOS, 2006).

Novos princípios organizacionais e metodologias surgem com a proposta dos Centros de Saúde, sendo os principais a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários e a ação das equipes de enfermeiras visitadoras. Através destas buscava-se conhecer sistematicamente a situação dos domicílios, das famílias e indivíduos, monitorando e traçando o perfil epidemiológico de cada área (CAMPOS, 2007, p. 888).

A partir de 1930, período que corresponde ao primeiro governo de Getúlio Vargas (1930- 1945)<sup>18</sup>, ocorreram mudanças institucionais que estabeleceram um arcabouço jurídico e material que conformariam o sistema de proteção social no Brasil até um período recente (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005). Nesse momento, observou-se a diferenciação das ações de saúde em dois setores: a saúde pública, que desenvolvia ações coletivas voltadas para determinados grupos populacionais, ainda que o acesso a essas ações fosse universal; e a medicina previdenciária, cujo acesso estava atrelado à lógica meritocrática do seguro social, ou seja, vinculado às condições de inserção no mercado de trabalho formal. Vale mencionar que os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), instituições de saúde vinculadas ao sistema de seguro social da época, formaram-se com intuito de atender setores prioritários no desenvolvimento da economia do país (FAUSTO, 2005).

No âmbito da saúde pública, em 1941 ocorreu uma reforma administrativa, implementada pelo então ministro Gustavo Capanema, que implicou a verticalização e centralização das ações de saúde. Neste momento, a política de saúde pública foi definida a

---

<sup>16</sup> Mello e Viana (2010) assinalam que o ideário original do Centro de Saúde foi trazido ao Brasil no início dos anos 1920, por bolsistas da Fundação Rockefeller da Universidade Johns Hopkins, dos EUA.

<sup>17</sup> O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi instituído em 1920, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, no âmbito da Reforma Carlos Chagas.

partir de critérios que privilegiariam uma centralização normativa, acompanhada por uma descentralização executiva, com criação de mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Posteriormente, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) fruto de acordo entre os governos norte-americano e brasileiro. O modelo SESP<sup>19</sup> adotou uma prática mais abrangente, conjugando medicina preventiva e curativa, respaldada em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana através de convênios com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Foram privilegiadas “atividades sanitárias básicas” e a atuação ocorria principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, favorecendo dessa forma as áreas rurais (HOCHMAN e FONSECA, 1999).

Na década seguinte, em meio a disputas políticas e divergência de ideias em relação à sua composição e estrutura, foi criado o Ministério da Saúde, em 1953 (FAUSTO, 2005). Desde os primeiros anos de sua criação até os anos 1980, o Ministério da Saúde foi o gestor das ações de saúde pública no âmbito nacional, baseando a sua atuação em uma concepção mais universalista - embora segundo uma racionalidade programática, tradicional da saúde pública -, enquanto a assistência médica individual curativa ocorria predominantemente no âmbito do sistema previdenciário, sendo o acesso atrelado às condições de inserção formal no mercado de trabalho (MACHADO, 2007).

A dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica foi um dos pontos contestados na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963. Dentre os principais temas debatidos estavam a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos; uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Duas perspectivas se confrontaram nessa Conferência: uma unificadora, estruturada em torno das ideias do “sanitarismo desenvolvimentista”<sup>20</sup>, que apresentava propostas de

---

<sup>18</sup> Mello (2010) ressalta que a idealização dos Centros de Saúde foi fortemente moldada no discurso de desenvolvimento e unidade nacional da Era Vargas.

<sup>19</sup> Em 1960 o SESP foi transformado em Fundação do Ministério da Saúde (FSESP) e assim permaneceu até os anos 1990, quando ocorreu a reforma da política de saúde e a FSESP foi extinta, criando-se a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que fundiu a FSESP e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (FAUSTO, 2005).

<sup>20</sup> Com base em diversos autores, Hochman (2009), assinala que a ideia central do ‘sanitarismo desenvolvimentista’ era a de que a saúde da população dependeria fundamentalmente do grau de desenvolvimento do país e, conseqüentemente, só teriam impacto as ações sanitárias que fossem integradas a um projeto nacional de desenvolvimento (p. 316).

descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra oriunda do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura da previdência social (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Segundo estas autoras, a última perspectiva consolidou-se com a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, durante o regime autoritário.

Oliveira e Teixeira (1989) destacam que a unificação dos institutos se insere na perspectiva de crescente papel do Estado, que passa a se destacar ao garantir as condições de reprodução do capitalismo no nível de dominação autoritária e/ou de árbitro e regulador dos interesses das facções dominantes (p.202).

Nesse contexto, de ênfase na medicina previdenciária, a saúde pública no Brasil fica relegada a segundo plano. Conforme assinalam esses autores, o período é caracterizado pela regulação estatal no mercado de produção e consumo de serviços de saúde, que promove a capitalização da medicina e privilegia o produtor privado destes serviços. Nesse contexto, surge a “medicina de grupo”, a partir de convênio tripartite estabelecido entre o INPS e empresa contratante que recebia deste subsídio para compra de serviços médicos a uma outra empresa especializada (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

Na década de 1970, consolida-se a tendência de contratação de produtos privados de serviços de saúde, sob forma de convênios e credenciamento, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços. Os serviços médicos prestados pelas empresas privadas eram pagos por Unidade de Serviço (US) e esta forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (MELLO, 1977).

Embora a assistência médica estivesse centrada no atendimento hospitalar, observou-se nesse período crescimento proporcionalmente ainda maior do atendimento ambulatorial. Na avaliação de Braga e Paula (1981), o crescimento da assistência ambulatorial não era contraditório com a tendência à capitalização vivida pela assistência à saúde no Brasil, visto que não se tratava mais de uma prática ambulatorial como a do final dos anos 1950 e começo dos anos 1960, mas sim uma prática ligada técnica e economicamente ao hospital e à rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

Esse período é marcado pela expansão e pela crise do modelo médico-previdenciário. Houve expansão em número de leitos disponíveis, aumento da oferta de serviços médico-hospitalares, e foi a época onde a assistência médica financiada pela Previdência Social dispôs do maior orçamento de sua história (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). No entanto, foi também o momento onde a crise econômica se aprofundou, os custos do sistema tornaram-se altíssimos, tanto em razão ao modelo de atenção centrado na assistência médica

individual, quanto em razão da forma de pagamentos aos prestadores através das USs, que eram uma fonte suscetível a fraudes e de difícil controle.

Emergiram, nessa fase, algumas experiências sanitárias locais e regionais introduzidas pelas universidades, com apoio de agências internacionais tais como OPAS, Fundação Kellogg, Rockefeller, Ford, que trouxeram novas bases para o debate sobre o modelo de atenção vigente, indicando a urgência de uma reforma setorial no plano nacional (FAUSTO, 2005). Dentre essas, destacam-se o Centro Médico Social de São José Murialdo, o Programa de Medicina Comunitária de Londrina, a experiência de Campinas, o Projeto Montes Claros, o Projeto de Paulínea, entre outros (FAUSTO, 2005; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nesta mesma época ocorreu a incorporação de propostas de expansão da cobertura assistencial no plano federal, com a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) <sup>21</sup>, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) <sup>22</sup> e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) <sup>23</sup>. Fausto (2005) afirma que isto foi reflexo de um conjunto de fatores, dentre os quais a autora destaca: no plano internacional, a recomendação de organismos como OPAS/OMS e CEPAL para a formulação de políticas de desenvolvimento social fortemente focadas nas populações marginalizadas, desprovidas do acesso aos serviços sociais; a crescente demanda nos serviços de saúde pertencentes ao sistema previdenciário e sua evidente crise financeira; a precariedade e baixa efetividade da rede pública de assistência à saúde; no contexto da distensão política, a formulação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), plano que direcionava as ações do Estado

---

<sup>21</sup> O PPA, expedido e regulamentado em 1974 e 1975, normatizou as condições para expansão de cobertura dos serviços assistenciais e acarretou um aumento sem precedentes na produção de serviços assistenciais (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994). Sua principal resolução foi a desburocratização do atendimento em casos de emergência (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989). Porém, os autores chamam atenção para o fato de a ampliação do atendimento de emergência ter ocorrido nas unidades próprias e conveniadas, estas através de convênios e credenciamento, o que mais uma vez favoreceu o crescimento do setor privado no país.

<sup>22</sup> O PIASS foi elaborado em 1976 pela equipe do setor de saúde do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA) e articulava recursos do Fundo de Apoio Social, que era administrado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Esses recursos financiavam tanto a construção de unidades básicas de saúde quanto os convênios entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social no âmbito federal e as secretarias municipais de saúde, visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Sua área de ação prioritária era a região nordeste, especialmente as localidades que não interessavam as empresas de saúde, e, portanto, não se chocava com setores privatizantes da prática médica e da Previdência Social (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). Certamente o PIASS foi uma política estatal importante, porém, ao privilegiar a implantação nessas áreas, não rompe com a forma de organização dos serviços hegemônica no país e assim novamente o Estado favorece o crescimento das empresas privadas de saúde.

<sup>23</sup> Em 1981 foi formulado o PREV-SAÚDE que tentou imprimir – sem êxito – uma reforma no sistema nacional de saúde a partir da estratégia de universalização dos cuidados básicos de saúde (FAUSTO, 2005).

para o desenvolvimento econômico onde estava implícita a noção de que a área social era parte importante para o alcance das metas de crescimento do país.

Cabe ressaltar que, em 1977, houve uma reorganização institucional dentro do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) com distribuição de atribuições para dois importantes institutos: o Instituto Nacional da Previdência Social, o INPS, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS (CORDEIRO, 1991). Noronha e Levcovitz (1994) destacam que isso acarretou um novo momento de centralização do poder político, que associado ao asfixiamento da capacidade financeira autônoma dos estados e municípios estabelecido pela Emenda Constitucional de 1969, destruiu quase completamente a capacidade de condução descentralizante de políticas sociais pelos níveis subnacionais de governo.

Nesse contexto, eclode uma crise estrutural na Previdência Social, cujo clímax ocorreu entre 1980 e 1983 (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). Uma das medidas adotadas pelo governo federal para combatê-la foi a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Propunha-se que o CONASP deveria reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para a alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar (CORDEIRO, 1991, p. 30).

A partir desse plano foi implementada a política de Ações integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo era alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994). Apesar de todos os problemas em sua implementação, para Escorel, Nascimento e Edler (2005), as AIS significaram avanços consistentes no fortalecimento e expansão da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços.

Outro aspecto importante nesse contexto foi o lançamento de dois programas estratégicos para consolidação da rede de serviços básicos de saúde: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). De acordo com Fausto (2005), as discussões que geraram a reformulação desses programas estabeleceram o início de uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política vigente no Ministério da Saúde e os programas verticais, e passaram a incorporar princípios e diretrizes como a descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, assim como a integralidade e equidade da atenção.

Embora nesse período tenha ocorrido a expansão da rede básica de saúde no setor público, Fausto (2005) ressalta que o tema da atenção primária não teve destaque no debate setorial no país. A autora chama atenção para o fato de que os esforços de construção da agenda de reforma sanitária estavam concentrados na garantia de uma proposta mais ampla que também contemplava a atenção básica, mas não como questão central para a reformulação do sistema de saúde.

O movimento sanitário brasileiro propôs a reorganização do sistema de saúde com participação popular, universalização do acesso e conformação de um sistema de caráter público e descentralizado. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 - considerada um marco no processo da reforma sanitária brasileira - foram pactuados e legitimados os princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde, que posteriormente seriam definidos na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da saúde.

Em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado, e tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O SUDS tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios; num primeiro momento envolvia os estados, mas apontava, a médio prazo, em direção aos municípios (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994; ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). É durante o processo de implementação da proposta do SUDS que se travam na Assembléia Constituinte os debates em torno da elaboração do capítulo da Saúde na nova Constituição (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a chamada “Constituição Cidadã”, que representou um marco na história da saúde pública brasileira, ao introduzir a noção de saúde como direito social, criando o Sistema Único de Saúde, o SUS. Menecucci (2007) ressalta que o texto constitucional refletiu acordos entre diferentes atores, o que gerou ambiguidades, dentre elas a criação de um sistema público universal com abertura para expansão da iniciativa privada no campo da assistência à saúde. A autora afirma que nesse momento ficou fora da agenda a interferência do poder público sobre o setor privado.

Embora a criação do Sistema Único de Saúde tenha sido favorecida pelo processo de redemocratização dos anos 1980, a implantação inicial do SUS nos anos 1990 esbarrou em diversos obstáculos estruturais e conjunturais. Levcovitz, Lima e Machado (2001) destacam alguns desafios à implementação do SUS: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico assistencial privatista. Os autores também acrescentam a repercussão no Brasil da onda

conservadora de reformas no plano político e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais.

O avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil, com ênfase na municipalização, foi a principal característica do início da implementação do SUS. Conforme assinala Bodstein (2002), a esfera municipal, ainda que de modo gradual e negociado, tornou-se a principal responsável pela gestão e pela prestação direta da maioria das ações e serviços de saúde no país. Este processo, de certa forma, impulsionou o debate entre os atores e a expansão da atenção primária à saúde, visando à ampliação do acesso e mudança do modelo de atenção.

A APS passou a ocupar lugar de destaque na agenda federal principalmente após a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que ocorreu em 1993/1994, cujo modelo de atenção proposto era voltado para a proteção e promoção da saúde através da atenção integral e contínua, com enfoque na família. Cabe mencionar que anteriormente ao PSF, houve a implantação, em nível nacional, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>24</sup>, criado em 1991 a partir de experiências locais de práticas com agentes comunitários de saúde.

Conforme assinalam Viana e Dal Poz (1998), a concepção do PSF tinha por objetivo torná-lo instrumento de reorganização do SUS e da municipalização. Os autores ressaltam os diferentes tipos de mudanças na organização do sistema de saúde geradas pelo PSF, que vão desde o modelo de atenção até a forma de financiamento das ações no âmbito da atenção primária, fazendo com que este programa se constituísse em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil (VIANA e DAL POZ, 1998).

Goulart (2002) chama atenção para o fato de que o quadro da saúde no momento da formulação do PSF não era, de forma alguma, favorável ao desenvolvimento das propostas da agenda progressista para o setor saúde. Na avaliação de Souza (2002), além do cenário desfavorável, não houve, concomitantemente ao início da criação do PSF, definições concretas no campo do financiamento e da política de recursos humanos, pilares básicos para o seu desenvolvimento.

Em termos normativos, no período do SUS, a APS ganhou destaque nacional a partir da edição da NOB 96, sendo o ponto de partida da estruturação dos sistemas locais de saúde.

---

<sup>24</sup> O principal objetivo da criação desse programa era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão da cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres. Além disso, a implantação do PACS teve caráter emergencial (combate e controle da epidemia de cólera) e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

É nesta NOB que se tem a mais importante mudança para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde: a alteração no financiamento da atenção primária com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB)<sup>25</sup>. Cabe mencionar que um dos objetivos da criação do PAB era uma maior homogeneidade em nível nacional das ofertas de serviços básicos, uma vez que a implantação deste mecanismo de transferência regular e automática de recursos federais aos municípios dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior (GOULART, 2002; MELAMED e COSTA, 2003).

Conforme destaca Souza (2011), neste período coexistiam dois modelos de atenção básica no SUS: o tradicional e o da saúde da família. Porém, a remuneração diferenciada para o PSF o consagrou como a principal estratégia para reestruturação da atenção básica no SUS. Sua rápida expansão, sob forte indução do Ministério da Saúde, evidenciou problemas e desafios ainda não equacionados no SUS, na medida em que este modelo de atenção, pautado pela integralidade, exige recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema organizado de referências para diversos níveis de complexidade (MACHADO, 2006).

A expansão do PSF não ocorreu de forma homogênea nos municípios brasileiros, revelando que inicialmente o programa não se incorporava ao sistema como estratégia substitutiva. Um dos principais desafios estava na ampliação da cobertura do programa nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, o que gerou uma série de estudos e a formulação de uma proposta: o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF<sup>26</sup>. Para Nascimento e Costa (2009), a implantação do PSF é menor nos grandes centros em razão das peculiaridades existentes nessas regiões. Dentre as principais características dos grandes centros destacadas pelos autores estão: a concentração populacional, a extensão territorial, a fragmentação, a periferização e a própria rede estruturada de atenção à saúde, marcada pela presença prévia de outros modelos já

---

<sup>25</sup> No Brasil, nos anos 1990, optou-se pela utilização do termo atenção básica em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Segundo Fausto (2005), esta opção na época ocorreu em virtude da associação do termo atenção primária ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Heimann e Mendonça (2005), essa denominação teria sido adotada visando à defesa de um modelo de atenção que se diferenciava da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença. Recentemente, as publicações do próprio Ministério da Saúde têm utilizado os termos atenção básica e primária como sinônimos. Nesta tese os termos também são utilizados como sinônimos.

<sup>26</sup> O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde baseada em um acordo de empréstimo internacional entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país (BRASIL, 2003). O Projeto está estruturado em 3 componentes de atuação: componente I - apoio à conversão e expansão da estratégia de Saúde da Família; componente II - desenvolvimento de recursos humanos da estratégia de Saúde da Família; componente III - monitoramento e avaliação. O primeiro componente é dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes, já os demais são voltados para estados e municípios, independente do porte populacional.

configurados de atenção básica e pela forte presença da rede de medicina privada, o que provoca grande tensão no modelo de atenção à saúde diante das distintas racionalidades dos sistemas público e privado.

A ênfase no Programa Saúde da Família e na sua expansão nos grandes centros urbanos persistiram na agenda federal ao longo dos anos 2000<sup>27</sup>, caracterizando-se como elemento de continuidade em relação à política do período anterior. Entre as inovações do período, destacam-se as iniciativas de ampliação dos profissionais atuantes na atenção básica, particularmente nas áreas de saúde bucal e nas contempladas pela proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF<sup>28</sup>. Nesse período, foi possível observar o predomínio de elementos de continuidade na política nacional em relação aos anos 1990, mas também ocorreram mudanças graduais, a exemplo do fortalecimento da articulação intersetorial, de alterações na política de educação permanente e da adoção de inovações importantes (CASTRO e MACHADO, 2012). Não obstante alguns avanços no período, permanecem desafios antigos, como o enfrentamento de maneira efetiva de dilemas histórico-estruturais do sistema de saúde, para que haja a consolidação da atenção básica no país como estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde.

A trajetória de expansão do PSF leva à reflexão sobre alguns aspectos importantes no que diz respeito à configuração da APS no país. Primeiramente, cabe mencionar que a heterogeneidade dos municípios brasileiros, no que diz respeito às desigualdades sociais, regionais e de capacidade de gestão do sistema, trouxe implicações não só para a expansão do programa como para a própria estruturação do sistema de saúde brasileiro. Assim, observa-se a existência de “diversos PSF”, como destacam Souza e Sampaio (2002), que vão desde um programa delimitado, a propostas alternativas e abrangentes em termos da organização da atenção.

Além disso, permanece o desafio de fortalecimento da clínica na atenção prestada no âmbito do PSF. Para Campos (2008), houve uma valorização da prevenção em detrimento da dimensão clínica na atenção básica brasileira. Em trabalho anterior (CAMPOS, 2003), o autor sugere a prática de uma clínica ampliada (clínica do sujeito), que significa a inclusão do sujeito e seu contexto como objeto de conhecimento e de intervenção da clínica, não apenas a enfermidade.

---

<sup>27</sup> A análise da política de atenção primária à saúde no Brasil nos anos 2000 é detalhada em artigo publicado pela autora e sua orientadora na revista *Physis*, que consta na próxima seção da tese.

<sup>28</sup> O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF foi criado através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Outro desafio que interfere na execução do modelo de atenção integral proposto pelo programa diz respeito à integração com os demais níveis de atenção. Dentre as especificidades da trajetória de implementação do SUS, observa-se o destaque tardio da regionalização na política nacional de saúde. Embora a regionalização e hierarquização de serviços de saúde estivessem presentes no projeto de Reforma Sanitária dos anos 1980 e tenham sido contempladas na Lei Orgânica da Saúde 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, na política instituída a partir dos anos 1990 o tema deixou de ser o eixo central em torno do qual se debatia e construía a organização do SUS (KUSCHINIR, 2007). Desde que o SUS foi instituído, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a descentralização com ênfase nos municípios (VIANA et al, 2008).

Impulsionadas pelas mudanças decorrentes do processo de descentralização/municipalização dos anos 1990, importantes transformações no âmbito da APS ocorreram no período. Já no que diz respeito à regionalização, somente nos anos 2000 é possível observar uma retomada do tema ao centro da agenda de diferentes atores setoriais<sup>29</sup>.

Outro desafio que também impõe limites à qualidade da atenção está relacionado à formação e fixação dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, principalmente dos médicos. Ao contrário de outros países que primeiramente efetuaram reformas na formação dos médicos que atuariam como generalistas em um novo modelo de atenção primária, tais como a Espanha e Portugal, no Brasil o processo foi o inverso.

Mello et al (2009) afirmam que o debate em torno da formação do médico generalista sempre teve dificuldades em se fortalecer no país e apontam a falta de orientação para a atenção básica nas políticas de formação como um limitador na expansão do PSF. Em concordância com os autores, Conill (2008) ressalta a necessidade de mudanças culturais e no aparato formador, para que uma prática que não tem tradição nem nas corporações profissionais nem diante da população venha a legitimar-se.

No que concerne à fixação dos profissionais médicos, este é um problema que surgiu logo no início da implantação do programa, nos variados municípios brasileiros, resultando em alta rotatividade. Salários atraentes não foram o suficiente para garantir a permanência desses profissionais, visto que tal fenômeno é fruto de um círculo vicioso, composto por más condições de trabalho, indefinições políticas, insegurança e demanda excessiva, que reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade

---

<sup>29</sup> Viana e Lima (2011) ressaltam que embora a estratégia de regionalização estivesse presente nas diretrizes do SUS, esta é reforçada somente no início dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006.

profissional, conforme destacam Campos et al (2010). Na tentativa de enfrentar esse problema, o Ministério da Saúde lançou em 2013 o programa “Mais Médicos”, que gerou polêmica na sociedade civil e no meio acadêmico, por envolver a contratação temporária de médicos estrangeiros, sem revalidação do diploma, entre as ações para diminuir a carência de médicos nas periferias dos grandes centros e cidades do interior. Apesar do caráter recente do programa, a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014b) sugere impacto positivo do Programa Mais Médicos em relação ao atendimento de portadores de patologias crônicas.

Por último, vale mencionar a questão das relações público-privadas na atenção primária à saúde, que será mais explorada no tópico a seguir. Ressalta-se que é imprescindível o enfrentamento de desafios concernentes às relações público-privadas, entre outros, para a consolidação da APS como porta de entrada do SUS, na perspectiva da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.

### ***O público e o privado na atenção primária à saúde no Brasil***

Conforme visto a partir do breve resgate histórico, o processo de capitalização da medicina no Brasil ocorreu no período anterior à criação do SUS, sob incentivo do Estado, que ofereceu condições propícias para o investimento privado no setor saúde, com o notório privilegiamento da expansão do hospital e do complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). Décadas depois, ao promover a estruturação e reforma na atenção primária à saúde no país, esbarrou-se em um novo cenário com numerosos desafios decorrentes da existência de um sistema público de saúde universal e de um sistema privado em franca expansão.

O avanço do setor privado fora acompanhado do aumento da dependência do setor público em relação ao privado. Tal avanço só foi possível graças à omissão do Estado no que diz respeito à regulação desse mercado. Conforme assinala Bahia (1999), um conjunto de regras extragovernamentais e os subsídios sociais para o financiamento dos planos e seguros fixados por mecanismos legais, foram adequados e suficientes para suportar o crescimento expressivo do mercado de planos e seguros.

Ainda que os interesses privados permaneçam mais evidentes nos serviços de média e alta complexidade, observa-se uma tendência no Brasil de mercantilização neste âmbito de atenção. Um exemplo é a expansão da participação privada tanto na produção quanto na

oferta de vacinas, um espaço até então de hegemonia pública, conforme destaca Temporão (2003).

Com base nas experiências internacionais, observa-se a adoção de duas principais iniciativas voltadas para novas modalidades de gestão e de prestação de serviços de atenção primária: a instituição da competição entre prestadores, públicos e privados, e a privatização, que inclui desde a implementação de co-pagamentos, até a privatização de prestadores de serviços (JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011). No Brasil, no que concerne à atenção primária, não se observa claramente a implementação dessas iniciativas específicas. No entanto, desde o início a implantação do PSF foi marcada pela instituição de parcerias entre o setor público e o privado, respaldadas por numerosas justificativas.

No início da implantação do programa, as parcerias estabelecidas estavam voltadas para a contratação de profissionais de saúde e introduziram estratégias de flexibilização das relações trabalhistas. Inicialmente o argumento era a singularidade do trabalho do agente comunitário de saúde (JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011), porém, posteriormente foi estendido a todos os profissionais que atuavam tanto na gestão quanto na assistência no âmbito do programa.

A flexibilização viabilizou a efetivação de parcerias entre os municípios e uma variedade de instituições – Organizações Não Governamentais, Cooperativas, Associações de Moradores, Fundações de Apoio, Associações Religiosas, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Organizações Sociais e Fundações Estatais, entre outras. Como exemplo emblemático há o Programa Médico de Família de Niterói, projeto pioneiro, cujas diferenças com o modelo oficial (o PSF) eram bastante significativas. Dentre elas, a proximidade e sintonia com o aparelho formador; o apoio externo (assessoria cubana) e principalmente a parceria política e de complementação administrativa com o movimento social, por meio da associação de moradores (GOULART, 2002). Nessa parceria, a Associação de Moradores era responsável pela contratação de profissionais e fiscalização da prestação de serviços.

Dentre as particularidades promovidas pela flexibilização, Seidl et al (2014) destacam a precarização dos vínculos e da regulação das relações de trabalho. Como consequência, ocorre a contratação de profissionais com salários distintos executando as mesmas funções, criando uma multiplicidade de remunerações, vínculos e formas de contratação.

Na fase de expansão do programa para os grandes centros, já nos anos 2000, surgem novas formas de terceirização, com intuito de enfrentar as dificuldades na consolidação do programa nessas localidades, em virtude de suas singularidades. Caetano e Dain (2002)

ressaltam algumas delas: o desequilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas de assistência; a dicotomia entre valores das corporações profissionais de saúde e as necessidades de saúde da população; o conflito entre a assistência médica tradicional e um cuidado mais integral (CAETANO e DAIN, 2002, p. 13). Cabe ressaltar que, ao entrar nos grandes centros e regiões metropolitanas, o PSF deparou-se com uma dinâmica urbana completamente distinta da dos municípios de pequeno e médio porte (BOUSQUAT, COHN e ELIAS, 2005). Mais ainda, encontrou uma rede de atenção à saúde altamente diversificada e especializada, em que a participação do setor privado é bastante significativa. Nesse sentido, as parcerias entre o setor público e o privado surgem como alternativas para garantir flexibilidade e agilidade ao cumprimento da normativa federal referente ao financiamento do PSF.

De acordo com Junior, Nascimento e Costa (2011), as parcerias com entidades privadas viabilizaram, principalmente nos grandes centros urbanos, a contratação de profissionais; o aluguel de imóveis para transformá-los em unidades de atendimento em áreas urbanas irregulares; reformas e adequações de imóveis; aquisição ágil de materiais e equipamentos; realização de capacitações; reposição de profissionais devido à alta rotatividade; incentivo para médicos atuarem nas periferias, entre outros. Apesar das numerosas vantagens apontadas, outros autores afirmam que tais parcerias colocam em xeque os benefícios dessa opção para a gestão pública no que diz respeito à eficiência alocativa (ANDREAZZI e BRAVO, 2014). Além disso, sugerem que este tipo de parceria é uma ameaça às premissas de equidade e universalidade que nortearam a criação do SUS.

O fato é que tem se tornado tendência, principalmente em municípios de grande porte, a terceirização da prestação de serviços por meio da celebração de contratos com Organizações Sociais em Saúde (OS). Pesquisas recentes revelam que cerca de 21,8% dos estados do país e 56,4% dos municípios de grande porte já contrataram OS para prestar serviços de saúde (IBGE, 2014a). O estado de São Paulo foi o pioneiro no país no que concerne à gestão terceirizada de unidades de saúde por meio de OS, com início ainda nos anos 1990. As primeiras experiências foram voltadas para a atenção hospitalar, porém, ainda na década de 1990, houve um caso pontual de implantação do PSF na capital, a cidade de São Paulo, no distrito de Itaquera, por meio do convênio que reuniu o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual e o Hospital Santa Marcelina (CAPISTRANO FILHO, 1999). Apesar do pioneirismo e da vasta experiência, as secretarias estadual e municipal de São Paulo vêm implementando medidas para aperfeiçoar a regulação sobre as entidades parceiras, revelando as dificuldades inerentes a esse modelo de gestão.

A breve introdução exposta teve por objetivo situar o debate a respeito da atenção primária à saúde, com ênfase na dimensão das relações público-privadas. Esta pesquisa pretende contribuir para qualificação do debate a respeito dessas relações na atenção primária à saúde no Brasil, tema até o momento pouco explorado na literatura nacional. Acredita-se que a partir do aprofundamento da temática é possível identificar os limites e as possibilidades de tais relações, e assim contribuir para consolidação da atenção primária à saúde como coordenadora da atenção no SUS. A seguir, serão apresentados os quatro artigos que compõem esta tese, e por último as conclusões da pesquisa.

### **III. Artigos**

#### **Artigo 1 - A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000<sup>30</sup>**

**Ana Luisa Barros de Castro**

**Cristiani Vieira Machado**

#### **Resumo**

Este artigo analisa a condução federal da política de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000, buscando identificar elementos de continuidade e mudança com relação ao período anterior. A pesquisa se baseou no referencial teórico do institucionalismo histórico. A metodologia compreendeu uma diversidade de estratégias: revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de entrevistas com atores-chave da política. Foi possível identificar continuidades e mudanças na condução federal da política nacional de atenção básica no período estudado. A predominância de continuidades, ressaltando-se a persistência da Estratégia Saúde da Família como modelo hegemônico para a reorientação da atenção básica no país, expressa características compatíveis com a concepção de dependência da trajetória. Observaram-se também mudanças incrementais, a exemplo de iniciativas de fortalecimento da articulação intersetorial e inovações importantes, com destaque para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Persistem, no entanto, problemas estruturais no âmbito da atenção básica, cuja superação é importante para viabilizar a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde no país.

Palavras –chave: Atenção Básica à Saúde; Política de Saúde; Programa de Saúde da Família.

---

<sup>30</sup> Artigo publicado na Revista **Physis**, 22 (2): 477-506, 2012.

## *Abstract*

This paper examines the federal policy for primary health care in Brazil from 2003 to 2008, seeking to identify elements of continuity and change in comparison to the previous period. The study was based on the theoretical framework of historical institutionalism. The methodology included a variety of strategies: review of specialized literature; documentary analysis; budget analysis and analysis of secondary data; and conduction of semi-structured interviews with key policy makers. The research identified elements of continuity and change in the federal policy of primary health care during the period on focus. The predominance of continuities, as the persistence of the Family Health Program as a hegemonic strategy suggests path-dependent features. There were also incremental changes, such as the strengthening of intersectoral linkages and some important innovations, especially the creation of the Family Health Support Centers (NASF). However, it is possible to state that primary health care is still affected by structural problems and that overcoming those challenges is a necessary condition in order to produce effective change in the health care model.

Keywords: Primary Health Care, Health Policy, Family Health Program.

## **Introdução**

Nas últimas décadas, a discussão sobre atenção primária à saúde (APS) destacou-se no setor saúde. Diversos autores abordam a APS em uma perspectiva abrangente e a definem como o nível de atenção que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, o que contribuiria para a melhoria dos cuidados em saúde (STARFIELD, 2002; SALTMAN, RICO E BOERMA, 2006).

Porém, a compreensão do termo atenção primária à saúde varia ao longo do tempo nos diferentes contextos políticos e socioeconômicos. O predomínio de uma concepção mais abrangente ou de uma concepção restrita e seletiva se relaciona às particularidades dos sistemas de saúde, implementados sob interesses conflitantes.

No plano internacional, nos anos 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desempenharam papel importante na difusão do conceito de atenção primária à saúde. A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS juntamente com o UNICEF, realizada em 1978 em Alma-Ata é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente. Nesta conferência, a APS foi adotada como estratégia para alcançar a meta Saúde Para Todos no ano 2000, e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (CUETO, 2004).

Porém, nos anos 1980, as agências internacionais passaram a defender diferentes propostas. Enquanto a OMS manteve seu posicionamento a favor da APS abrangente, o UNICEF adotou uma concepção mais seletiva. Nos anos 1990, o Banco Mundial destacou-se na difusão de propostas de reformas dos sistemas de saúde baseadas na focalização e na adoção de “cestas básicas” de serviços (MATTOS, 2001). O cenário de crise econômica e a emergência dos governos neoliberais favoreceram a disseminação deste discurso seletivo, principalmente para países pobres (CUETO, 2004).

As reformas dos sistemas de saúde dos anos 1980/90 revelaram que a APS assumiu características distintas nos países europeus e latino-americanos. Em países europeus, em geral, o termo atenção primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. Já nos países periféricos, com frequência o termo corresponde a programas seletivos, dirigidos a populações pobres (GIOVANELLA, 2006). Embora nas reformas latino-americanas tenham prevalecido propostas de APS seletiva, recentemente observou-se um movimento de resgate de uma concepção abrangente de APS (OPAS/OMS, 2005).

No Brasil, nos anos 1990, optou-se pela utilização do termo atenção básica (AB) em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Segundo Fausto (2005), esta

opção na época ocorreu em virtude da associação do termo atenção primária ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Heimann e Mendonça (2005), essa denominação teria sido adotada visando à defesa de um modelo de atenção que se diferenciava da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

Há ainda autores que analisam a atenção básica à luz dos princípios do SUS, particularmente da integralidade (PINHEIRO *et al*, 2008). Essa abordagem tem se mostrado promissora para a compreensão das concepções de atenção básica vigentes e avaliação do cuidado nos distintos contextos.

Este artigo enfoca a condução federal da política de atenção básica no Brasil de 2003 a 2010, analisando continuidades e mudanças em relação à década anterior. Inicialmente faz-se uma breve discussão da trajetória da atenção básica no início da implantação do SUS até 2002, visando resgatar elementos que influenciam a configuração atual da política. Em seguida, apresentam-se a metodologia e os resultados da pesquisa. Por fim, discutem-se alguns desafios para a consolidação dessa política no Brasil.

## **A atenção básica e o SUS**

As ações atualmente designadas como atenção básica possuem longa trajetória histórica, caracterizada por diferentes fases de inserção na política de saúde brasileira (FAUSTO, 2005). Entretanto, a partir da Constituição de 1988 e da criação do SUS, observam-se mudanças profundas no que diz respeito à atenção básica no Brasil.

O movimento sanitário brasileiro dos anos 1980 propôs a reorganização do sistema de saúde com participação popular, universalização do acesso e conformação de um sistema público, descentralizado, com mudanças no modelo assistencial, a partir de uma concepção ampliada de saúde e da afirmação do binômio saúde e democracia (PAIM, 1997).

Nesse período, a atenção básica não teve destaque no debate do movimento sanitário no país, ainda que as ações básicas de saúde tenham se expandido. Fausto (2005) aponta que os esforços de construção da agenda reformista estavam concentrados na garantia de uma proposta ampla, que contemplava a mudança do modelo de atenção, mas não enfatizava a atenção básica, em parte devido ao contexto adverso das reformas internacionais.

Somente na década seguinte a atenção básica passa a ocupar papel de destaque na agenda setorial, favorecida pelo avanço da descentralização e pela criação do Programa Saúde

da Família - PSF em 1994, inspirado em experiências locais similares e precedido pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS (FAUSTO, 2005).

A criação do PSF evidenciou uma nova aliança na política de saúde, com participação de vários atores: gestores locais, técnicos do Comunidade Solidária e do UNICEF e associações comunitárias (VIANA E DAL POZ, 1998). A tríade de apoio político constituída – comunidade, municípios e Ministério da Saúde – favoreceu a entrada do programa na agenda federal. Seu caráter inovador e o foco na família tornaram-no atrativo como marco de governo, o que contribuiu para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 1990, quando foram definidas as bases da política de atenção básica no SUS, centradas no PSF. Em termos normativos, a NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) marca a adoção do PSF como estratégia prioritária para fortalecimento da atenção básica no país, o que foi sedimentado por regras posteriores.

As mudanças geradas pelo PSF desde sua criação - no modelo de atenção, na organização do sistema e nas modalidades de alocação dos recursos - fizeram com que este se constituísse em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil (VIANA E DAL POZ, 1998).

A rápida expansão do programa, sob indução federal, favoreceu a ampliação do acesso às ações de saúde. Porém, evidenciou problemas do SUS não equacionados, na medida em que o modelo de atenção proposto exigia recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema de referências para diversos níveis de complexidade. Ao final de 2002, a preocupação com a qualidade da assistência e a garantia da integralidade ganhou destaque no debate setorial.

O início de uma nova conjuntura política nacional em 2003, representada pela eleição de Lula à presidência da república, após 15 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, estimulou a reflexão sobre avanços, limites e perspectivas do sistema de saúde brasileiro.

No que diz respeito à política nacional de atenção básica, cabe questionar: o PSF ocupou lugar de destaque na agenda federal entre 2003 e 2010, como no governo anterior? Que concepção sobre a atenção básica predominou na política nacional e que estratégias foram adotadas pelo Ministério da Saúde no período?

A partir dessas questões, o estudo buscou compreender a inserção na agenda e as características da política federal de atenção básica entre 2003 e 2010, com ênfase na identificação de continuidades e mudanças em relação à década anterior.

## Metodologia

Parte-se do referencial do institucionalismo histórico, que valoriza o papel das instituições na mediação entre estruturas sociais e comportamentos individuais (STEINMO, THELEN E LONGSTRETH, 1992).

Uma concepção importante trazida por esta abordagem é a de causalidade dependente da trajetória percorrida (*path-dependence*). Em que pese a variedade de interpretações e usos do conceito, ele em geral se refere a processos envolvendo retroalimentação positiva e retornos progressivos, nos quais a sequência dos acontecimentos influencia as possibilidades de desfechos (PIERSON, 2004).

No presente estudo, duas propriedades desses processos foram consideradas. A primeira é que os custos de mudanças, em certos contextos, aumentam ao longo do tempo. A segunda refere-se à temporalidade e sequência, uma vez que eventos ocorridos anteriormente influenciam a trajetória de decisões políticas e seus desfechos.

Se a literatura sobre *path-dependence* ajuda a explicar os elementos de continuidade na política, trabalhos recentes enfocam as dinâmicas de mudança institucional, que podem se relacionar a conjunturas críticas ou a alterações graduais, de diversos tipos (MAHONEY E THELEN, 2010). A proposta dos autores de uma análise mais integrada dos elementos de persistência e de mudança institucional contribuiu para a identificação da presença e do tipo das mudanças nas regras da política de atenção básica no período estudado.

Com base no referencial teórico-metodológico, foram definidas três categorias de análise. A primeira, “*inserção da atenção básica na agenda federal da saúde*”, partiu da definição de Kingdon (1995), segundo a qual agenda configura uma lista de temas ou problemas que, em dado momento, atraem a atenção de governantes e de indivíduos a eles associados.

A segunda categoria de análise, “*concepções e estratégias de atenção básica*”, se relaciona ao conteúdo da política no âmbito nacional, particularmente ao conceito de atenção básica enunciado no desenho da política e às principais estratégias federais. Nesse sentido, esta categoria visa à compreensão da forma como a atenção básica é interpretada e a política conduzida na esfera federal.

A última categoria, “*continuidades e mudanças na política*”, é transversal às demais. A partir das contribuições do institucionalismo histórico e dos resultados empíricos relativos à inserção na agenda e ao conteúdo da política, buscou-se identificar e analisar as continuidades e mudanças na condução federal da política de atenção básica no período estudado.

A pesquisa envolveu diversas estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de entrevistas semi-estruturadas.

A análise documental considerou os principais documentos federais da saúde e 608 portarias ministeriais referentes à atenção básica. Analisaram-se também atas das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do período, visando identificar questões relativas à atenção básica debatidas nessas instâncias.

Já a análise de dados secundários foi feita a partir dos sistemas de informações oficiais do SUS e dos dados disponíveis na página oficial do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB). A análise do financiamento considerou o peso da atenção básica no orçamento do Ministério da Saúde e as estratégias que repercutiram nas transferências federais. Nesse sentido, foram consultadas duas fontes: o Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público - Siga Brasil; e a base de dados de recursos federais do SUS.

Foram realizadas ainda sete entrevistas semi-estruturadas com atores-chave selecionados a partir dos critérios cargo/função ocupada, poder institucional e tempo de atuação na política de atenção básica (quatro dirigentes federais do DAB, um técnico federal e dois assessores dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 183/07).

## **Resultados**

### **A atenção básica na agenda federal**

A política de atenção básica em saúde teve expressivo destaque na agenda federal no período de 2003 a 2010, assim como no governo anterior.

O primeiro indicativo disso é a *presença do tema nos principais documentos oficiais*, que enfatizam a importância da atenção básica para a mudança do modelo de atenção e a efetivação do acesso universal e integral no SUS. O destaque no Plano Plurianual – PPA (BRASIL, 2003a) e no Plano de Metas 2003 (BRASIL, 2003b), dava indícios a respeito dos rumos da política nos anos subsequentes e da compreensão do gestor federal sobre o papel da atenção básica no sistema. A valorização dessa política na agenda federal pode ser vista também mediante a inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida e a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

No plano “Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011” (BRASIL, 2008), que se inseria na política de desenvolvimento do governo Lula e partia da afirmação da saúde como uma área que vincula o crescimento econômico ao social, a atenção básica correspondia a aproximadamente 13% das metas setoriais.

O segundo aspecto que endossa o destaque conferido à atenção básica concerne à *ênfase da política na fala dos entrevistados*. Houve unanimidade quanto à persistência dessa política na agenda de prioridades do Ministério da Saúde no período. Para corroborar tal afirmativa, foram mencionados os seguintes fatos: a presença do tema nas metas do PPA; o acompanhamento das metas de expansão da atenção básica e do PSF pela Casa Civil; e o crescimento do aporte de recursos para a área.

O terceiro aspecto refere-se à *presença intensa do tema da atenção básica nas reuniões da CIT e nas reuniões do CNS*, instâncias fundamentais para a formulação nacional da política de saúde. Conforme resume a Tabela 1, no período o debate sobre a atenção básica foi mais frequente e diversificado na CIT, o que parece relacionado à composição e ao papel dessa instância, visto que os gestores das três esferas buscaram detalhar aspectos operacionais das propostas federais, em várias rodadas de negociação. Quanto ao fluxo decisório, muitas propostas foram encaminhadas ao CNS para apreciação preliminar e principalmente para aprovação final, após acordos na CIT. Observou-se, no entanto, que as questões mais estratégicas da política de atenção básica foram debatidas no CNS, inclusive com vetos a propostas ministeriais.

**Tabela 1 – Frequência e principais temas relativos à atenção básica debatidos nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2003 a 2010.**

| <b>Ano</b> | <b>CIT</b>  | <b>CNS</b>   |
|------------|---|--|
| 2003       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 77,7%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pacto de indicadores da Atenção Básica;</li> <li>○ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>○ Critérios de avaliação da atenção para fins de habilitação em GPAB-A;</li> <li>○ PROESF;</li> <li>○ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>○ Saúde Bucal;</li> <li>○ Qualificação e profissionalização dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de vigilância em saúde.</li> </ul> </li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 13,3%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reorganização da atenção básica;</li> <li>○ PROESF.</li> </ul> </li> </ul>   |
| 2004       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 88,8%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PROESF;</li> <li>○ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>○ Saúde Bucal;</li> <li>○ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>○ Equipe em transição para o Saúde da Família;</li> <li>○ Regulamentação do trabalho de médicos da equipe de saúde da família em Hospitais de Pequeno Porte;</li> <li>○ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>○ Implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das ações básicas de saúde do SUS;</li> <li>○ Núcleos de Saúde Integral.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 23,1%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Saúde Bucal;</li> <li>○ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>○ Equipe em transição para a Saúde da Família;</li> <li>○ Política nacional de saúde indígena.</li> </ul> </li> </ul>                                  |
| 2005       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 55,5%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>○ Núcleos de Saúde Integral;</li> <li>○ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>○ PROESF;</li> <li>○ Acompanhamento das condicionalidades para a Bolsa Família no âmbito da saúde.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 50,0%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipe em transição para o Saúde da Família;</li> <li>○ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>○ Núcleos de Saúde Integral;</li> <li>○ Política de medicina natural e práticas complementares.</li> </ul> </li> </ul> |
| 2006       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 63,6%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PROESF;</li> <li>○ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>○ Mudança na modalidade de financiamento para as ações de alimentação e nutrição;</li> <li>○ Pró-Saúde e Telessaúde;</li> <li>○ Concurso público estadual de base local para as equipes de PSF;</li> <li>○ Indicadores da Atenção Básica;</li> <li>○ Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES;</li> <li>○ Diretrizes Nacionais para elaboração de editais de seleção pública de Agente Comunitário de Saúde.</li> </ul> </li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 45,4%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>○ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>○ Saúde Bucal;</li> <li>○ Pró-Saúde e Telessaúde.</li> </ul> </li> </ul>                                |

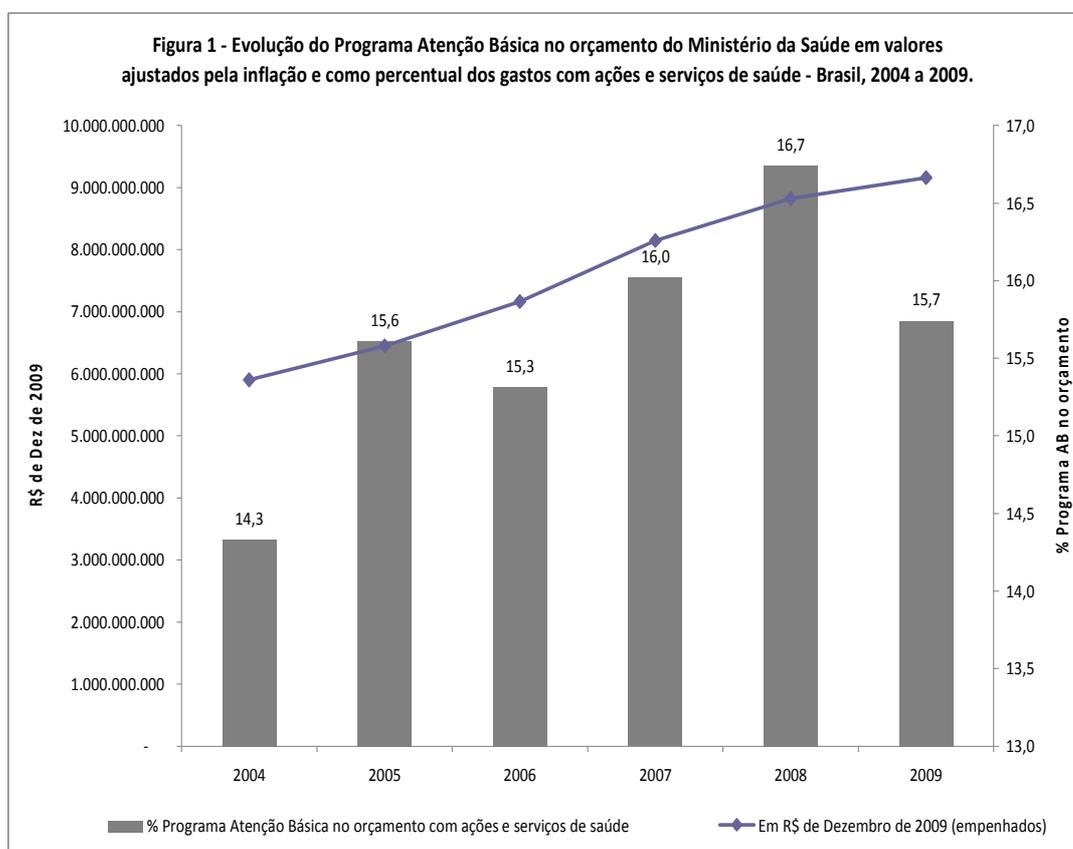
|      |  |   |
|------|--|---|
| 2007 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 66,6%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cadastro Nacional das equipes do PSF e PACS no CNES;</li> <li>○ Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família;</li> <li>○ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>○ Assistência Farmacêutica Básica.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 14,2%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Residência multiprofissional;</li> <li>○ Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</li> </ul> </li> </ul>  |
| 2008 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 30,0%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>○ Núcleo de Apoio à Saúde da Família;</li> <li>○ Programa Saúde na Escola;</li> <li>○ Acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 13,3%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Núcleo de Apoio à Saúde da Família;</li> <li>○ Reajuste do PAB-fixo.</li> </ul> </li> </ul>   |
| 2009 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 58,3%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Política Nacional de Alimentação e Nutrição;</li> <li>○ Repasse do PAB fixo, variável e do financiamento específico para a construção das UBS do Saúde da Família;</li> <li>○ Política Nacional de Promoção da Saúde;</li> <li>○ Assistência Farmacêutica na Atenção Básica;</li> <li>○ Implantação do Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família;</li> <li>○ Investimento na Atenção Básica como componente da Atenção Integral às Urgências.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 7,14%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Inclusão do tema hanseníase na capacitação das Equipes de Saúde da Família.</i></li> </ul> </li> </ul>   |
| 2010 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 60,0%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Incorporação de Agente de Combate de Endemias na Atenção Primária à Saúde;</li> <li>○ Enfrentamento da Influenza Pandêmica;</li> <li>○ Definição de critérios diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul;</li> <li>○ Política Nacional de Alimentação e Nutrição;</li> <li>○ Acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família;</li> <li>○ Saúde Bucal;</li> <li>○ Carreira especial no âmbito do SUS para profissionais de saúde da atenção básica em áreas de difícil acesso e/ou provimento;</li> <li>○ Programa Saúde na Escola.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Proporção de reuniões que debateram temas referentes à atenção básica: 43,75%</i></li> <li>▪ <i>Principais temas debatidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Seminário Nacional sobre o Sistema da Atenção Básica;</i></li> <li>○ <i>Política Nacional de Saúde Bucal;</i></li> <li>○ <i>Estruturação da Atenção Básica;</i></li> <li>○ <i>Assistência Farmacêutica Básica.</i></li> </ul> </li> </ul> |

Fonte: Elaboração própria, a partir das atas e resumos executivos das reuniões da CIT e do CNS.

O quarto aspecto está relacionado ao *financiamento desta política*. Esforços foram feitos para correção do valor do Piso de Atenção Básica-PAB-fixo, apesar das dificuldades para manter aumentos sistemáticos. Houve inovações associadas à agenda social do novo governo de combate às desigualdades regionais e inclusão de populações especiais, tais como quilombolas, assentados e indígenas, até então pouco consideradas pelas regras do SUS. Pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS. A utilização destes indicadores está associada à busca da equidade, uma das atribuições da esfera federal em um país federativo e desigual como o Brasil.

Outra mudança na estrutura do financiamento ocorreu por meio da regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica, criado em 2007, em decorrência do Pacto de Gestão.

Observa-se que o valor da execução orçamentária do Ministério da Saúde com o Programa Atenção Básica apresentou tendência ascendente no período, embora o peso desse programa no orçamento tenha diminuído em 2009, em relação aos dois anos anteriores (Figura 1).



O quinto e último aspecto refere-se ao *caráter transversal e às inovações geradas por esta política*, que se constituiu como objeto de vários setores. Cabe ressaltar as mudanças na estrutura regimental do Ministério da Saúde em 2003, com a criação das secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – voltadas para intervenção nas áreas de insumos e de recursos humanos - e a unificação da Secretaria de Assistência à Saúde com a de Políticas de Saúde, visando à coordenação de políticas no campo da atenção.

A atuação da SGTES envolveu a proposição de novas diretrizes para a educação permanente em saúde e incentivos à regularização das relações de trabalho no SUS, com ênfase na atenção básica. Por exemplo, programas voltados para mudanças curriculares e de formação nos serviços de saúde, propostos em parceria com o Ministério da Educação – como os de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró- Saúde) e de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) - se orientaram principalmente para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

### **Concepções e estratégias da atenção básica**

A visão a respeito do papel da atenção básica nos sistemas de saúde adotada pela nova gestão foi a mesma predominante no final dos anos 1990. Esta foi explicitada com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) e está em consonância com o referencial trazido por Starfield (2002), bastante citado nas entrevistas.

A concepção abrangente apresentada nesse documento valoriza a dimensão preventiva e a clínica, sendo a atenção básica compreendida como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p.10)”.

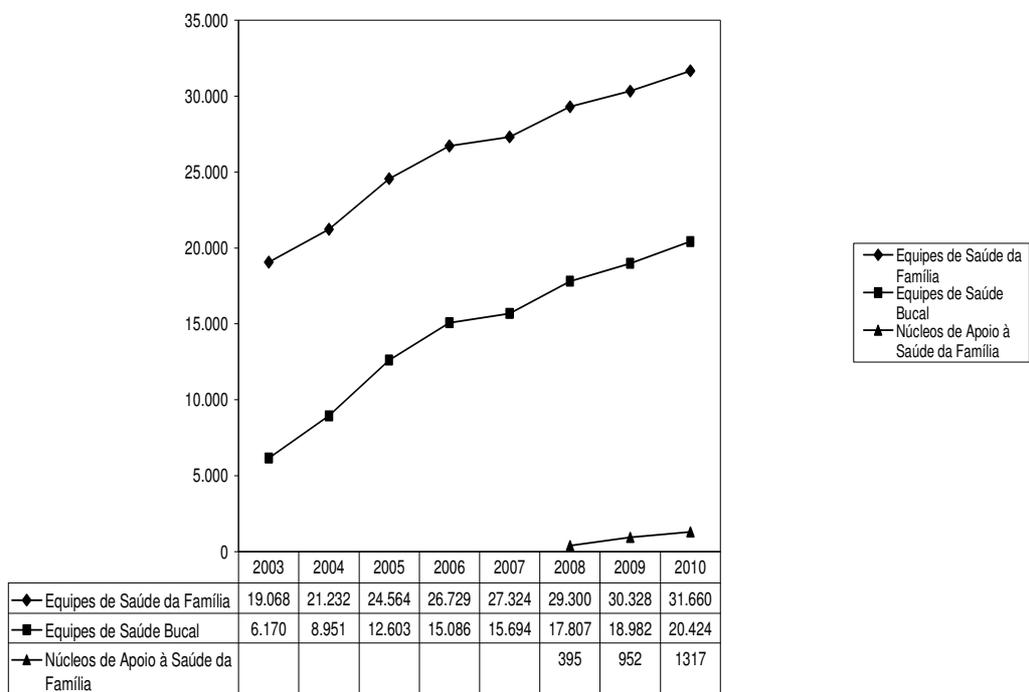
Sobre o significado dos termos atenção básica e atenção primária, vários entrevistados afirmaram que atualmente os utilizam como sinônimos, embora assumam que nos anos 1990

a distinção entre eles foi necessária. Todos enfatizaram que a concepção de atenção básica que norteia a política brasileira é abrangente e vincula-se aos princípios do SUS.

O Programa Saúde da Família persistiu como eixo central para organização da atenção básica no país e passou a ser chamada de estratégia, para diferenciá-lo da ideia de programa (SAMPAIO, 2008). Permaneceu a ênfase no caráter substitutivo e a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde. Para Teixeira e Paim (2005), os esforços visando à mudança no modelo de atenção no SUS a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização, como a ESF, poderiam ser considerados um “marcador” da vontade política no novo governo.

Embora metas anunciadas não tenham sido alcançadas, houve ampliação significativa e contínua da ESF, com crescimento de 43,8% no número de equipes implantadas. A proporção da população abrangida pela estratégia passou de 32,9% em 2002 para 52,2% em 2010. Em 2005, o montante de transferências relativas ao PSF ultrapassou o do PAB-fixo, expressando a rápida expansão do programa, sob indução federal (CASTRO E MACHADO, 2010). Também houve expansão expressiva de estratégias associadas, como as Equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (Figura 2).

**Figura 2 - Evolução do número de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados. Brasil, 2003-2010.**



No que concerne às demais estratégias de atenção básica, enfatizou-se o fortalecimento da articulação intra e intersetorial. Observaram-se parcerias com o Ministério da Educação, visando à qualificação de profissionais da ESF. Destaque-se ainda a inserção da ESF em macro políticas do governo federal, como o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e nos Territórios da Cidadania. Além disso, a implementação da agenda social federal para grupos vulneráveis impôs demandas ao Ministério da Saúde, cuja contribuição se deu por meio da atenção básica, com extensão da cobertura ou criação de incentivos financeiros específicos.

Embora haja evidências do destaque do tema no período estudado, foi possível identificar a configuração de dois momentos que marcam a inserção da política de atenção básica nesse governo. O primeiro, 2003-2005, é caracterizado pela presença de visões distintas no interior do Ministério da Saúde com relação ao modelo de atenção básica, incluindo certo questionamento da ESF como modelo único para reorganização da atenção básica. O segundo momento, 2006-2010, é caracterizado pela reafirmação da centralidade da ESF na política nacional de atenção básica.

Entre 2003 e 2005, houve debates relacionados a propostas de mudanças do modelo de atenção básica em voga desde 1994. Alguns dirigentes reconheciam a importância de rediscutir a organização da ESF, em virtude da realidade nos serviços ser distinta da idealizada, e defendiam a flexibilização de diretrizes para que a estratégia se aproximasse das diferentes realidades dos municípios brasileiros. Os pontos de tensão no debate se referiam a três questões principais: a ESF como modelo único ou a possibilidade de indução de outros modelos de atenção básica; a flexibilização da ESF, no que diz respeito à composição da equipe e carga horária dos profissionais; o enfrentamento de limitações no modelo de atenção proposto.

Em documentos oficiais do período (BRASIL, 2005; 2006b), registram-se posições favoráveis a experiências com modelos variados de atenção básica. No entanto, esses mesmos documentos recomendam que tais experiências incorporem os princípios da ESF de territorialização, adscrição de clientela e estabelecimento de vínculo, sugerindo a existência de distintos projetos para a atenção básica naquele momento, o que levou ao estabelecimento de consensos em bases genéricas. Tal questão também foi apontada nas entrevistas.

As propostas debatidas nesse período foram as de “Equipes em transição para a Estratégia Saúde da Família” e “Equipes Matriciais”. A primeira tinha como objetivo induzir a transição para a ESF a partir da rede existente, que contava com profissionais de diferentes

especialidades. Já a segunda visava a resolutividade no âmbito da atenção básica de questões referentes à saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares.

Em meados de 2005, com a mudança da gestão ministerial e de vários dirigentes, a presença de projetos distintos para a atenção básica é atenuada. Ainda que em meio a questionamentos e visões distintas, o modelo do PSF configurado em 1994/1995 se reafirmou como a estratégia prioritária para a atenção básica a ser induzida e apoiada pelo gestor federal.

Essa opção política foi evidenciada em 2008 com a criação dos NASF, a serem compostos por diferentes profissionais de saúde com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. A criação do NASF resultou de um debate que já vinha sendo feito no Ministério e nas reuniões da CIT e do CNS desde 2004, porém a proposta original denominava-se Núcleo de Saúde Integral. A tabela 2 caracteriza as duas propostas.

**Tabela 2 - Quadro comparativo entre a proposta do Núcleo de Saúde Integral e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

| <b>Principais aspectos</b>      | <b>Núcleo de Saúde Integral (2004)</b>   | <b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)</b>  |
|---------------------------------|--|---|
| <b>Objetivos</b>                | Qualificar Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações;<br>Ampliar o acesso às ações de Atividade Física, Saúde Mental, Reabilitação, Alimentação e Nutrição e Serviço Social;<br>Ampliar a implementação de práticas que contribuem para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto-cuidado;<br>Promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania. | Ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.   |
| <b>Modalidades</b>              | Alimentação e Nutrição;<br>Atividade Física;<br>Reabilitação;<br>Saúde Mental;<br>Serviço Social.  | NASF 1<br>NASF 2  |
| <b>Atribuições do município</b> | Elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos;<br>Garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades;<br>Estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade;<br>Integrar os Núcleos ao sistema de saúde local.   | Definir a composição dos NASFs, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações;<br>Definir o território de cada NASF;<br>Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF;<br>Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF.<br>Selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;<br>Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;<br>Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF;<br>Realizar avaliação de cada NASF;<br>Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais de cada NASF;<br>Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF. |
| <b>Atribuições do estado</b>    | Contribuir para a implementação da proposta apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos.   | Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1;<br>Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASFs,;<br>Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização;<br>Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASFs;  |
| <b>Financiamento</b>            | O valor do incentivo irá variar de acordo com a composição dos núcleos, atendendo às   | Incentivo federal de Implantação:<br>NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00   |

necessidades específicas de cada município; NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00  
Ao implantar as demais modalidades, os Incentivo federal de custeio:  
municípios passarão a receber o incentivo NASF 1: o valor de 20.000,00  
integral; NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00  
Incentivo federal de Implantação:  
Incentivo por modalidade de ação: R\$  
1.000,00  
Incentivo por Núcleo com três modalidades:  
R\$ 3.000,00.  
Incentivo federal de custeio:  
Implantação por modalidade, composição  
mínima de 2 profissionais:  
Reabilitação – R\$ 1.500,00  
Saúde Mental – R\$ 1.500,00  
Atividade Física e Saúde 1- R\$ 1.200,00  
Atividade Física e Saúde 2 - R\$ 1.900,00  
Implantação do Núcleo com três  
modalidades, equipe mínima de 5  
profissionais: R\$: 5.400,00

Fonte: Elaboração própria a partir do anexo Núcleo de Saúde Integral disponível na página da *internet* Descentralização online <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates.cfm> e da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Nota: Na reunião da CIT de 21/06/2007 a proposta de Núcleo de Saúde Integral é modificada, e passa a ser denominada Núcleo de Atenção Integral, alegando que com a nova proposta, os municípios teriam mais flexibilidade para adequar a composição de suas equipes às realidades de cada localidade. Em agosto surge a proposta dos NASFs.

O NASF representa uma iniciativa de enfrentamento de antigas questões. A primeira delas refere-se à ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica, visto que grande parte dos problemas de saúde ainda não tem sido solucionada nesse nível de atenção. Na prática, principalmente nos grandes centros, muitas vezes a entrada no sistema de saúde ocorre pelas emergências e Pronto Atendimentos. Isso se deve a diferentes fatores, entretanto permanece o desafio de garantir a efetividade e resolutividade das ações desenvolvidas na atenção básica.

Outra questão relacionada à anterior, diz respeito aos profissionais que atuam na atenção básica. A inclusão das especialidades médicas básicas e de outros profissionais de saúde era uma reivindicação das diferentes categorias profissionais, por motivos que vão desde a preocupação com a atenção integral, até aspirações de cunho corporativista. No entanto, ainda que o Ministério da Saúde reconhecesse a necessidade de ampliar a equipe multiprofissional atuante na atenção básica, não se admitia a incorporação de outros profissionais na equipe mínima, cujo modelo era a Estratégia Saúde da Família, apoiada na ideia da porta de entrada constituída por médico generalista exercendo a função de filtro para acesso aos serviços especializados. Cabe destacar que a função filtro de um médico depende de sua formação, mas também de um processo de educação continuada e da disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos que lhe permita intervir em problemas concretos (CAMPOS, 2005).

O fato é que o NASF foi uma inovação importante, que afirmou a ESF nos moldes originais como porta de entrada do sistema, abriu espaço para a incorporação de outros profissionais na lógica de apoio matricial e contou com rápida adesão municipal em vários estados desde o primeiro ano de implantação.

Em suma, foi possível identificar elementos de continuidade e mudança na condução federal da política nacional de atenção básica no período estudado. A ênfase na Saúde da Família representou a principal continuidade com o modelo anterior de condução desta política, embora tenha havido um momento de questionamento do modelo como estratégia única para reorganização da atenção básica no SUS. A ESF se reafirmou como uma política de elevado grau de institucionalidade, perpassando sucessivas gestões federais e gerando mudanças em várias áreas da política. A tabela 3 caracteriza os dois momentos identificados na política de atenção básica na esfera federal entre 2003 e 2010.

**Tabela 3 – Configuração dos diferentes momentos que marcam a inserção da política nacional de atenção básica à saúde na esfera federal. Brasil, 2003 a 2010.**

| <b>Período</b>  | <b>Momento de questionamento do modelo de atenção básica 2003 – 2005</b>   | <b>Momento de reafirmação do modelo centrado no PSF 2005 – 2010</b>  |
|---|--|--|
| <b>Dirigentes</b>   | <p>Até 11/07/2005</p> <p><b>Ministro da Saúde:</b> Humberto Costa<br/> <b>Secretário Executivo:</b> Gastão Wagner de Sousa Campos/<br/> Antônio Alves<br/> <b>Secretário de Atenção à Saúde:</b><br/> Jorge Solla<br/> <b>Diretor (a) do DAB:</b><br/> Afra Suassuna</p>   | <p>De 11/07/2005 até 31/03/2006:<br/> <b>Ministro da Saúde:</b> José Saraiva<br/> <b>Secretário Executivo:</b> José Agenor Álvares da Silva<br/> <b>Secretário de Atenção à Saúde:</b><br/> José Gomes Temporão<br/> <b>Diretor (a) do DAB:</b> Luis Fernando Sampaio</p> <p>De 31/03/2006 a 16/03/2007:</p> <p><b>Ministro da Saúde:</b> José Agenor Álvares da Silva<br/> <b>Secretário Executivo:</b> Jarbas Barbosa/ Paulo Curi<br/> <b>Secretário de Atenção à Saúde:</b> José Gomes Temporão<br/> <b>Diretor (a) do DAB:</b> Luis Fernando Sampaio</p> <p>A partir de 16/03/2007:</p> <p><b>Ministro da Saúde:</b> José Gomes Temporão<br/> <b>Secretário Executivo:</b> Márcia Bassit<br/> <b>Secretário de Atenção à Saúde:</b> José Carvalho de Noronha/ Alberto Beltrame<br/> <b>Diretor (a) do DAB:</b> Luis Fernando Sampaio/ Claunara Schiling Mendonça</p> |
| <b>Principais documentos orientadores da política</b>                     | <p>Plano Plurianual – Saúde (2003)<br/> Plano de Metas 2003 (2003)<br/> Plano Nacional de Saúde (2005)</p>   | <p>Pacto pela Saúde (2006)<br/> Política Nacional de Atenção Básica –PNAB (2006)<br/> Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011 (2007)<br/> Oficina de Qualificação do NASF (2010)</p>   |
| <b>Mudanças organizacionais relevantes para a APS</b>                     | <p>Criação de quatro secretarias (SCTIE, SGTES, SVS, SGEP) e a reorganização de duas (SAS e SE);<br/> Extinção da SPS e transferência do DAB para a nova SAS</p>   | <p>Debates sobre a criação de uma “Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde” na estrutura do Ministério, mas a proposta não se concretiza.</p>   |
| <b>Concepção de APS</b>   | <p>Nível de atenção (porta de entrada) estruturante do sistema, caracterizado por um conjunto de atributos, explicitados no referencial teórico proposto por Starfield (2002)</p>  | <p>Mesma concepção adotada no período anterior, entretanto, quando a PNAB é publicada, ocorre o detalhamento dos princípios norteadores e fundamentos da atenção básica</p>  |
| <b>Principais estratégias</b>   | <p>Reajuste dos principais incentivos de atenção básica;<br/> Ampliação do escopo das ações no âmbito da atenção básica, com destaque para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos;<br/> Integração da atenção básica com os demais níveis de atenção e áreas do ministério;<br/> Expansão da Saúde bucal;<br/> Articulação com as áreas de saúde mental e vigilância em saúde;<br/> PROESF;<br/> Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação.</p>   | <p>Continuidade de estratégias anteriores.<br/> Iniciativas em parceria com o Ministério da Educação voltadas para a reorientação da formação dos profissionais de saúde;<br/> Incorporação de novos profissionais à estratégia de Saúde da Família com a criação dos NASFs</p>  |
| <b>Macro políticas do governo federal com as quais a APS se relaciona</b> | <p>Bolsa Família</p>   | <p>Territórios da Cidadania</p>  |
| <b>Caracterização do momento</b>  | <p>Presença de visões distintas no interior do Ministério da Saúde com relação ao modelo de AB, incluindo certo questionamento ao PSF como estratégia única para reorganização da atenção básica no país;<br/> Discussões relacionadas a propostas de mudança ou flexibilização do modelo de atenção básica em voga desde 1994;<br/> Pontos de tensão no debate: PSF como estratégia única; flexibilização do modelo de PSF; enfrentamento de problemas ou limitações da estratégia no que tange ao modelo de atenção proposto;<br/> Propostas apresentadas: equipes em transição para a estratégia de SF e equipes matriciais (Núcleo de Saúde Integral).</p> | <p>O modelo de PSF conforme configurado em 1994/1995 se reafirma como a estratégia prioritária para a atenção básica a ser induzida e financiada pelo gestor federal;<br/> Criação de medidas de reforço da atenção básica bastante vinculadas ao PSF;<br/> Importante inovação: a criação dos NASFs.</p>  |

Fonte: Elaboração própria.

GM: Gabinete do Ministro; SAS: Secretaria de Atenção à Saúde; SE: Secretaria Executiva; SGTES: Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde; SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde; SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; MEC: Ministério da Educação

## *Discussão*

Nos anos 2000 foi possível observar elevado grau de continuidade na condução da política nacional de atenção básica, embora tenham ocorrido mudanças incrementais.

A ênfase na Estratégia Saúde da Família e o esforço de sua expansão nos grandes centros urbanos persistiram, com destaque para iniciativas de ampliação dos profissionais atuantes na atenção básica, particularmente nas áreas de saúde bucal e nas contempladas pela proposta dos NASF.

No que diz respeito à inserção da atenção básica na agenda federal, ainda que essa tenha sido uma política prioritária em todo o período estudado, foi possível identificar a configuração de dois momentos diferentes. Entre 2003 e 2005, observou-se a presença de visões distintas em relação ao modelo de atenção básica e a inserção da ESF. Os principais pontos de discussão diziam respeito à composição da equipe mínima, a exigência de carga horária semanal de 40 horas para médicos e à necessidade de fortalecer a perspectiva da clínica ampliada no modelo de atenção. Parte desses questionamentos relacionava-se à preocupação em adequar a estratégia às diferentes realidades municipais e à detecção de dificuldades na sua operacionalização. Nesse momento foram discutidas propostas de flexibilização do modelo original do PSF, porém sem êxito, demonstrando a dificuldade de implementação de mudanças nessa política.

No momento seguinte, 2006 a 2010, permaneceram questionamentos, porém identificam-se a reafirmação da estratégia nos moldes vigentes e a criação de medidas de reforço da atenção básica vinculadas à Saúde da Família, revelando a influência no período recente da trajetória histórica percorrida por esta política. A criação do NASF reafirma a ESF como prioritária para a atenção básica no SUS, ao deslocar o debate da flexibilização da porta de entrada para o âmbito do apoio matricial.

A identificação desses dois momentos da política federal é consoante com a lógica de dependência da trajetória. Escolhas e caminhos definidos na década anterior, particularmente o destaque conferido ao PSF entre 1994 e 2002, moldaram a política de atenção básica nos anos seguintes. Isso porque, nesse período relativamente curto de nove anos, a implementação do PSF envolveu a configuração de um arcabouço normativo expressivo, incentivos financeiros próprios, estratégias de formação de profissionais específicas, mobilização de diferentes atores sociais, importante expansão e capilaridade nacional das equipes. Tais fatores conferiram uma significativa institucionalidade a essa estratégia, que delimitou as

possibilidades de escolhas relativas ao modelo de atenção ou mesmo a realização de ajustes a partir de 2003.

Resistências a alterações no modelo de atenção básica nacionalmente induzido desde meados dos anos 1990, fortemente baseado no PSF, podem ser explicadas por fatores de ordem econômico-financeira, político-institucional, social e simbólica. Na dimensão econômico-financeira, os “custos” de mudança se relacionam aos investimentos já realizados na estratégia pelas três esferas de governo e à existência de incentivos financeiros específicos, em contínua expansão. No âmbito político-institucional, o peso do PSF se expressa nas estruturas de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde, na existência de orientações normativas e de sistemas de informações próprios e na definição de outras políticas. No que concerne à dimensão social, além da expansão do acesso às ações e serviços de atenção básica, o PSF propiciou a geração de empregos, incluindo os de agentes comunitários de saúde, que abrem oportunidades de trabalho para pessoas de comunidades assistidas. Acrescente-se ainda a dimensão simbólica, referente à associação do PSF com a ideia de transformação do modelo de atenção à saúde, vinculada aos princípios do SUS e ancorada em experiências locais, que confere à estratégia uma importante base social de apoio.

Em que pese a predominância de elementos de continuidade na política nacional de atenção básica, observaram-se também mudanças graduais na política, a exemplo do fortalecimento da articulação intersetorial, de alterações na política de educação permanente e da adoção de inovações importantes, como o NASF. Tais mudanças se aproximam do que Mahoney e Thelen (2009, p.15) caracterizam como *layering*, ou seja, a introdução de novas regras sobre as regras existentes, sem rompê-las ou ignorá-las. Em geral, elas procuraram dar respostas a limitações que vinham sendo identificadas na implementação da política de atenção básica, sem colidir com suas bases institucionais prévias.

Ressalte-se que este trabalho enfocou as continuidades e mudanças na condução federal da política de atenção básica de 2003 a 2010, sem pretensão de esgotar o vasto debate acadêmico sobre o tema.

Além de a ESF ter favorecido a ampliação da oferta e da cobertura da atenção básica, estudos apontam mudanças na organização e/ou nas práticas em saúde (PINHEIRO *et al*, 2008). Pesquisas recentes sugerem ainda que a estratégia teria favorecido a redução da mortalidade infantil em alguns locais (MACINKO *et al*, 2007; AQUINO, OLIVEIRA E BARRETO, 2008).

Por outro lado, vários estudos têm identificado desafios relacionados à precariedade dos vínculos de parte expressiva dos profissionais da ESF (FACCHINI *et al*, 2006, CAMARGO JUNIOR *et al*, 2008), ao financiamento (PEREIRA *et al*, 2006; VIANA *et al*, 2006), à integração da rede de serviços (HARTZ e CONTRANDIOPOULOS, 2004), entre outros. Além disso, nos grandes centros urbanos a estratégia depara-se com uma dinâmica distinta da dos municípios de menor porte, caracterizada por uma rede de atenção à saúde diversificada e especializada, em que a participação do setor privado é significativa (BOUSQUAT, COHN E ELIAS, 2005). Nesse sentido, caberia questionar a adoção da ESF como modelo único para a organização da atenção básica em todos os municípios brasileiros.

Assim, embora fundamentada por diretrizes abrangentes, a implementação da Estratégia Saúde da Família esbarra em dilemas histórico-estruturais do sistema de saúde, nem sempre enfrentados de maneira efetiva (CONILL, 2008).

Em um país imenso e desigual como o Brasil, a esfera federal mantém atribuições fundamentais na superação de problemas - relativos ao financiamento, aos recursos humanos, às relações público-privadas, entre outros – que ainda restringem a consolidação da atenção básica como alicerce do SUS, na perspectiva da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.

## Referências

AQUINO, R., OLIVEIRA, N.F., BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*, Washington, v.99, n.1, p. 87-93, 2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOUSQUAT, A., COHN, A., ELIAS, P.E. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. A., ELIAS, P. E. M., IBAÑEZ, N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 244-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento*. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol 2. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:  
<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano\\_Nacional\\_de\\_Saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf) >  
Acesso em: 21 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial*.

Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em:

<[http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41\\_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf)> Acesso em: 15 ago.2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Planejamento do Ministério da Saúde. *Plano de Metas 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p. S58-S68, 2008.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica em el Sistema único de Salud em Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, v.8, n. 4, p. 477-483, 2005.

CASTRO, A. L. B., MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 693-705, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.24, Sup 1, p. S7- S27, 2008.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, Washington, v.94, n.11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <<http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864>> Acesso em: 2 out. 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

FACCHINI, L. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 669-681, 2006.

FAUSTO, M. C. R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. 261 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GIOVANELLA, L. A Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 951-963, 2006.

HARTZ, Z. M. A., CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, Sup 2, p. S331-S336, 2004.

HEINMANN, L. S., MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

KINGDON, J.W. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: HarperCollins, 1995. 240p.

MACINKO, J., SOUZA, M. F. M., GUANAIS, F. C., SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*, v.65, n.10, p. 2070-2080, 2007.

MAHONEY J., THELEN K. *Explaining institutional change. Ambiguity, Agency and Power*. New York: Cambridge University Press, 2010. 236 p.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 377-389, 2001.

OPAS/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2007.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. M. T. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PEREIRA, A.T.S. *et. al.* A sustentabilidade econômico-financeira do PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 607-620, 2006.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. 208p.

PINHEIRO, R. *et. al.* *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ, Abrasco, 2008. 360p.

SALTMAN, R. B., RICO, A., BOERMA, W., editores. *Primary care on the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006. 286p.

SAMPAIO, L. F. R. Debate sobre o artigo “Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família”. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Supl 1, p. S19–S21, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEINMO, S., THELEN, K., LONGSTRETH, F., editores. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. 257p.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.29, n.31, p. 268-283, 2005.

VIANA, A. L. A, DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.8, Supl 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A. L. A *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

## **Artigo 2 – Atenção primária à saúde e relações público-privadas nos debates das instâncias colegiadas do SUS<sup>31</sup>**

**Ana Luisa Barros de Castro  
Cristiani Vieira Machado  
Luciana Dias de Lima**

### **Resumo**

O artigo analisou em que medida os temas “atenção primária à saúde” e “relações público-privadas” estiveram presentes nas discussões efetuadas nas instâncias nacionais colegiadas do SUS. Ao todo foram analisadas 525 atas e resumos executivos das reuniões ordinárias e extraordinárias, realizadas no período de 1991 a 2013, sendo 231 referentes às reuniões da Comissão Intergestores Tripartite e 294 do Conselho Nacional de Saúde. Também foram analisados 6 relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período de estudo. Os resultados indicaram amplo debate sobre os dois temas, porém de forma desarticulada, o que sugere limitado enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde e dificuldades para consolidação de um modelo de atenção no Brasil, compatível com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Parceria público-privada, Sistema Único de Saúde.

### **Abstract**

In this article we analyzed the extent to which the subjects “primary health care” and public-private sector relationships” were present in the discussions that took place in the SUS national collegiate instances. Over all we analyzed 525 executive summaries and minutes of regular and special meetings held from 1991 to 2013, and 231 of wich related to meetings of the Tripartite Commission and 294 related to the National Health Council. We also analyzed 6 final reports of the National Conference Health conducted during the period of the study. The results showed a wide debate on both issues, but in a disconnected way, which suggests a restricted confrontation of structural problems of the Brazilian Health System and difficulties to consolidate the new health care model, according to its principles.

Keywords: Primary Health Care; Public-Private paternership; Unified Health System.

---

<sup>31</sup> Artigo formatado segundo regras da revista Saúde em Debate, mas ainda não submetido.

## **Introdução**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) configurou um movimento de ruptura no padrão de intervenção estatal no campo social, e tornou a saúde a primeira política social universal no Brasil. Ao introduzir a noção de direito social e instituir um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, buscou-se possibilitar romper com a lógica predominante de proteção social vinculada à inserção no mercado de trabalho formal e ampliar o acesso de milhares de brasileiros às ações de saúde.

A agenda da reforma sanitária que originou o SUS pressupunha ainda a transformação do modelo de atenção hegemônico no país, designado como médico-assistencial privatista e hospitalocêntrico. De acordo com o diagnóstico do movimento sanitário, nos anos 1980, no Brasil, havia uma complexa organização dos serviços de saúde, caracterizada pela inadequação dos serviços às necessidades de saúde da população e pelo crescimento elevado e descontrolado dos custos, que estava associado à opção de contratação de serviços privados de saúde como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços, e a opção de pagamento desses prestadores pela quantidade de tarefas executadas (TEIXEIRA, 1980). Conforme assinalou Mello (1977), tal opção tornou-se um fator incontornável de corrupção.

Nos 25 anos subsequentes à Constituição, a implementação do SUS possibilitou a expansão da oferta e do acesso à saúde para milhões de pessoas em todo o país. No entanto, ainda existem numerosos problemas histórico-estruturais a serem enfrentados para a concretização de seus princípios e diretrizes norteadoras, entre os quais se destacam os relativos às formas de organização e prestação da assistência e às relações público-privadas em saúde. Esses dois aspectos são fundamentais para a transformação efetiva do modelo de atenção à saúde no país.

Entre os esforços empreendidos para a reformulação do modelo de atenção, destaque-se a expansão do acesso a partir da atenção primária à saúde (APS), com ênfase no Programa Saúde da Família (PSF), a partir de meados dos anos 1990. Tal ênfase ia ao encontro das discussões internacionais que apontavam, desde o final dos anos 1970, a APS como estratégia para alcançar a meta da Organização Mundial de Saúde “Saúde Para todos no ano 2000”, e como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978). No Brasil, antes mesmo de Alma Ata, emergiram algumas experiências locais de APS que trouxeram novas bases para o debate sobre o modelo de atenção vigente (FAUSTO, 2005).

Nos anos 1990, mudanças decorrentes do processo de descentralização/municipalização geraram transformações no âmbito da APS. No entanto, a configuração institucional híbrida do sistema de saúde brasileiro e o limitado enfrentamento

das questões inerentes às relações público-privadas no SUS, geraram prejuízos no padrão de utilização, na qualidade e na resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito da APS (BOSQUAT, GOMES e ALVES, 2012). Portanto, é imprescindível o enfrentamento de desafios relativos aos arranjos público-privados, entre outros, para a consolidação da APS como porta de entrada do SUS, na perspectiva da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.

Dentre as inovações surgidas a partir da legislação e normas complementares do SUS, ressalte-se ainda a incorporação de novos atores ao processo decisório, o que representou uma alteração significativa, dado o elevado grau de centralismo da política de saúde até então (VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002). A participação de diferentes atores na formulação das políticas passou a ocorrer por meio de canais institucionais, que possuem distintos papéis, com destaque para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Conferência Nacional de Saúde.

A CIT é um espaço formal de negociação entre as três esferas do governo. Criada em 1991, ao longo da implantação do SUS esse espaço vem se destacando como canal privilegiado nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2008). Já o Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde são instâncias colegiadas regulamentadas a partir da Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990). A principal diferença entre essas arenas é que a Conferência é um espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nela o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema (GUIZARDI ET AL, 2004). É composta por representações dos vários segmentos da sociedade, que se reúnem a cada quatro anos após convocação pelo Executivo para definir os grandes rumos da política de saúde. O Conselho, por sua vez, é uma instância também com poder deliberativo, cuja função é formular estratégias e controlar a execução das políticas. É composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do SUS, que se reúnem mensalmente.

Resguardadas as diferenças, o fato é que essas instâncias possibilitaram maior compartilhamento entre gestores e demais atores sociais no processo de formulação da política de saúde. Nesse sentido, tais arenas configuram-se como espaços estratégicos, onde são debatidas e definidas questões centrais para a política nacional de saúde.

Este estudo, de natureza predominantemente qualitativa, buscou analisar como os temas da atenção primária e das relações público-privadas foram tratados na formulação da política nacional de saúde brasileira, nessas três instâncias colegiadas do SUS, do início dos anos 1990 até 2013. Buscou-se compreender como questões centrais para a implantação do SUS foram abordadas nos espaços formais de formulação e deliberação, e quais foram as principais estratégias definidas para mudança do modelo de organização da atenção e prestação de serviços de saúde vigente até então.

A partir desse panorama, foram definidas as seguintes questões que nortearam a investigação: Como os temas relacionados à atenção primária à saúde e às relações público-privadas foram abordados nas instâncias colegiadas no SUS? Quais as principais questões debatidas? Esses temas foram tratados de forma articulada entre si?

Para responder a essas questões, optou-se pela realização de um estudo exploratório a partir da análise das discussões realizadas nas principais instâncias nacionais colegiadas do SUS - CIT, CNS e Conferências Nacionais de Saúde – desde o início dos anos 1990 até 2013.

## **Método**

Este estudo de caráter exploratório, baseado em fontes documentais, enfocou a agenda das principais instâncias colegiadas do SUS, com intuito de identificar como os temas “atenção primária à saúde” e “relações público-privadas” foram tratados nos espaços formais de deliberação do SUS. Analisaram-se as atas e resumos executivos, disponíveis em sites oficiais, referentes às reuniões ordinárias e extraordinárias da CIT e do CNS, bem como os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, no período de 1991 a 2013. O ano de 1991 foi selecionado como ano de início das análises, pois foi o ano em que ocorreu a primeira reunião do Conselho Nacional de Saúde, nos moldes das novas atribuições definidas na Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990). Utilizou-se o ano de 2013 como ano término das análises por ser o mais recente. Ao todo foram analisadas 525 atas, sendo 231 atas referentes às reuniões da CIT, e 294 do CNS. Além dessas, foram analisados 6 relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período de estudo.

As informações e dados relevantes obtidos a partir desse material foram primeiramente sistematizadas por reunião e ano de realização, segundo instância colegiada. Posteriormente, os principais temas debatidos no que concerne à atenção primária e às relações público-privadas foram agrupados, segundo instância de discussão. A periodização, definida *a priori*, considerou o contexto político institucional, correspondente aos governos

Collor/Itamar (1991 a 1994); Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002); Lula (2003 a 2010) e Dilma (2011 a 2013). A escolha pela divisão do período analítico nesses quatro momentos distintos teve por objetivo explorar as relações político-institucionais no qual as discussões ocorreram, visto que a dimensão do contexto é importante nesse tipo de análise.

A pesquisa utilizou somente dados de domínio público e acesso irrestrito. O estudo compõe um projeto mais amplo que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição responsável.

## **Resultados e discussão**

### **1991 a 1994: ênfase na municipalização e expansão das ações de APS**

O primeiro período de análise representa um momento de importantes transformações institucionais na saúde, ocorridas em um contexto de crise econômica e política, marcado pelo processo de *impeachment* do presidente Collor, que foi sucedido por Itamar Franco.

No âmbito da CIT, as discussões relativas à atenção primária estavam centradas em questões fundamentais para a expansão das ações nos municípios: o financiamento e a interiorização de profissionais de saúde. No que concerne às relações público-privadas, as discussões refletiam a preocupação com a ausência de padronização na contratação de prestadores privados.

No CNS, temas relativos à APS foram semelhantes aos debatidos na CIT. Porém, no que diz respeito às relações público-privadas, observou-se que, além da preocupação com o conteúdo dos contratos de prestadores privados, os debates sobre o tema no CNS foram mais frequentes e contemplaram uma maior diversidade de questões, tais como: denúncias de cobranças irregulares no âmbito dos serviços privados contratados ao SUS; solicitação de linhas de financiamento junto a agências internacionais, para reestruturação de hospitais conveniados; solicitação de participação no CNS de representantes de prestadores privados contratados.

Já a 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central reflete a ênfase na descentralização das ações de saúde por meio da municipalização, os principais temas debatidos estavam relacionados à necessidade de mudança do modelo assistencial e de regulação dos setores privado contratado e suplementar.

As discussões efetuadas no período de 1991 a 1994 de certa forma refletiram a preocupação com a organização dessas instâncias, dado o caráter recente de sua institucionalidade e o papel atribuído a essas a partir da Lei nº 8142/90, bem como a

conjuntura política na qual se inseriram. Conforme assinalam Levcovitz et al (2001), ao analisar a política de saúde nos anos 1990 é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implantação do SUS em uma conjuntura político-econômica, internacional e nacional, bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas.

Até mesmo a realização da Conferência Nacional de Saúde, instância com histórico de realização e regulamentação desde 1937, foi comprometida pelo contexto político adverso à concretização dos princípios do SUS, com destaque para a descentralização e a participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde. Embora prevista para o início de 1990, a 9ª Conferência Nacional de Saúde só foi realizada em agosto de 1992, após ser postergada pelo governo Collor (ESCOREL e BLOCH, 2005).

Nesse período, observou-se certa simetria entre os debates travados nas três instâncias analisadas somente no que diz respeito à APS. Houve predomínio de temas relacionados ao financiamento e a necessidade de distribuição equitativa de profissionais de saúde no território nacional para atuação neste nível de atenção, visto que tais questões eram de suma importância para a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde.

Já sobre as relações público-privadas, observou-se que tanto no CNS como na 9ª Conferência Nacional de Saúde, os problemas relacionados a essa questão foram mais esmiuçados, e traduziam a crítica ao cenário herdado do período anterior, caracterizado pelo privilegiamento e favorecimento do prestador privado. Nesse sentido, a ênfase nas discussões estava na necessidade de padronização dos contratos com os prestadores privados e na regulação dos planos de saúde.

A própria composição do CNS e da Conferência, que envolve a representação de prestadores de serviços (inclusive privados) e de usuários, além dos profissionais de saúde e dos gestores do SUS, pode explicar em parte essas diferenças na frequência e no detalhamento dos debates, já que uma maior diversidade de interesses e posições se expressam nessas instâncias. Já a CIT, ao ser composta por gestores do SUS, tendeu a se concentrar mais em aspectos operacionais relacionados à descentralização e às condições para a gestão e organização local de serviços.

### **1995 a 2002: regulamentação da descentralização e da assistência médica suplementar**

O período de 1995 a 2002 corresponde aos governos de Fernando Henrique Cardoso. De acordo com Fausto (2005), nesse período buscou-se fortalecer a proposta do SUS

mediante a introdução de mecanismos de regulação que retomam e expandem o processo de descentralização e municipalização da saúde iniciado no período anterior, mas ao mesmo tempo reforçam o centralismo da política na condução do processo.

Nesse sentido, a partir de 1996 houve a edição de importantes instrumentos normativos que marcam o debate dessa época. A edição da NOB SUS 01/96 e de um conjunto de portarias subseqüentes alteraram a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção básica, que deixou de ser por produção, o que privilegiava os municípios com maior capacidade de oferta instalada, e passou a ser *per capita*, ao instituírem o Piso de Atenção Básica (PAB), com uma parte fixa e outra variável.

Com isso, evidenciou-se como estratégia principal para reorganização do sistema de saúde e mudança do modelo de atenção a ampliação de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em consequência, observou-se que as discussões efetuadas nas instâncias colegiadas estavam centradas nos desafios trazidos a partir da edição dessas normativas, e da própria implantação do PACS e do PSF nos municípios, com destaque para as que envolvem diretrizes estratégicas: o financiamento e recursos humanos.

O debate a respeito do financiamento de programas similares ao PACS/PSF surge com força no CNS a partir de experiências exitosas como da Pastoral da Criança, liderada pela conselheira Zilda Arns. Duas questões relevantes surgem em torno desse tema: a possibilidade de, ao financiar programas similares ao oficial, se ampliar o mix público-privado na execução desses, e a necessidade de reconhecer experiências exitosas diferenciadas do modelo preconizado pelo programa nacional. Como exemplo emblemático há o Programa Médico de Família de Niterói, projeto pioneiro, que antecede o PSF, cujas diferenças com o modelo oficial eram bastante significativas, tais como proximidade e sintonia com o aparelho formador; o apoio externo (assessoria cubana) e a parceria política e de complementação administrativa com o movimento social, através da associação de moradores (GOULART, 2007). Após intensos debates sobre o tema, em 1999 o gestor federal admite financiar os programas ditos “similares” ao PSF. Conforme assinala Goulart (2007), o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde desses programas simbolizou a aceitação das diferenças pelo gestor federal, e isso pode ser considerado uma das conquistas que a experiência de Niterói auferiu e compartilhou com o restante do país.

Já sobre recursos humanos, os debates estiveram centrados em questões como interiorização, contratação e remuneração de profissionais de saúde que atuavam no PACS e PSF. Além dos temas supracitados, também foi possível observar, em especial ao término

desse período, a presença de temas voltados para ampliação do escopo das ações desenvolvidas na atenção básica, a expansão do PSF nos grandes centros e a avaliação da implementação do PSF no país. Surgem a partir desses debates programas e políticas específicos, como a Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) e a implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, com a publicação do Manual de Organização da Atenção Básica, em 1999.

No que diz respeito às relações público-privadas, os temas predominantes nos debates tanto da CIT quanto do CNS, estiveram relacionados às principais dificuldades na implementação do SUS nesse período, como o crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela; regulação ainda incipiente sobre prestadores privados ao SUS e setor privado supletivo; multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde.

O avanço do setor privado, que ocorria desde os anos 1960 com subsídios públicos, fora acompanhado do aumento da dependência do setor público em relação ao privado. Isso só foi possível graças à omissão do Estado no que diz respeito à regulação desse mercado durante décadas. Conforme assinala Bahia (1999), um conjunto de regras extragovernamentais e os subsídios sociais para o financiamento dos planos e seguros fixados por mecanismos legais, apoiaram o crescimento expressivo do mercado de planos e seguros. Além disso, a própria condução da política nacional de saúde no final dos anos 1990 favoreceu a conformação desse quadro. Conforme chamam atenção Mattos e Costa (2003), o expressivo aumento da oferta pública de serviços de atenção primária foi concomitante a limitações do financiamento para a rede hospitalar pública. Essas questões permitem compreender o fato de o sistema público ter se tornado “refém” de prestadores privados em algumas localidades, como citado em reuniões do CNS à época.

No período de 1995 a 2002, a regulamentação da assistência médica suplementar deu o tom das discussões nas diferentes instâncias analisadas, e trouxe inovações importantes na política. Surgem então debates sobre o ressarcimento ao SUS, que consistia no ressarcimento de despesas com beneficiários de planos de saúde atendidos em serviços vinculados ao SUS. Dentre as estratégias apontadas para efetivação dessa proposta, destaca-se a criação do cartão SUS, que dentre suas finalidades seria um instrumento de identificação de beneficiários de planos de saúde.

Nesse contexto, emergiram questionamentos ao princípio da universalidade no SUS. Nos debates travados no CNS, foram observadas opiniões divergentes sobre o tema. Alguns

atores defenderam o não uso do sistema público pelos beneficiários de planos, argumentando que o fato de um usuário de plano de saúde utilizar também o SUS onerava o sistema público. Já para outros, a universalidade era incontestável. Tal debate foi permeado por diversas denúncias de “dupla-porta de entrada” em serviços privados contratados vinculados ao SUS, assim como cobranças indevidas aos usuários do SUS nesses serviços.

Em termos gerais, podem-se apontar como avanços relacionados à regulação dos planos privados a elaboração da Lei 9.656/1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A referida lei foi um importante instrumento para coibir abusos das operadoras de planos de saúde contra seus clientes. Na mesma linha, a ANS foi desenhada para zelar pela defesa do consumidor e da concorrência regulada, na tentativa de reestruturar o mercado, visando redução de práticas oligopolistas e à eliminação dos abusos econômicos (OCKÉ-REIS, 2012). No entanto, tais iniciativas não lograram elaborar proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde (BAHIA, 2001). Para a autora, temas relevantes não foram contemplados no processo de regulamentação, tais como o financiamento dos planos de saúde, os modelos já consolidados de empresariamento da assistência médica suplementar e, sobretudo seus mecanismos de auto-regulação.

Apesar dos avanços na regulação dos planos privados, esse período foi marcado pela proliferação de novas formas de articulação público-privada, principalmente na gestão de serviços e na contratação de recursos humanos. Essas experiências foram estimuladas pelos movimentos internacional e nacional de Reforma do Estado, sob argumento de conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados e qualidade dos serviços prestados (IBANEZ ET AL, 2001). Alguns exemplos de novos modelos de gestão na saúde propostos no período foram a contratação de Organizações Sociais (OS), Organizações Não Governamentais (ONG), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Destaca-se que temas relacionados a esses novos modelos estiveram presentes na CIT e no CNS, e expressaram a preocupação dos atores com os possíveis rumos e prejuízos aos avanços da reforma sanitária que tais modalidades conferiam ao SUS, dentre eles a precarização do trabalho em saúde e a segmentação da clientela, ainda que ao longo do período não tenha se observado nenhum tipo de contraproposta nas discussões.

Sobre as conferências de saúde realizadas nesse período, vale ressaltar alguns aspectos interessantes. A 10ª Conferência se destaca das demais por ter sido marcada pela necessidade

de avaliação e aprimoramento do sistema de saúde implantado (SCOREL e BLOCH, 2005). No que diz respeito aos temas analisados nesse estudo, observou-se que a avaliação no âmbito dessa instância específica foi bem próxima das efetuadas nos demais canais institucionais. A ausência de temas inéditos no que diz respeito à atenção primária e as relações público-privadas talvez se justifique pela marcante característica dessa conferência, a ênfase no movimento em direção a uma intensa normatização das instâncias de controle social (GUIZARDI ET AL, 2004).

Já a 11ª Conferência, embora guarde semelhanças com a anterior no que concerne ao lugar de destaque conferido aos temas avaliação do sistema e controle social, no que diz respeito à atenção básica, chama atenção em seu relatório final a preocupação de que os programas prioritários do Ministério da Saúde para reorganização da atenção – PACS e PSF – não estivessem cumprindo sua finalidade de ruptura com o modelo anterior, mas sim se tornassem sobreposições de exercício do serviço de atenção básica. Tal preocupação posteriormente gerou a definição de programas e estratégias políticas específicas, de cunho avaliativo, para que a ênfase nesses programas não estivesse somente em termos quantitativos, mas também na qualidade das ações desenvolvidas.

### **2003 a 2010: fortalecimento e expansão da APS e novos modelos de gestão em saúde**

O início de uma nova conjuntura em 2003, com a entrada na presidência da república de Luiz Inácio Lula da Silva, representou um marco de mudança nas elites governantes no país. Pela primeira vez desde o final do regime militar em 1985, o Estado brasileiro foi governado por forças consideradas de esquerda (TEIXEIRA e PAIM, 2005).

A eleição de Lula gerou expectativas quanto a inflexões no modelo de desenvolvimento e de proteção social. O primeiro mandato foi marcado por uma continuidade na política macroeconômica de estabilização e incorporação da dimensão social como prioridade (BOSCHI, 2007). Na política de saúde, a atenção primária permaneceu como política prioritária, porém com preocupações distintas. Já o segundo governo se diferenciou dos períodos anteriores por ter favorecido as condições para uma expansão continuada do aparato produtivo, incentivando setores de alto potencial inovador (VIANA e SILVA, 2012). Em relação à política de saúde, os autores destacam que nesse período a política se voltou para a expansão da capacidade física e para o estímulo ao desenvolvimento tecnológico. Cabe ressaltar ainda, que no governo Lula, especialmente no segundo mandato, ocorreram

transformações estruturais no mercado de planos e seguros de saúde, suportadas pela capitalização e participação de fundos de investimentos (BAHIA, 2012).

A análise dos debates efetuados na CIT demonstrou a prioridade no fortalecimento e qualificação da APS, com investimentos em medidas que vão desde o financiamento a criação de programas específicos, voltados para a ampliação dos profissionais que atuam na ESF, melhoria do acesso e da assistência prestada nesse nível de atenção. Sobre as relações público-privadas, identificou-se a preocupação com o repasse de recursos federais aos hospitais filantrópicos e com novas formas de gestão, a exemplo da criação da Fundação Estatal na Bahia.

Já no CNS, no que diz respeito à atenção primária, a análise revelou similitudes em relação às discussões efetuadas na CIT, voltadas para o fortalecimento e qualificação da APS. Embora os debates sugiram predomínio de continuidades na condução dessa política, foram discutidas também propostas de mudanças, como medidas de ampliação do escopo e da resolutividade da atenção básica. No que concerne às relações público-privadas, destacou-se a preocupação com as diferentes formas de terceirização de serviços e de pessoal e com a regulação da contratação de serviços privados.

Diante da natureza e papel distintos das instâncias colegiadas, observou-se maior diversidade de temas e proposições nas discussões efetuadas nas Conferências realizadas ao longo do governo Lula. Sobre a 12ª Conferência, realizada em 2003, vale mencionar que essa buscou reviver, em alguma medida, o espírito democrático da 8ª Conferência Nacional de Saúde ao congregar expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (ESCOREL e BLOCH, 2005). A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS foi apontada como o grande desafio e a ênfase na atenção básica, priorizando a ESF e outras semelhantes, como forma de superá-lo. Havia clareza naquele momento de que a ênfase seria a atenção básica e a saúde da família, entretanto também se sabia que esta estratégia não poderia ser a única no âmbito da atenção básica, em virtude da diversidade dos municípios brasileiros. Apontava-se também a necessidade de inclusão de outros profissionais de acordo com as necessidades locais, para apoiarem as equipes de saúde da família (CASTRO, 2009).

Nesse sentido, dentre as deliberações dessa conferência há a organização de equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados. O debate em torno dessa questão perpassou todo o primeiro mandato do governo Lula, vindo a se concretizar, após alterações, somente em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Além dos temas sempre presentes nas discussões sobre as relações público-privadas em todas as três instâncias investigadas, tais como regulação dos planos de saúde e ressarcimento ao SUS, nessa conferência houve proposições relevantes ao debate. Destacam-se a alocação de recursos prioritariamente na implementação de redes de serviços públicos para a substituição gradativa da contratação dos serviços privados, principalmente os de alta complexidade, e a necessidade de avaliação periódica de serviços e unidades privados contratados.

Sobre a Conferência seguinte, a 13ª, realizada em 2007, vale mencionar que esta foi a primeira conferência não coordenada pelo Ministério da Saúde, mas sim pelo presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde. Os principais temas que direta ou indiretamente estavam relacionados com a atenção básica abordados nessa conferência foram: a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; a garantia de serviços de atenção básica e psicossocial às crianças e adolescentes em risco e em sofrimento psíquico, e também às famílias; a adequação do número de famílias/domicílios por agentes de saúde; a formação de recursos humanos; saúde bucal. Já sobre as relações público-privadas, o debate esteve centrado nos novos modelos de gestão em saúde, por meio de fundações, OSCIP e OSS, bem como regimes de concessão pública.

As discussões sobre temas referentes à atenção primária e às relações público-privadas tiveram proposições mais diversificadas e significativas no âmbito das conferências que ocorreram no período de 2003 a 2010, e apontavam para a necessidade de ampliação do escopo das ações na APS e da regulação pública sobre o sistema suplementar.

### **2011 a 2013: expansão e melhoria da qualidade da atenção primária**

O último período analisado coincide com os primeiros anos da gestão Dilma Rousseff. Apesar de ter iniciado seu mandato com confortável maioria na Câmara dos Deputados, a administração da presidenta enfrentou dificuldades cruciais para implementar seus projetos políticos (FORTES e FRENCH, 2012). De certa forma essas dificuldades também estavam relacionadas à conjuntura internacional desfavorável e aos limites do modelo de crescimento que associa redistribuição de renda e consumo de massas com ortodoxia da política econômica, que perdurou na era Lula (TEIXEIRA e PINTO, 2012).

De modo geral, na área da saúde houve continuidade de projetos já consolidados, e foram lançados programas e políticas que estavam sendo discutidos há algum tempo, a exemplo da Rede Cegonha e do Programa Saúde Não Tem Preço, em 2011 (IPEA, 2012). O

período é marcado por importantes iniciativas legislativas para o SUS, com destaque para o Decreto nº 7.508 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre os seguintes aspectos: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa e dá outras providências.

A operacionalização desse decreto traz a definição das diretrizes para a organização das regiões de saúde. Essas deverão conter um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde, expressos no mapa da saúde, instrumento que permite visualizar a distribuição geográfica de recursos humanos e de ações e serviços de saúde.

Uma inovação trazida por este decreto foi a institucionalização do Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP, instrumento de colaboração entre os três entes federativos para a organização da rede de atenção integral à saúde em uma determinada região. Além disso, o decreto também institui um novo espaço de negociação e pactuação entre gestores, a CIR, Comissão Intergestores Regional. Outra questão importante abordada neste decreto é a definição de diretrizes para a elaboração da RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

No que tange à atenção primária, o período foi marcado pelo lançamento de diversos programas e estratégias voltados para a expansão da cobertura e melhoria da resolutividade neste nível de atenção, que foram amplamente debatidos nas três instâncias colegiadas estudadas. Dentre eles, destacam-se o Programa de Requalificação das Unidades Básicas, criado com intuito de enfrentar o problema da inadequação da infraestrutura nas unidades básicas de saúde; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB).

Nesse período também foram implementadas medidas polêmicas de enfrentamento ao antigo problema de distribuição desigual de profissionais médicos no território nacional, e da dificuldade de fixação desses profissionais nas equipes da ESF. Num primeiro momento, ocorre a publicação da Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011, flexibilizando a carga horária cumprida por médicos que atuam na estratégia. Tal medida gerou questionamentos atrelados ao atributo da longitudinalidade e insatisfação por parte dos demais integrantes das equipes. Já no final de 2013, houve o lançamento do Programa Mais Médicos, cujo principal objetivo é suprir a carência de profissionais médicos no interior e nas periferias dos grandes centros. Esse programa sofreu numerosas críticas, da academia, do Conselho Federal de Medicina e da sociedade civil, pelo fato de admitir a contratação temporária de médicos estrangeiros, sem realização do exame de revalidação do diploma.

No que concerne às relações público-privadas, observou-se que o tema não ocupou lugar de destaque nas discussões efetuadas no âmbito da CIT. No entanto, nas reuniões do CNS e na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, questões relativas ao tema estiveram presentes, com destaque para a terceirização da gestão de serviços de saúde, bem como a utilização de recursos públicos na compra de equipamentos a serem utilizados em serviços privados. Cabe mencionar que, no que diz respeito às novas modalidades de gestão na saúde, o CNS repudiou todas as formas de terceirização/privatização da gestão de serviços e pessoal, tal como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH/MEC, empresa pública de direito privado vinculada ao MEC para administrar os hospitais universitários e federais.

Uma proposta inédita que só foi mencionada no relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde foram os subsídios públicos a planos e seguros de saúde, que seriam voltados à população pobre, sugerindo a criação de planos de saúde a preços populares, com financiamento do Estado. Embora essa questão tenha sido explorada pela mídia, foi negada oficialmente (CARVALHO, 2013). O fato é que tal proposta não se concretizou. No entanto, os subsídios ao setor privado da saúde por meio de renúncia fiscal ou financiamentos públicos permaneceram e em 2013 diversas entidades da sociedade civil publicaram um manifesto em defesa do SUS e pela extinção de subsídios públicos para planos e seguros de saúde (IDEC, 2013). A título de exemplo, dentre as medidas repudiadas estava a utilização do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como intermediário da concessão de créditos às cooperativas médicas Unimed (CEBES, 2013).

A seguir são expostos os quadros 1, 2 e 3, que resumem as principais características de contexto dos quatro períodos analisados, os principais temas relativos à atenção primária à saúde e às relações público-privadas apontados nas discussões da CIT, CNS e nas Conferências, respectivamente.

**Quadro 1** – Contexto e principais temas relativos às relações público-privadas e à atenção primária à saúde apontados nas discussões da Comissão Intergestores Tripartite, por período. Brasil, 1993 – 2013.

| Período   | Contexto  | Temas atenção primária à saúde  | Temas relações público- privadas   |
|-----------|---|---|--|
| 1993-1994 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governos de Fernando Collor de Mello e Itamar Franco</li> <li>▪ Período de crise econômica</li> <li>▪ Criação do Plano Real (1994)</li> <li>▪ Agenda da Saúde: descentralização com ênfase na municipalização.</li> <li>▪ Marcos na saúde: Criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (1991); Extinção do INAMPS (1993); Criação do Programa Saúde da Família – PSF (1994)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repasse de recursos referentes a atividades ambulatoriais;</li> <li>▪ Interiorização de profissionais de saúde;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência de padronização nos contratos com prestadores privados;</li> </ul>   |
| 1995-2002 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002)</li> <li>▪ Período de estabilidade econômica</li> <li>▪ Reforma do Estado</li> <li>▪ Agenda da Saúde: Financiamento da Saúde; expansão nacional do PSF; regionalização</li> <li>▪ Marcos na saúde: Criação do Piso da Atenção Básica – PAB (1998); publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (1999) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2000); Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Financiamento da atenção básica e de programas prioritários como PACS e PSF;</li> <li>▪ Escopo e valor do PAB;</li> <li>▪ Financiamento de programas similares ao PSF;</li> <li>▪ Contratação dos profissionais que atuam no PSF;</li> <li>▪ Expansão do PSF nos aglomerados urbanos e regiões metropolitanas;</li> <li>▪ Saúde bucal no PSF;</li> <li>▪ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>▪ Avaliação da implantação e do funcionamento do PSF</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratação pelos municípios de serviços privados e filantrópicos;</li> <li>▪ Ressarcimento ao SUS;</li> <li>▪ Cobranças irregulares nos serviços contratados vinculados ao SUS;</li> <li>▪ Dependência de serviços privados contratados tornando o sistema público “refém” de prestadores privados em algumas localidades;</li> <li>▪ Criação de linha de crédito no BNDES para atender aos prestadores privados de serviços ao SUS, visando à modernização de hospitais e laboratórios;</li> <li>▪ Regulamentação da saúde suplementar;</li> <li>▪ Alocação de recursos nos tetos financeiros dos estados para projetos de Organizações Não Governamentais (ONG) e Organizações da Sociedade Civil (OS);</li> </ul> |
| 2003-2010 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 2007-10)</li> <li>▪ Continuidade da política econômica do ponto de vista da estabilização monetária, geração de superávits fiscais para pagamento de juros da dívida pública e estímulo a maior inserção do país no comércio internacional no primeiro governo; ênfase na indução do crescimento econômico e do desenvolvimento a partir de novos investimentos em infraestrutura, expansão das exportações e ampliação do acesso ao crédito, com aumento do poder de compra das classes de menor renda, no segundo governo (Viana e Silva, 2012);</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Financiamento da atenção básica;</li> <li>▪ Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>▪ Proesf;</li> <li>▪ Saúde Bucal;</li> <li>▪ Equipe em transição para o Saúde da Família;</li> <li>▪ Política de medicina natural e práticas complementares;</li> <li>▪ Núcleos de Saúde Integral;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Propostas de alteração no repasse de recursos federais para hospitais filantrópicos ;</li> <li>▪ Criação de Fundação Estatal no estado da Bahia;</li> </ul>   |

|           |   |  |   |
|-----------|---|--|---|
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agenda da Saúde: ampliação do acesso a partir da atenção básica; ampliação do acesso aos medicamentos</li> <li>▪ Marcos na saúde: Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003); Farmácia Popular (2004); Brasil Sorridente (2004); Política Nacional de Atenção Básica (2006); Unidades de Pronto-Atendimento UPA-24h (2008); Núcleos de Apoio à Saúde da Família -NASF (2008)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompanhamento das condicionalidades para a Bolsa Família no âmbito da saúde;</li> <li>▪ Qualidade dos serviços de atenção básica;</li> <li>▪ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>▪ Concurso público estadual de base local para as equipes de PSF;</li> <li>▪ Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.</li> <li>▪ Fixação de profissionais de saúde na atenção básica;</li> </ul>   |   |
| 2011-2013 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governo Dilma Rousseff</li> <li>▪ Política econômica marcada por mudanças nas relações entre a fração bancário-financeira e o Estado brasileiro; modelo de crescimento baseado no mercado interno e na redistribuição de renda, combinado com a manutenção de juros elevados e apreciação cambial (Teixeira e Pinto, 2012)</li> <li>▪ Agenda da Saúde: qualificação e consolidação do SUS, aliado ao compromisso de erradicar a miséria no país</li> <li>▪ Marcos na saúde: Nova Política Nacional de Atenção Básica (2011); Academia da Saúde (2011); Programa Melhor em Casa (2011); Decreto Presidencial nº 7508 (2011); Rede Cegonha (2011); Programa Saúde não tem preço (2011); Plano de Enfrentamento do uso do Crack e outras drogas (2011); Programa Mais Médicos (2013)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>▪ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);</li> <li>▪ Financiamento da Atenção Básica;</li> <li>▪ Atenção primária à saúde como um dos componentes da Rede de Urgência Emergência;</li> <li>▪ Carga horária de profissionais médicos das equipes de saúde da família;</li> <li>▪ Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde;</li> <li>▪ Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e Saúde Mais Perto de Você.</li> <li>▪ NASF 3;</li> <li>▪ Programa Mais Médicos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades na compra de determinados serviços no setor privado, tais como de leitos de UTI;</li> </ul> |

Fonte: Elaboração própria. Para a caracterização do contexto, utilizaram-se várias referências como Paim et al (2011) e Viana e Silva (2012).

**Quadro 2** – Contexto e principais temas relativos à atenção primária à saúde e às relações público-privadas nas discussões no Conselho Nacional de Saúde, por período. Brasil, 1991 – 2013.

| Período   | Contexto  | Temas atenção primária à saúde  | Temas relações público- privadas   |
|-----------|---|---|--|
| 1991-1994 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governos de Fernando Collor de Mello e Itamar Franco</li> <li>▪ Período de crise econômica</li> <li>▪ Criação do Plano Real (1994)</li> <li>▪ Agenda da Saúde: descentralização com ênfase na municipalização.</li> <li>▪ Marcos na saúde: Criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (1991); Extinção do INAMPS (1993); Criação do Programa Saúde da Família – PSF (1994)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa Agentes Comunitários de Saúde</li> <li>▪ Financiamento da atenção básica;</li> <li>▪ Interiorização de profissionais de saúde;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cobranças irregulares nos serviços privados contratados ao SUS;</li> <li>▪ Negociação de recursos junto ao BIRD e Banco Mundial para Recuperação de Hospitais Públicos e Filantrópicos;</li> <li>▪ Ausência de padronização nos contratos com prestadores privados;</li> <li>▪ Solicitação de participação no CNS de representantes das Santas Casas de Misericórdia;</li> <li>▪ Repasse de recursos aos prestadores privados;</li> </ul>   |
| 1995-2002 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002)</li> <li>▪ Período de estabilidade econômica</li> <li>▪ Reforma do Estado</li> <li>▪ Agenda da Saúde: Financiamento da Saúde; expansão nacional do PSF; regionalização</li> <li>▪ Marcos na saúde: Criação do Piso da Atenção Básica – PAB (1998); publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (1999) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2000); Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integração do PACS e PSF ao SUS;</li> <li>▪ Financiamento da atenção básica;</li> <li>▪ Regulamentação dos agentes comunitários de saúde;</li> <li>▪ Financiamento através do ReforSUS de unidades básicas de saúde vinculadas ao PSF;</li> <li>▪ Participação de diferentes instituições na condução do PSF e PACS (organizações oficiais e “organizações de boa vontade);</li> <li>▪ Financiamento de Programas similares ao PSF;</li> <li>▪ Remuneração dos profissionais que atuam no PSF;</li> <li>▪ Interiorização de profissionais de saúde;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso dos serviços privados contratados ao SUS;</li> <li>▪ Ressarcimento ao SUS;</li> <li>▪ Regularização por contrato ou convênio das relações do SUS com os serviços privados e filantrópicos;</li> <li>▪ Regulamentação dos planos de saúde;</li> <li>▪ Transformação de hospitais públicos e outras entidades integrantes do SUS em entidades de direito privado, na categoria de “Serviços Sociais Autônomos”.</li> <li>▪ Utilização de serviços públicos por beneficiários de seguros saúde;</li> <li>▪ O papel do setor privado no sistema de saúde;</li> <li>▪ Novas formas de gestão de unidades assistenciais;</li> <li>▪ Cobranças irregulares nos serviços privados contratados ao SUS;</li> <li>▪ Criação de linha de crédito no BNDES para atender aos prestadores privados de serviços ao SUS, visando à modernização de hospitais e laboratórios;</li> </ul> |

|           |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
|           |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Organizações Sociais e o SUS;</li> </ul>   |
| 2003-2010 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 2007-10)</li> <li>Continuidade da política econômica do ponto de vista da estabilização monetária, geração de superávits fiscais para pagamento de juros da dívida pública e estímulo a maior inserção do país no comércio internacional no primeiro governo; ênfase na indução do crescimento econômico e do desenvolvimento a partir de novos investimentos em infraestrutura, expansão das exportações e ampliação do acesso ao crédito, com aumento do poder de compra das classes de menor renda, no segundo governo (Viana e Silva, 2012);</li> <li>Agenda da Saúde: ampliação do acesso a partir da atenção básica; ampliação do acesso aos medicamentos</li> <li>Marcos na saúde: Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003); Farmácia Popular (2004); Brasil Sorridente (2004); Política Nacional de Atenção Básica (2006); Unidades de Pronto-Atendimento UPA 24h (2008); Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF (2008)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Financiamento da atenção básica;</li> <li>Reorganização da atenção básica;</li> <li>PROESF;</li> <li>Saúde Bucal;</li> <li>Assistência Farmacêutica Básica;</li> <li>Equipe em transição para a Saúde da Família;</li> <li>Política nacional de saúde indígena.</li> <li>Política de medicina natural e práticas complementares</li> <li>Pró-Saúde e Telessaúde;</li> <li>Residência multiprofissional;</li> <li>Núcleo de Atenção Integral/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde,</li> <li>Contratação de serviços no âmbito do SUS;</li> <li>Fundação estatal no SUS;</li> <li>Formas alternativas de gestão com foco nas Organizações Sociais, OSCIPs- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e FEDP – Fundação Estatal de Direito Público.</li> </ul> |
| 2011-2013 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Governo Dilma Rousseff</li> <li>Política econômica marcada por mudanças nas relações entre a fração bancário-financeira e o Estado brasileiro; modelo de crescimento baseado no mercado interno e na redistribuição de renda, combinado com a manutenção de juros elevados e apreciação cambial (Teixeira e Pinto, 2012)</li> <li>Agenda da Saúde: qualificação e consolidação do SUS, aliado ao compromisso de erradicar a miséria no país</li> <li>Marcos na saúde: Nova Política Nacional de Atenção Básica (2011); Academia da Saúde (2011); Programa Melhor em Casa (2011); Decreto Presidencial nº 7508 (2011); Rede Cegonha (2011); Programa Saúde não tem preço (2011); Plano de Enfrentamento do uso do Crack e outras drogas (2011); Programa Mais Médicos (2013)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Defesa de mais recursos federais para atenção básica;</li> <li>Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado do conjunto das Redes de Atenção;</li> <li>Fixação de profissionais de saúde;</li> <li>Carga horária dos profissionais médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família;</li> <li>Programa de Requalificação das Unidades Básicas;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde,</li> <li>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH/MEC;</li> <li>Aquisição de equipamentos com recursos públicos para serem utilizados em serviços privados;</li> </ul>   |

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro 3 - Principais temas debatidos nas Conferências Nacionais de Saúde. Brasil, 1992 a 2013.**

| Conferência                       | Local/Data                            | Ministro da Saúde    | Tema central   | Eixos temáticos  | Temas referentes à atenção básica em destaque   | Temas referentes às relações público-privadas em destaque  |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------|--|--|---|--|
| 9ª Conferência Nacional de Saúde  | Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992    | Adib Domingos Jatene | Municipalização é o caminho  | <p><b>Eixo I</b> - Sociedade, governo e saúde</p> <p><b>Eixo II</b> - Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS</p> <p><b>Eixo III</b> - Controle Social</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redefinição do modelo assistencial, com ênfase nas ações de prevenção, de promoção e de vigilância à saúde, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência do sistema público em relação ao setor privado hospitalar contratado;</li> <li>- Ausência de padronização nos contratos com prestadores privados;</li> <li>- Regulamentação dos planos de saúde;</li> </ul>                         |
| 10ª Conferência Nacional de Saúde | Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996   | Adib Domingos Jatene | SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida                  | <p><b>Eixo I</b> – Saúde, Cidadania e políticas públicas</p> <p><b>Eixo II</b> – Gestão e organização dos serviços de saúde</p> <p><b>Eixo III</b> – Controle Social na Saúde</p> <p><b>Eixo IV</b> – Financiamento na Saúde</p> <p><b>Eixo V</b> – Recursos Humanos para a saúde</p> <p><b>Eixo VI</b> – Atenção Integral à saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação do horário de atendimento nas unidades de saúde;</li> <li>- Inclusão de práticas alternativas de saúde como homeopatia, acupuntura e fitoterapia nas unidades de saúde;</li> <li>- Integração do PACS e PSF ao SUS;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privilégios ao setor privado, incluindo benefícios fiscais;</li> <li>- Ausência de padronização nos contratos com prestadores privados;</li> <li>- Regulamentação dos planos de saúde;</li> <li>- Privatização de serviços públicos.</li> </ul> |
| 11ª Conferência Nacional de Saúde | Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000 | José Serra           | Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social | <p><b>Eixo I</b> - Controle social.</p> <p><b>Eixo II</b> - Financiamento da atenção à saúde no Brasil.</p> <p><b>Eixo III</b> - Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social</p> <p><b>Eixo IV</b>- Recursos</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ineficiência da atenção básica;</li> <li>- Risco de o PSF e o PACS se tornarem sobreposições de exercício do serviço de atenção básica;</li> <li>- Implantação heterogênea do PSF nas diferentes regiões do país.</li> <li>- Inclusão de práticas alternativas de saúde como homeopatia, acupuntura e fitoterapia nas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privilégios ao setor privado, incluindo benefícios fiscais;</li> <li>- Ausência de padronização nos contratos com prestadores privados;</li> <li>- Regulamentação dos planos de saúde;</li> </ul>   |

|  |                                       |                     |  |  |  |   |
|--|---------------------------------------|---------------------|--|--|--|---|
|  |                                       |                     |  | humanos.<br><b>Eixo V-</b> Políticas de Informação, Educação e Comunicação no SUS.   | unidades de saúde;   |   |
| 12ª Conferência Nacional de Saúde/ Conferência Sergio Arouca | Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003  | Humberto Costa      | Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. | <b>Eixo I</b> – Direito à saúde<br><b>Eixo II</b> – A Segurança Social e a Saúde<br><b>Eixo III</b> – A intersectorialidade das ações de saúde<br><b>Eixo IV</b> – As três esferas de governo e a construção do SUS<br><b>Eixo V</b> – A organização da atenção à saúde<br><b>Eixo VI</b> – Controle social e gestão participativa<br><b>Eixo VII</b> – O trabalho na saúde<br><b>Eixo VIII</b> – Ciência e tecnologia e a saúde<br><b>Eixo IX</b> – O financiamento da saúde<br><b>Eixo X</b> – Comunicação e informação em saúde | - Ampliação da cobertura na atenção básica, priorizando a Estratégia da Saúde da Família e outras semelhantes que possibilitem a mudança do modelo de atenção;<br><br>- Criação de incentivos técnicos e financeiros pelas três esferas de governo para implantação de: equipes multiprofissionais de atenção domiciliar; programa de reabilitação domiciliar para portadores de limitações funcionais e da comunicação; equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais;<br><br>- Implantação da Saúde Bucal em todas as equipes do PSF. | - Regulamentação dos planos de saúde;<br><br>- Alocação de recursos prioritariamente na implementação de redes de serviços públicos para a substituição da gradativa da contratação dos serviços privados, principalmente os de alta complexidade;<br><br>- Necessidade de avaliação periódica dos serviços de saúde de unidades contratadas;<br><br>- Aquisição de equipamentos com recursos públicos para serem utilizados em serviços privados;<br><br>- Atendimento diferenciado aos beneficiários de planos de saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários.<br><br>- Ressarcimento ao SUS. |
| 13ª Conferência Nacional de Saúde                            | Brasília, 14 a 18 de novembro de 2007 | José Gomes Temporão | Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e Desenvolvimento.                      | <b>Eixo I</b> – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento   | - Desenvolvimento de ações com ênfase na atenção básica, capazes de efetivar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e  | - Adoção de novos modelos de gerenciamento das unidades por fundação estatal de direito privado, organizações   |

|  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  | <p><b>Eixo I</b> – Inéditas</p> <p><b>Eixo II</b> – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde</p> <p><b>Eixo II</b> – Inéditas</p> <p><b>Eixo III</b> – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde</p> <p><b>Eixo III</b> – Inéditas</p> | <p>garantir o direito humano à alimentação adequada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de serviços de atenção básica e psicossocial às crianças e adolescentes em risco e em sofrimento psíquico e às famílias;</li> <li>- Adequação do número de famílias/domicílios por agentes de acordo com a realidade local;</li> <li>- Estímulo a especialização dos profissionais que atuam na ESF, a partir das necessidades do SUS, com ênfase nas áreas de atenção básica em saúde da família e comunidade;</li> <li>- Maior repasse de recursos ao PSF, à saúde na atenção básica e às unidades de saúde rurais;</li> <li>- Institucionalização e socialização da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Atenção Básica;</li> <li>- Criação de mecanismos para implantação do Programa de Atenção Domiciliar;</li> <li>- Garantia do acesso às ações de saúde bucal;</li> <li>- Ampliação da cobertura pelo PSF;</li> <li>- Criação de programas de atenção básica, de prevenção, de tratamento e</li> </ul> | <p>sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), bem como regimes de concessão pública</p> |
|--|--|--|--|--|---|--|

|                                   |   |                   |   |   |   |  |
|-----------------------------------|---|-------------------|---|---|---|--|
|                                   |   |                   |   |   | <p>reabilitação que visem à diminuição das internações hospitalares;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusão da terapia familiar e de casal na atenção básica;</li> <li>- Garantir a prevenção, promoção e habilitação da saúde mental na Atenção Básica/PSF</li> </ul> |  |
| 14ª Conferência Nacional de Saúde | Brasília, 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011. | Alexandre Padilha | <p>Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro</p> | <p><b>Eixo I</b> – Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS</p> <p><b>Eixo II</b> – Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade</p> <p><b>Eixo III</b> – Participação da comunidade e controle social;</p> <p><b>Eixo IV</b> – Gestão do SUS (Financiamento, Pacto pela Saúde e Relação Público- Privado; Gestão do Sistema, do trabalho e da Educação em Saúde)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiamento da atenção básica;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoção de novos modelos de gerenciamento das unidades por fundação estatal de direito privado, organizações sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), bem como regimes de concessão pública;</li> <li>- Atendimento e acesso diferenciados aos beneficiários de planos de saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários</li> <li>- Subsídios públicos de planos privados de saúde</li> <li>- Ressarcimento ao SUS.</li> </ul> |

Fonte: Elaboração própria.

## **Considerações finais**

A análise empreendida evidenciou amplo debate nas instâncias analisadas no que diz respeito à APS e às relações público-privadas. Entretanto, o debate em torno desses temas ocorreu de forma desarticulada, ao longo de todo o período investigado, o que sugere limites de enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde e dificuldades para a conformação de um novo modelo de organização do sistema e da atenção à saúde, mais coerente com os princípios e diretrizes do SUS. Em virtude da natureza e do papel distintos das três instâncias colegiadas investigadas, observaram-se similitudes entre elas em alguns períodos, mas também diversidade nos aspectos abordados.

Nas três instâncias houve predomínio de temas relacionados à atenção primária à saúde. Destaca-se a alta frequência desses temas na CIT, que pode estar relacionada à necessidade de discussão com os gestores municipais e estaduais, pois são esses que executam a política nacional de APS no nível local. No entanto, vale mencionar que predominaram discussões voltadas para a aprovação de normativas atreladas a mecanismos de financiamento, e questões relacionadas à contratação e fixação dos recursos humanos necessários para atuação nas equipes de saúde da família. O fato de a questão do financiamento ser tema recorrente nos debates é condizente com a forma hegemônica de atuação do gestor federal por meio de indução de programas/políticas via portarias atreladas a mecanismos financeiros, conforme apontam os trabalhos de Baptista (2007) e Machado (2007). Tal característica reforça o que já fora apontado por Miranda (2003), que na agenda decisória da CIT predominam demandas oriundas do Ministério da Saúde.

Assim como na CIT, observou-se o predomínio de temas voltados para a atenção primária à saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Uma preocupação sempre presente nas discussões era a questão da precarização do trabalho e dos vínculos dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, assim como a necessidade de interiorização e fixação desses profissionais, com destaque para o médico. Tal questão só seria enfrentada de forma mais contundente ao término do período de análise, com a criação do programa “Mais Médicos”, ainda que ancorado em contratações temporárias.

No que concerne às relações público-privadas, foram observadas iniciativas voltadas para a regulação do setor suplementar, em especial no período de 1998 a 2002, porém estas se caracterizaram mais como medidas de proteção ao consumidor/segurado do que iniciativas de regulação do Estado sobre a interferência do setor privado no sistema público, o que seria estratégico para a organização do sistema de saúde (SANTOS, 2011). Para a autora, infelizmente a regulação dos seguros privados feita por intermédio da ANS induz à ampliação

da cobertura de serviços destes e, portanto da cobertura duplicada. Além disso, a regulação ocorre de forma independente das relações público-privadas de financiamento, oferta e demanda, que interferem no sistema de saúde como um todo. Nesse sentido, a autora afirma que uma regulação que considere todo o mix público-privado deve ter em conta a ampla problemática advinda da relação entre o seguro privado e o sistema público, visando os seguintes objetivos: proteger os cidadãos, diminuir a segmentação e garantir a efetividade do princípio da universalidade (SANTOS, 2011).

O debate sobre esse tema foi marcado pela ênfase no ressarcimento ao SUS e por denúncias de irregularidades. Chama atenção, entretanto a escassez de proposições voltadas para definição de estratégias de regulação do prestador privado contratado ao SUS. Para Miranda (2003), embora exista uma variedade de temas e assuntos inerentes ao SUS, a regulação desses serviços não faz parte da agenda decisória da CIT.

Além disso, nas reuniões do CNS foram observados numerosos questionamentos e denúncias sobre iniciativas de privatização no SUS. Apesar de não ter sido identificado um conteúdo propositivo sobre o tema, o CNS posicionou-se claramente, em diferentes momentos, contra quaisquer iniciativas de privatização de serviços públicos, inclusive emitindo notas de repúdio. Duas hipóteses não excludentes podem explicar a ausência de proposições efetivas para o enfrentamento de demandas relacionadas ao tema. A primeira estaria relacionada ao papel do CNS na arena política setorial no período de implantação do SUS, com poder decisório limitado, diante da atuação das comissões intergestores (CORTES; LABRA, 2010). A segunda se relaciona à robustez dos recursos de poder dos prestadores privados, representados no Conselho, que buscam influenciar as decisões governamentais no sentido de ampliar as possibilidades de sua inserção lucrativa no setor (CÔRTEZ, 2009).

Em todas as Conferências de Saúde realizadas no período de análise, a APS foi um tema altamente debatido em diferentes eixos temáticos, evidenciando o caráter transversal e a relevância do tema para a consolidação do SUS. Da mesma forma, temas sobre as relações público-privadas estiveram presentes nos debates bem como no conteúdo deliberativo das conferências analisadas. Vale mencionar que, no que se refere às relações público-privadas, os diferentes pontos abordados traduziam a preocupação com os múltiplos benefícios ao setor privado e suas consequências, tais como a dependência do sistema público, os altos custos e a segmentação da clientela.

Foi possível identificar o investimento na atenção primária, com ênfase na Saúde da Família, como a principal estratégia adotada no sentido de efetivar o acesso universal e romper com o modelo de atenção anterior. A Estratégia Saúde da Família se destacou como a

estratégia hegemônica de organização da APS no país e permaneceu como política prioritária no discurso oficial, ao longo das distintas gestões no período de implantação do SUS.

Ao longo do período de estudo, nas várias instâncias analisadas, foi possível observar certo questionamento ao modelo único preconizado pela ESF para todo o território nacional, bem como distintas prioridades no sentido de enfrentar problemas concretos evidenciados a partir da implantação da estratégia nas diferentes realidades dos diversos municípios brasileiros. Destaca-se que inicialmente a ênfase estava na expansão do programa para pequenos municípios, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, onde as redes de atenção básica eram praticamente inexistentes, o que é corroborado por outros estudos (HEIMANN e MENDONÇA, 2005). No período seguinte, o foco desloca-se para os municípios com população acima de 100.000 habitantes. Já nos dois períodos subsequentes, apesar da opção por estratégias distintas e da continuidade da ampliação da cobertura da ESF em todo o território nacional, o foco das ações esteve centrado na ampliação do escopo das ações no âmbito da APS, bem como em sua resolutividade.

Sobre as relações público-privadas, cabe mencionar que, ao longo de todo o período investigado, as limitadas iniciativas de regulação não intentaram enfrentar o tema de maneira efetiva, a fim de gerar mudanças em sua configuração atual, marcada por iniciativas que atendem mais aos interesses do segmento privado do que os do SUS. Para isso, conforme aponta Santos (2009), faz-se necessária a mudança do objeto de regulação, que seria transferido do mercado de seguros privados para os arranjos público-privados no sistema de saúde. Nesse sentido, Ocké-Reis (2012) assinala que são necessárias alterações substanciais no modelo regulatório da ANS e na norma vigente, que designa a assistência à saúde como livre à iniciativa privada, além do enfrentamento de questões ligadas ao financiamento, tais como o subsídio fiscal a gastos privados com saúde e o boicote ao ressarcimento ao SUS. O enfrentamento dessas questões permitiria combater alguns dos efeitos nocivos do paralelismo do funcionamento do mercado de planos de saúde e do SUS, com destaque para o prejuízo à universalidade, a segmentação da clientela e elevação dos custos (SANTOS, 2011; OCKÉ-REIS, 2012)

Dentre as limitações deste estudo, ressalta-se a inclusão somente de informações obtidas a partir do conteúdo dos registros das discussões efetuadas nas três instâncias, sem incorporar a visão de atores que participaram do processo, por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas. Cabe ressaltar, entretanto, que apesar de suas limitações, o estudo contribui para o debate das políticas de saúde por explorar as discussões de temas altamente relevantes, efetuadas nos espaços decisórios e de negociação intergovernamental,

ao longo da trajetória de implantação do Sistema Único de Saúde. Faz-se necessária a realização de novos estudos que explorem as razões da omissão de determinados aspectos de suma importância para a consolidação do SUS nas discussões efetuadas nesses espaços, principalmente no que diz respeito às relações público-privadas.

Além de elementos de continuidade, como a ênfase no PSF e na regulação das relações público-privadas limitada ao segmento suplementar, observaram-se algumas mudanças incrementais no conteúdo dos debates ao longo dos períodos analisados, que expressaram a conjuntura da política nacional de saúde. No que diz respeito ao tema atenção primária à saúde, destacam-se as discussões relativas à ampliação do escopo das ações no âmbito desse nível de atenção e à inclusão de novos profissionais através do apoio matricial.

Já no que concerne ao tema relações público-privadas, os debates em geral foram mais delimitados a preocupações genéricas com a prestação privada de serviços no SUS e à regulação do setor suplementar na perspectiva de proteção aos consumidores. Em geral, tais discussões não resultaram em propostas mais transformadoras de reconfiguração dos arranjos público-privados no sistema de saúde.

Ressalte-se ainda que os debates sobre os dois temas – atenção primária e relações público-privadas – em geral ocorreram de forma desarticulada, com limitados pontos de contato, como a preocupação ao final dos anos 1990 do aumento das parcerias público-privadas em serviços de APS, associada a condições precárias de contratação dos profissionais; e, no final dos anos 2000, a menção a expansão de novos modelos de gestão.

Pode-se dizer que, no âmbito das instâncias colegiadas do SUS, no período analisado, foram debatidas propostas de mudanças incrementais na organização dos serviços públicos, com destaque para o fortalecimento da atenção primária. Ademais, dificuldades relativas às relações público-privadas foram em alguns momentos reconhecidas e debatidas. Porém, ao menos nessas instâncias, não se construíram de forma consistente estratégias que permitissem rupturas mais radicais com distorções nos arranjos público-privados no sistema, o que seria fundamental para a consolidação de um modelo de atenção à saúde mais efetivo e socialmente justo no país. Isso pode refletir as características mais gerais da condução nacional da política de saúde no país no período (de limitado enfrentamento dessas questões pelos sucessivos governos), a diversidade de interesses dos atores ou ainda os limites de poder decisório dessas instâncias sobre a política nacional.

O enfrentamento dos dilemas mapeados a partir das discussões no âmbito das instâncias colegiadas é um dos desafios para a consolidação do SUS, como sistema público universal, cuja principal porta de entrada e eixo estruturante deveria ser a atenção primária à saúde.

### **Referências**

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 285-306.

BAHIA, L. **Padrões e mudanças nas relações entre o público e o privado no Brasil: planos e seguros de saúde**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 1999.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001, 6 (2): 329-339.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a conduta nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007, 23: 615-26.

BOSCHI, R. R. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil: tendências recentes. In: MELO, C. R., SÁEZ, M. A. (Org.). **A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 303-325.

BOUSQUAT, A.; GOMES; A.; PORTO ALVES; M. C. G. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, 17(11):2913-2921.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990.

CAMPOS, G. W. et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. P. (org.). Manual de Práticas de Atenção Básica -

Saúde Ampliada e Compartilhada - São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 121-142.  
[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/manual\\_das\\_praticas\\_de\\_atencao\\_basica%5B1%5D.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf) (acessado em 29/jul/2014)

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, 2013, 27 (78), 7-26.

CASTRO, A. L. B.; Fausto, M. C. R. **A política brasileira de atenção primária à saúde**. In: Machado, C. V. (Org.). Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 173-196.

CASTRO, A.L.B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 2009.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Alerta: o SUS precisa de mais recursos públicos. Os planos de saúde, não!** 2013. Disponível em <http://cebes.com.br/2013/10/alerta-o-sus-precisa-de-mais-recursos-publicos-os-planos-de-saude-nao/> Acesso em 10 de outubro de 2014.

CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S., LOBATO, L.V.C, org. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 102-128.

CÔRTEZ, S. V. Espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009, 25(7):1626-1633.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ESCOREL, S., BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 83-120.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2005.

FORTES, A.; FRENCH, J. A “Era Lula”, as eleições presidenciais de 2010 e os desafios do pós-neoliberalismo. **Tempo Social, Revista de sociologia da USP**, 2012, 24 (1), 201-228.

GOULART, F. A. A. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Ueberlandia:EDUFU, 2007.

GUIZARDI, F. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis**, 2004, 14(1):15- 39.

HALL, P. A., TAYLOR, R. C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, 2003; 58: 193-224.

HALL, P. **Politics as a Process Structured in Space and Time**. Presentation at the Annual Meeting of the American Political Science Association, Washington D.C. September 4, 2010.

HEINMANN, L. S., Mendonça, M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001, 6 (2): 391-404.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Manifesto Em defesa do SUS e pela extinção de subsídios públicos para planos e seguros de saúde.** 2013. Disponível em <http://www.idec.org.br/pdf/manifesto-26-abril.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2014.

IPEA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise.** IPEA, nº 20, 2012. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/bps\\_20\\_cap03.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_20_cap03.pdf)  
Acesso em 09 de outubro de 2014

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies.** New York: HarperCollins, 1995.

LABRA, M. E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S., LOBATO, L.V.C., org. **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 176-203

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

LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional:** o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. ; BAPTISTA, T. W. F . Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde:** a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. p. 139-162.

MATTOS, R; COSTA, N. R. Financiando o SUS: algumas questões para debate. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2003, 1(2):315-334.

MELLO, G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: Fleury, S.; Bahia, L.; Amarantes, P. (organizadores) **Saúde em Debate**: fundamentos da reforma sanitária. Cebes, 2007. p. 60-67. Artigo originalmente publicado na edição n 3, p.8 -15, 1977.

MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na comissão intergestores tripartite do Sistema Único de Saúde**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ISC, UFBA, 2003.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PIERSON, P. **Politics in time**: history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PIRES, M. R. G. M. et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde e Sociedade**, 2013, 22 (1): 211-222.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011, 16(6): 2743-2752.

SANTOS, M.A.B; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004, 9(3):795-806.

SOARES, S. S. et al. O papel da AB no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **Journal of Managing Primary Health Care**, 2014; 5(2):170-177.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, 2005, 29(71): 268-283.

TEIXEIRA, R. A.; PINTO, E. C. **A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico.** Textos para Discussão 006 | 2012. Disponível em [http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/publicacoes/discussao/2012/IE\\_Teixeira\\_Pinto\\_2012\\_TD006.pdf](http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/publicacoes/discussao/2012/IE_Teixeira_Pinto_2012_TD006.pdf) Acesso em 09 de out 2014.

TEIXEIRA, S. M. F. Assistência Médica Previdenciária - Evolução e crise de uma política social. In: Fleury, S.; Bahia, L.; Amarantes, P. (organizadores) **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária.** Cebes, 2007. p. 87-102. Artigo originalmente publicado na edição n 9, p.21 -36, 1980.

THELEN K., STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: Thelen K, Steinmo, S., Longstreth, F. (Eds.). **Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis.** Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto — lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D´A. ; SILVA, H. P. **Desenvolvimento e institucionalidade da Política Social no Brasil.** In: Machado, C. V. (Org.). Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 31-60.

WALT, G. **Health policy: an introduction to process and power.** London: Zed Books, 1994.

### **Artigo 3 - Atenção primária à saúde no Brasil: composição público-privada na prestação de serviços<sup>32</sup>**

**Ana Luisa Barros de Castro**  
**Cristiani Vieira Machado**  
**Luciana Dias de Lima**  
**Rachel Guimarães Vieira Pitthan**<sup>33</sup>  
**Norhan Sumar Silva**<sup>34</sup>

#### **Resumo**

**Objetivo:** Descrever a composição público-privada na prestação de serviços de atenção primária à saúde (APS) no Brasil.

**Métodos:** O estudo compreendeu o período de 2008 a 2014 e considerou dois eixos: relações entre natureza jurídica, tipos de unidades de atenção primária à saúde e atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS); terceirização de serviços em unidades estatais de APS. Para o primeiro eixo, utilizaram-se dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Para o segundo, analisaram-se os contratos de gestão dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo com Organizações Sociais de Saúde.

**Resultados:** No Brasil, houve crescimento de 13% no total de unidades de APS no período. Apesar do aumento de unidades privadas com fins lucrativos, em 2014 predominavam serviços estatais, com variações entre regiões. A presença do prestador privado foi mais relevante somente nas policlínicas. Apenas 12% das unidades privadas prestavam serviços ao SUS. A terceirização para Organizações Sociais ocorreu de forma distinta nos municípios analisados, abrangendo 62% das unidades básicas em São Paulo e 99% no Rio de Janeiro.

**Conclusões:** A prestação de serviços de APS no Brasil é predominantemente pública. Entretanto, chama atenção o avanço da participação privada na prestação desses serviços no período, inclusive por meio de Organizações Sociais. Possíveis condicionantes são a relevância histórico-estrutural da provisão privada de serviços de saúde no Brasil, os constrangimentos à atuação estatal na prestação de serviços; e a proliferação das

---

<sup>32</sup> Artigo formatado segundo regras da Revista de Saúde Pública – USP, mas ainda não submetido.

<sup>33</sup> Rachel Guimarães Vieira Pitthan é bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>34</sup> Norhan Sumar Silva é bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Organizações Sociais, nas últimas décadas, induzida pelo Estado. São necessários novos estudos sobre as implicações da prestação privada de serviços de APS no que concerne ao acesso, à articulação da rede e aos princípios do SUS.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Parceria Público-Privada; Sistema Único de Saúde

### **Abstract**

**Objective:** To describe the public-private arrangement in the provision of primary health care (PHC) services in Brazil.

**Methods:** The study covered the period from 2008 to 2014 and considered two angles: the relationships between legal classification, types of primary health care units, and services provided to the Unified Health System (SUS), outsourcing of services in state PHC units. Secondary data from the National Register of Health Care Establishments were used for the former. The management agreements with Social Organizations for PHC in the cities of Rio de Janeiro and São Paulo were analyzed for the latter.

**Results:** Brazil registered a 13% increase in the total number of PHC units during the period of the study. Despite the increased number of private, for-profit units, in 2014 state services were predominant, with variations between regions. Private service providers showed greater presence only in the segment of polyclinics. Only 12% of the private units rendered services to the SUS. There were distinct forms of management and service outsourcing to Social Organizations in the municipalities examined, which covered 99% of the basic units in Rio de Janeiro and 62% in São Paulo.

**Conclusions:** The provision of PHC services in Brazil is predominantly public. However, there was noteworthy progression of private interest in the provision of such services during the study period, which included the involvement of Social Organizations. The conditioning factors in this process are: the historical-structural importance of private health care in Brazil; the constraints on the State's role in service provision, and the proliferation of Social Organizations in recent decades, induced by the State. New studies on the implications of private PHC service provision are needed to investigate access to such services, and how they tie in with the network and with the SUS principles.

**Keywords:** Primary Health Care; Public-Private Partnership; Unified Health System

## Introdução

As reformas dos sistemas de saúde a partir dos anos 1980 trouxeram transformações no papel do Estado e do mercado na prestação de serviços de saúde. Tais mudanças estavam inseridas em um cenário mais amplo de reformas estruturais, inspiradas pelas teorias neoutilitaristas que apontavam o Estado como problema ao desenvolvimento e defendiam a limitação de sua atuação nas áreas econômica e social.<sup>9</sup>

A racionalidade econômica foi o principal argumento utilizado para justificar as reformas dos sistemas de saúde. A partir do pressuposto de que não seria mais possível oferecer todos os serviços de saúde em razão das restrições financeiras dos Estados e do crescimento dos gastos, defendia-se a redução da provisão direta do Estado e o aumento da participação do mercado na prestação de serviços de saúde, por meio de novas formas de privatização.<sup>1</sup>

Apesar do cenário de crise econômica ter favorecido a difusão de tais ideias, essas influenciaram de forma distinta os sistemas de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento, com propostas de ajustes mais radicais no que diz respeito aos gastos públicos e população abrangida nos últimos. Em países europeus, as reformas implementadas introduziram mecanismos de mercado na tentativa de promover a competição regulada, embora com diferenças entre os países, a depender da história da configuração do sistema de saúde.<sup>11</sup> Já na América Latina, as reformas em geral foram caracterizadas por mesclar o público e privado na provisão, e pela implantação de pacotes de serviços básicos voltados para a população pobre. Tais medidas reiteram a segmentação dos sistemas e não eliminam as desigualdades.<sup>15</sup>

A presença de distintas concepções de atenção primária à saúde (APS) está fortemente associada ao contexto político e econômico mais amplo. Conforme assinala Conill<sup>7</sup>, em situações de ajustes macroeconômicos, predomina a concepção de APS seletiva, voltada para as populações excluídas; já em conjunturas político-econômicas mais favoráveis, há maior possibilidade de se fortalecer a concepção de APS abrangente, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, com importante papel na garantia de sustentabilidade dos sistemas.

O aumento da participação privada e as substantivas transformações a partir dos distintos arranjos público-privados nos sistemas de saúde tornaram os conceitos de 'público' e 'privado' cada vez mais difusos, principalmente no que diz respeito à provisão de serviços, cujos limites já não são tão claros.<sup>19</sup>

No que concerne à atenção primária à saúde, a adoção de mecanismos de competição e de novas formas de privatização resultaram em diversificação de provedores. As reformas na APS de países europeus, como Portugal, Itália e Inglaterra, reforçam a necessidade de mecanismos de regulação para enfrentar os impactos desses novos arranjos, uma vez que essas experiências sugerem a criação de padrões diferenciados de acesso, mesmo em sistemas com acesso universal.<sup>18</sup> Experiências de contratação de prestadores privados na APS, sob justificativas variadas, foram adotadas em países escandinavos, com resultados pouco conclusivos em termos do custo e efetividade dos sistemas de saúde.<sup>5,14</sup>

Estudos em países de renda baixa e média também sinalizaram a expansão do estabelecimento de contratos com prestadores privados na atenção primária à saúde, embora ainda haja carência de evidências empíricas sobre os resultados desse processo.<sup>17</sup>

Um aspecto inerente à discussão sobre diferentes concepções de atenção primária à saúde, diz respeito ao caráter mercantil ou não mercantil da assistência neste nível de atenção. Conforme assinalam Viana e Fausto<sup>23</sup>, a APS é um bem público, logo, não deveria ser pautada por interesses determinados pelo mercado e por lucros. No entanto, as autoras chamam atenção para o fato de a garantia do espaço não mercantil em algumas políticas estar atrelada à existência ou não de interesses privados voltados para a comercialização desses serviços.

No Brasil, apesar da conjuntura econômica desfavorável dos anos 1980/1990, houve a criação de um sistema público com acesso universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Embora tenha esbarrado em numerosos desafios, a implantação do SUS foi caracterizada pelo processo de descentralização, com ênfase na municipalização, e ampliação do acesso, com mudança do modelo de atenção, por meio da atenção primária à saúde, via indução da Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>24</sup>

Em que pese o sucesso da expansão da ESF no país, este modelo não logrou enfrentar problemas estruturais fundamentais para a configuração da APS como porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora da atenção. Ao contrário, tais problemas afetaram a consolidação de seus princípios, principalmente no que se refere à continuidade do cuidado. Dentre eles, destacam-se as relações entre o setor público e o privado na saúde, que remetem ao período anterior à criação do SUS.

A configuração institucional complexa do sistema de saúde brasileiro, fruto dos variados arranjos entre o público e o privado, deu origem a um padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação, que organiza simultaneamente o SUS e o mercado privado. Observa-se segmentação de clientela segundo lógicas de mercado, com diferenciações

quanto à qualidade e tipo de serviço de saúde disponível <sup>21</sup>, e numerosas ineficiências no conjunto da assistência à saúde no Brasil. <sup>8,16</sup>

No período recente, chama atenção o avanço de propostas reformistas que trazem novos desafios e mudanças expressivas na configuração do sistema de saúde brasileiro. Andreazzi e Bravo<sup>2</sup> ressaltam dois fenômenos que sintetizam tais mudanças: as transformações em curso provocadas pelos avanços recentes da privatização da gestão de programas e unidades de saúde do Estado, que têm gerado mudanças legislativas e a criação de novas personalidades jurídicas, como as Organizações Sociais e as fundações estatais de direito privado; e o processo de concentração, fusões e aquisições, concomitante à abertura de capital de empresas de seguros e serviços de saúde privados do país. O processo de ‘financeirização’ na atenção à saúde no Brasil também foi destacado por Bahia<sup>3</sup>.

Tais fenômenos são de ampla escala e afetam diferentes tipos de serviços de saúde. Uma vez que o segmento ambulatorial é o que evidencia mais oscilação na titularidade público-privada<sup>21</sup>, cabe investigar em que medida os serviços de atenção primária têm sido afetados pelas mudanças recentes.

Diante do peso histórico da participação do setor privado na provisão de serviços de saúde no país e dos diferentes arranjos de financiamento e provisão existentes, o presente estudo teve por objetivo descrever a composição público-privada na prestação de serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Buscou-se analisar a variação das unidades de APS no período recente, segundo natureza jurídica, bem como identificar a participação e as relações entre o setor público e o privado na prestação de serviços de APS no Brasil.

## **Métodos**

O estudo baseou-se em dados de fontes secundárias sobre a composição público-privada na prestação de serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Foram definidos dois eixos de análise: 1) relações entre natureza jurídica, tipos de unidades de atenção primária à saúde e atendimento ao SUS; 2) terceirização de serviços em unidades estatais de APS.

Esses eixos foram desenvolvidos em duas etapas. A primeira consistiu numa análise descritiva do total de estabelecimentos de saúde que oferecem serviços de atenção primária à saúde no Brasil, segundo definição de tipos de estabelecimentos de saúde disponível no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o principal registro administrativo de serviços de saúde no Brasil. Foram considerados somente os seguintes estabelecimentos: Posto de Saúde; Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde (UBS); Policlínica; Unidade

Mista. Para fins deste estudo, não foram incluídos na análise: consultório isolado; unidade móvel fluvial; clínica especializada/ambulatório especializado; serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Cabe mencionar que embora as policlínicas também possam ofertar atendimento ambulatorial especializado, essas foram incluídas no estudo em virtude da definição presente no CNES, que as identifica como unidades de saúde que podem oferecer especialidades básicas. Para complementar as análises desse eixo, foram incluídas as unidades de Serviço de Apoio a Diagnóstico e Terapia (SADT) com oferta de serviços ambulatoriais básicos.

Analisou-se a evolução dessas unidades no Brasil, de janeiro de 2008 a setembro de 2014, por região e unidade da federação, segundo natureza jurídica. A escolha do período de análise justifica-se pela maior confiabilidade dos dados disponíveis no CNES a partir de 2008.

As 13 modalidades institucionais disponíveis para classificação da natureza jurídica da organização no CNES foram agregadas em 5 tipos: estatal - administração direta; estatal - administração indireta; organização social; privado sem fins lucrativos; privado com fins lucrativos. Foram desconsideradas as unidades com natureza jurídica mista, em virtude do pequeno número existente no país (apenas 7 em 2014). Avaliou-se a variação no número de unidades de acordo com a natureza jurídica, ao longo do período investigado, bem como as tendências no que diz respeito à composição público-privada na prestação de serviços no âmbito da atenção primária à saúde no país.

Em uma segunda etapa, selecionaram-se dois municípios de grande porte populacional para analisar as mudanças recentes na terceirização da prestação de serviços, por meio da celebração de contratos com Organizações Sociais. Os municípios selecionados - São Paulo e Rio de Janeiro - representam as duas cidades mais populosas do país, com população estimada de 11.895.893 e 6.453.682 habitantes respectivamente<sup>35</sup>. Ainda que apresentem diferenças no que se refere à conformação da rede de serviços e às relações público-privadas em saúde, os dois municípios expandiram a contratação de OS em unidades de APS nos últimos anos.

Nessa etapa priorizou-se a análise documental, com ênfase nos contratos de gestão e termos aditivos celebrados entre as respectivas secretarias municipais de saúde e diferentes OS. Os contratos de gestão, bem como outras informações relevantes, foram obtidos após consulta às páginas oficiais dessas secretarias na Internet, o que permitiu identificar o grau de terceirização da prestação de serviços de APS nos municípios investigados.

---

<sup>35</sup> IBGE. Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. 2014. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise\\_estimativas\\_2014.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf)

A construção da base de dados a partir do levantamento do material empírico foi realizada com auxílio do software Excel 2003. O estudo, que utilizou somente dados de domínio público e acesso irrestrito, foi aprovado pelo CEP da instituição responsável, Parecer 423.718/2013.

## Resultados

No Brasil, houve crescimento de cerca de 13% no total de estabelecimentos de atenção primária à saúde, de 2008 a 2014, com variações nas tendências observadas entre regiões e estados. As regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram crescimento superior ao nacional, cerca de 16%.

Na análise segundo natureza jurídica, observou-se crescimento nos cinco tipos estudados, com destaque para o privado com fins lucrativos (56,3%), e o estatal - administração indireta (49,5%). Nas demais categorias, foi possível observar discreto aumento no período (Tabela1).

**Tabela 1 - Evolução do número e distribuição de estabelecimentos de atenção primária à saúde, segundo natureza jurídica. Brasil, 2008-2014.**

| Ano                         | Total de unidades de APS |            |              |            |              |            |              |            |              |            |              |            |              |            | Variação 2008/2014 |
|-----------------------------|--------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------------|
|                             | 2008                     |            | 2009         |            | 2010         |            | 2011         |            | 2012         |            | 2013         |            | 2014         |            |                    |
| Natureza Jurídica           | n                        | %          | n            | %          | n            | %          | n            | %          | n            | %          | n            | %          | n            | %          | %                  |
| Estatual, Adm Direta        | 42373                    | 91,0       | 42661        | 90,9       | 42998        | 90,5       | 43448        | 90,4       | 44470        | 88,5       | 45470        | 88,4       | 46443        | 88,2       | 9,6                |
| Estatual Adm. Indireta      | 315                      | 0,7        | 320          | 0,7        | 330          | 0,7        | 365          | 0,8        | 375          | 0,7        | 392          | 0,8        | 471          | 0,9        | 49,5               |
| Organização Social          | 45                       | 0,1        | 55           | 0,1        | 52           | 0,1        | 55           | 0,1        | 49           | 0,1        | 44           | 0,1        | 46           | 0,1        | 2,2                |
| Privado sem fins lucrativos | 629                      | 1,4        | 629          | 1,3        | 642          | 1,4        | 626          | 1,3        | 652          | 1,3        | 660          | 1,3        | 651          | 1,2        | 3,5                |
| Privado com fins lucrativos | 3218                     | 6,9        | 3259         | 6,9        | 3473         | 7,3        | 3573         | 7,4        | 4703         | 9,4        | 4882         | 9,5        | 5030         | 9,6        | 56,3               |
| <b>Total</b>                | <b>46580</b>             | <b>100</b> | <b>46924</b> | <b>100</b> | <b>47495</b> | <b>100</b> | <b>48067</b> | <b>100</b> | <b>50249</b> | <b>100</b> | <b>51448</b> | <b>100</b> | <b>52641</b> | <b>100</b> | <b>13</b>          |

Fonte: CNES

Nota: Dados relativos a setembro de 2014.

Predominaram os estabelecimentos de atenção primária de natureza jurídica estatal direta, que em 2014 representaram 88% do total desses estabelecimentos no país, com pequena variação entre as regiões, sendo a menor proporção encontrada nas regiões centro-oeste e sudeste (83,9%) e a maior na região norte do país (95,2%). Seguem-se as unidades de natureza privada com fins lucrativos, que representam cerca de 10% das unidades de APS no

país, com maior presença nos estados das regiões centro-oeste (14,4%) e sudeste (13,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de estabelecimentos de atenção primária à saúde segundo natureza jurídica, por regiões e UF. Brasil, 2014.

| Região/UF           | Natureza Jurídica    |             |                       |            |                    |            |                             |            |                             |             |              |            |
|---------------------|----------------------|-------------|-----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-------------|--------------|------------|
|                     | Estatal, Adm. Direta |             | Estatal Adm. Indireta |            | Organização Social |            | Privado sem fins lucrativos |            | Privado com fins lucrativos |             | Total        |            |
|                     | n                    | %           | n                     | %          | n                  | %          | n                           | %          | n                           | %           | n            | %          |
| <b>Norte</b>        | <b>4072</b>          | <b>95,2</b> | <b>18</b>             | <b>0,4</b> | <b>2</b>           | <b>0,0</b> | <b>31</b>                   | <b>0,7</b> | <b>155</b>                  | <b>3,6</b>  | <b>4278</b>  | <b>100</b> |
| Acre                | 238                  | 97,1        | 0                     | 0,0        | 0                  | 0,0        | 2                           | 0,8        | 5                           | 2,0         | 245          | 100        |
| Amapá               | 214                  | 99,1        | 0                     | 0,0        | 0                  | 0,0        | 2                           | 0,9        | 0                           | 0,0         | 216          | 100        |
| Amazonas            | 683                  | 94,9        | 3                     | 0,4        | 0                  | 0,0        | 3                           | 0,4        | 31                          | 4,3         | 720          | 100        |
| Pará                | 2001                 | 95,4        | 9                     | 0,4        | 0                  | 0,0        | 9                           | 0,4        | 79                          | 3,8         | 2098         | 100        |
| Rondonia            | 390                  | 92,9        | 3                     | 0,7        | 1                  | 0,2        | 6                           | 1,4        | 20                          | 4,8         | 420          | 100        |
| Roraima             | 192                  | 98,0        | 2                     | 1,0        | 0                  | 0,0        | 2                           | 1,0        | 0                           | 0,0         | 196          | 100        |
| Tocantins           | 354                  | 92,4        | 1                     | 0,3        | 1                  | 0,3        | 7                           | 1,8        | 20                          | 5,2         | 383          | 100        |
| <b>Nordeste</b>     | <b>17963</b>         | <b>93,2</b> | <b>67</b>             | <b>0,3</b> | <b>4</b>           | <b>0,0</b> | <b>169</b>                  | <b>0,9</b> | <b>1075</b>                 | <b>5,6</b>  | <b>19278</b> | <b>100</b> |
| Alagoas             | 1000                 | 96,6        | 4                     | 0,4        | 1                  | 0,1        | 4                           | 0,4        | 26                          | 2,5         | 1035         | 100        |
| Bahia               | 4477                 | 89,1        | 17                    | 0,3        | 1                  | 0,0        | 40                          | 0,8        | 487                         | 9,7         | 5022         | 100        |
| Ceará               | 2373                 | 96,8        | 2                     | 0,1        | 0                  | 0,0        | 20                          | 0,8        | 56                          | 2,3         | 2451         | 100        |
| Maranhão            | 2320                 | 95,4        | 12                    | 0,5        | 0                  | 0,0        | 10                          | 0,4        | 90                          | 3,7         | 2432         | 100        |
| Paraíba             | 1680                 | 97,4        | 0                     | 0,0        | 0                  | 0,0        | 9                           | 0,5        | 36                          | 2,1         | 1725         | 100        |
| Pernambuco          | 2657                 | 96,3        | 13                    | 0,5        | 1                  | 0,0        | 27                          | 1,0        | 60                          | 2,2         | 2758         | 100        |
| Piauí               | 1523                 | 96,5        | 13                    | 0,8        | 0                  | 0,0        | 11                          | 0,7        | 32                          | 2,0         | 1579         | 100        |
| Rio Grande do Norte | 1273                 | 83,8        | 6                     | 0,4        | 0                  | 0,0        | 30                          | 2,0        | 210                         | 13,8        | 1519         | 100        |
| Sergipe             | 660                  | 87,2        | 0                     | 0,0        | 1                  | 0,1        | 18                          | 2,4        | 78                          | 10,3        | 757          | 100        |
| <b>Centro-Oeste</b> | <b>3193</b>          | <b>83,9</b> | <b>16</b>             | <b>0,4</b> | <b>12</b>          | <b>0,3</b> | <b>39</b>                   | <b>1,0</b> | <b>547</b>                  | <b>14,4</b> | <b>3807</b>  | <b>100</b> |
| Distrito Federal    | 178                  | 65,0        | 0                     | 0,0        | 1                  | 0,4        | 11                          | 4,0        | 84                          | 30,7        | 274          | 100        |
| Goiás               | 1421                 | 79,5        | 4                     | 0,2        | 3                  | 0,2        | 21                          | 1,2        | 338                         | 18,9        | 1787         | 100        |
| Mato Grosso         | 960                  | 97,9        | 4                     | 0,4        | 1                  | 0,1        | 2                           | 0,2        | 14                          | 1,4         | 981          | 100        |
| Mato Grosso do Sul  | 634                  | 82,9        | 8                     | 1,0        | 7                  | 0,9        | 5                           | 0,7        | 111                         | 14,5        | 765          | 100        |
| <b>Sudeste</b>      | <b>13937</b>         | <b>83,6</b> | <b>254</b>            | <b>1,5</b> | <b>23</b>          | <b>0,1</b> | <b>258</b>                  | <b>1,5</b> | <b>2196</b>                 | <b>13,2</b> | <b>16668</b> | <b>100</b> |
| Espírito Santo      | 940                  | 85,6        | 3                     | 0,3        | 0                  | 0,0        | 13                          | 1,2        | 142                         | 12,9        | 1098         | 100        |
| Minas Gerais        | 5804                 | 92,2        | 96                    | 1,5        | 13                 | 0,2        | 71                          | 1,1        | 308                         | 4,9         | 6292         | 100        |
| Rio de Janeiro      | 2116                 | 80,2        | 53                    | 2,0        | 0                  | 0,0        | 66                          | 2,5        | 405                         | 15,3        | 2640         | 100        |

|                   |             |             |            |            |           |            |              |             |             |             |              |            |
|-------------------|-------------|-------------|------------|------------|-----------|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| São Paulo         | 5077        | 76,5        | 102        | 1,5        | 10        | 0,2        | 108          | 1,6         | 1341        | 20,2        | 6638         | 100        |
| <b>Sul</b>        | <b>7278</b> | <b>84,5</b> | <b>116</b> | <b>1,3</b> | <b>5</b>  | <b>0,1</b> | <b>154</b>   | <b>1,8</b>  | <b>1057</b> | <b>12,3</b> | <b>8610</b>  | <b>100</b> |
| Paraná            | 2617        | 76,1        | 73         | 2,1        | 2         | 0,1        | 53           | 1,5         | 692         | 20,1        | 3437         | 100        |
| Rio Grande do Sul | 2786        | 89,7        | 18         | 0,6        | 1         | 0,0        | 73           | 2,4         | 228         | 7,3         | 3106         | 100        |
| Santa Catarina    | 1875        | 90,7        | 25         | 1,2        | 2         | 0,1        | 28           | 1,4         | 137         | 6,6         | 2067         | 100        |
|                   |             |             |            |            |           |            | <b>46443</b> | <b>88,2</b> |             |             |              |            |
| <b>Brasil</b>     |             |             | <b>471</b> | <b>0,9</b> | <b>46</b> | <b>0,1</b> | <b>651</b>   | <b>1,2</b>  | <b>5030</b> | <b>9,6</b>  | <b>52641</b> | <b>100</b> |

Fonte: CNES

Nota: Dados relativos a setembro de 2014.

Destaca-se que a participação do setor privado na prestação de serviços de APS foi muito superior à média nacional no Distrito Federal (30,7%), em São Paulo (20,2%), no Paraná (20,1%), em Goiás (18,9 %) e no Rio de Janeiro (15,3%).

No conjunto das unidades de atenção primária à saúde, é expressiva a oferta de serviços ao SUS. Do total de unidades analisadas, cerca de 90% possuem atendimento ao SUS, independentemente da sua natureza jurídica. No entanto, observou-se variação na proporção de unidades que atendem ao SUS, segundo tipo de estabelecimento. Destaca-se a unidade do tipo policlínica, com proporção elevada de unidades que não atendem ao SUS, 72% do total de unidades do país (Tabela 3).

**Tabela 3 - Proporção de estabelecimentos de atenção primária à saúde, por tipo, segundo atendimento ao SUS. Brasil, 2014.**

| Com atendimento ao SUS        | Tipo de Estabelecimento |            |                         |            |             |            |               |            |
|-------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|
|                               | Posto de Saúde          |            | Unidade Básica de Saúde |            | Policlínica |            | Unidade Mista |            |
|                               | n                       | %          | n                       | %          | n           | %          | n             | %          |
| <b>Natureza Jurídica</b>      |                         |            |                         |            |             |            |               |            |
| Administração Direta          | 10327                   | 98,8       | 33940                   | 98,7       | 1265        | 71,8       | 610           | 91,0       |
| Administração Indireta        | 88                      | 0,8        | 315                     | 0,9        | 37          | 2,1        | 12            | 1,8        |
| Organização Social            | 5                       | 0,0        | 34                      | 0,1        | 7           | 0,4        | 0             | 0,0        |
| Privado sem fins lucrativos   | 34                      | 0,3        | 85                      | 0,2        | 135         | 7,7        | 30            | 4,5        |
| Privado com fins lucrativos   | 3                       | 0,0        | 30                      | 0,1        | 318         | 18,0       | 18            | 2,7        |
| <b>Total</b>                  | <b>10457</b>            | <b>100</b> | <b>34404</b>            | <b>100</b> | <b>1762</b> | <b>100</b> | <b>670</b>    | <b>100</b> |
| <b>Sem atendimento ao SUS</b> |                         |            |                         |            |             |            |               |            |
|                               | Posto de Saúde          |            | Unidade Básica de Saúde |            | Policlínica |            | Unidade Mista |            |
| <b>Natureza Jurídica</b>      | n                       | %          | n                       | %          | n           | %          | n             | %          |
| Administração Direta          | 85                      | 68,0       | 175                     | 28,0       | 27          | 0,6        | 0             | 0,0        |
| Administração Indireta        | 1                       | 0,8        | 8                       | 1,3        | 10          | 0,2        | 1             | 2,1        |
| Organização Social            | 0                       | 0,0        | 0                       | 0,0        | 0           | 0,0        | 0             | 0,0        |
| Privado sem fins lucrativos   | 19                      | 15,2       | 73                      | 11,7       | 263         | 5,8        | 18            | 37,5       |
| Privado com fins lucrativos   | 20                      | 16,0       | 369                     | 59,0       | 4250        | 93,4       | 29            | 60,4       |
| <b>Total</b>                  | <b>125</b>              | <b>100</b> | <b>625</b>              | <b>100</b> | <b>4550</b> | <b>100</b> | <b>48</b>     | <b>100</b> |
| <b>Total/tipo de unidades</b> | <b>10582</b>            | <b>---</b> | <b>35029</b>            | <b>---</b> | <b>6312</b> | <b>---</b> | <b>718</b>    | <b>---</b> |

Fonte: CNES

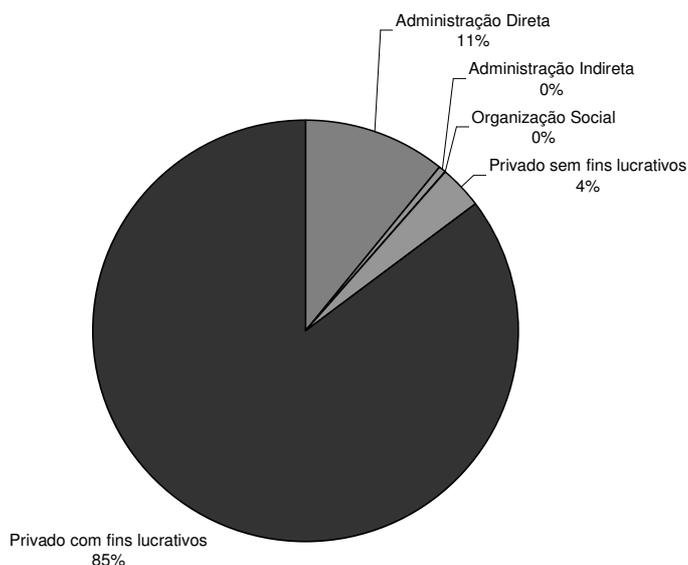
Nota: Dados de setembro de 2014

Já a prestação privada no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil se dá por meio de entidades com e sem fins lucrativos, prevalecendo os prestadores com fins lucrativos (89%) e as unidades do tipo policlínica, que estão concentradas principalmente nas regiões nordeste e sudeste.

Apenas uma pequena parcela das unidades privadas é conveniada ao SUS (12%). Entretanto, a análise por tipo de estabelecimento, segundo oferta ao SUS, revela diferenças substantivas em relação à prestação privada ao SUS, de acordo com o tipo de unidade. Entre as unidades do tipo Postos de Saúde e Unidades Mistas, mais de 50% das unidades de natureza jurídica privada oferecem atendimento a usuários do sistema público de saúde. Já nas demais unidades analisadas, o atendimento ao SUS ocorre em somente 9% do total de Policlínicas e 21% das Unidades Mistas privadas.

A análise das unidades de SADT que oferecem serviços básicos, segundo natureza jurídica, demonstrou crescimento de 32% no total de estabelecimentos, de 2008 a 2014. Em todas as categorias houve crescimento, à exceção da administração indireta, que apresentou decréscimo de cerca de 25%. É expressiva a participação dos estabelecimentos privados com fins lucrativos, que em 2014 representavam cerca de 85% do total dos estabelecimentos no país. A Figura 1 apresenta a distribuição de estabelecimentos de SADT com oferta de serviços básicos no Brasil, segundo natureza jurídica, em 2014.

Figura 1 - Distribuição de estabelecimentos de SADT, com oferta de serviços básicos, segundo natureza jurídica. Brasil, 2014.



Fonte: CNES

Nota: Total de serviços de SADT com oferta de serviços básicos 4861. Dados relativos a setembro de 2014.

A análise da articulação entre o público e o privado na APS, por meio da terceirização, a partir das experiências das cidades de São Paulo (SP) e do Rio de Janeiro (RJ) evidenciou elevada participação de Organizações Sociais na administração e prestação de serviços nas unidades estatais de atenção primária à saúde.

Na cidade de São Paulo, em 2006 foi aprovada lei municipal<sup>36</sup> que autorizou o repasse de serviços municipais de saúde de diferentes tipos mediante contrato de gestão com Organizações Sociais, inclusive na atenção primária.<sup>13</sup> Antes disso existiam serviços sob gestão de OS localizados no município, porém vinculados ao governo estadual, que foi pioneiro na implantação do modelo no país, principalmente em hospitais e ambulatórios especializados.

Entre 2007 e 2008, houve expansão acelerada da contratação das OS para prestação de serviços de APS, em unidades de Saúde da Família e em centros de saúde, com celebração de novos contratos. Nos anos subsequentes, foram ainda emitidos termos aditivos aos contratos iniciais.

Em 2014, havia 452 unidades básicas de saúde municipais distribuídas nas cinco regiões da cidade, com proporção de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família estimada de 36,8%<sup>b</sup>. Do total de unidades básicas, 62% eram administradas por uma das 11 Organizações Sociais atuantes na cidade. Todas as OS eram sediadas no estado de São Paulo e possuíam experiência nas áreas de assistência social e saúde.

No que concerne à regulação dos contratos de gestão com as entidades parceiras, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo anunciou em 2014, a partir do diagnóstico de dificuldades no controle dos contratos, que implementaria mudanças visando maior transparência e fiscalização dos recursos públicos repassados, e maior eficiência dos contratos firmados. Entre as principais mudanças, destacam-se: gestão e regulação totalmente vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde; presença de uma única Organização Social por território; a exigência de uma equipe mínima de profissionais em cada unidade; seleção pública dos funcionários<sup>37</sup>.

No município do Rio de Janeiro, observou-se a implantação radical do modelo de contratação de Organizações Sociais para gerência e prestação de serviços de atenção

---

<sup>36</sup> São Paulo. Lei Nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6196> Acesso em 25 jan 2015.

<sup>37</sup> São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Prefeitura implementará novo modelo de gestão de unidades de saúde na cidade. 2014. Disponível em <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/4972> Acesso em 25 jan 2015.

primária a partir de regulamentação específica em 2009,<sup>38</sup> concomitante à opção política pela expansão acelerada da Estratégia Saúde da Família.

A ‘reforma da APS’ foi favorecida pela mudança do governo municipal e caracterizada pela construção de novas unidades – as Clínicas de Família - sob responsabilidade da empresa pública de obras RioUrbe, com implantação de equipes de Saúde da Família nessas clínicas e nos centros municipais de saúde previamente existentes. O número de unidades de APS aumentou significativamente, com expansão da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família de 6,9% em 2009 para 45,4% em outubro de 2014<sup>39</sup>. Tal expansão acelerada foi realizada mediante contratação de Organizações Sociais para a gerência e prestação de serviços de APS, após processo licitatório, sob argumento de garantir maior agilidade administrativa.

Na nova configuração público-privada, a Prefeitura manteve a responsabilidade sobre a infraestrutura e o financiamento das unidades de atenção primária, enquanto as atribuições de contratação de profissionais e a aquisição de insumos foram transferidas para as Organizações Sociais contratadas.

Em 2014, das 202 unidades de atenção primária à saúde existentes - 130 Centros Municipais de Saúde e 72 Clínicas de Família - 99% encontravam-se sob gestão de cinco OS, atuantes em diferentes regiões da cidade. Dessas, três eram originárias do estado de São Paulo e duas do Rio de Janeiro (Tabela 4).

---

<sup>38</sup> Rio de Janeiro. Lei Nº 5.026, de 19 de maio 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em [http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/31548Lei%205026\\_2009.pdf](http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf) Acesso em 25 jan 2015.

<sup>39</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da Cobertura do Programa Saúde da Família. 2014. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php) Acesso em 10 nov. 2014.

**Tabela 4 - Proporção de estabelecimentos com oferta de serviços vinculados à atenção primária à saúde sob gestão de Organizações Sociais, nos municípios do São Paulo e Rio de Janeiro. 2014.**

| <b>Município</b>   | <b>Total de Unidades de APS existentes</b> | <b>Total de Unidades sob gestão de OS</b> | <b>% sob gestão de OS</b> | <b>Nome da OS/região atuante</b>  | <b>Ano do primeiro Contrato de Gestão</b> |
|--|--|---|---------------------------|---|---|
| <b>São Paulo</b>   | 452  | 281                                       | 62%                       | ASF - Associação Social Saúde da Família/ Sul; Centro-Oeste; Sudeste; Norte         | 2007                                      |
|  |  |   |                           | CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas DR João Amorim/ Sul                           | 2007                                      |
|  |  |   |                           | Albert Einstein - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira/ Sul                   | 2007                                      |
|  |  |   |                           | IAE/UNASP - Instituto Adventista de Ensino/ Sul                                     | 2007                                      |
|  |  |   |                           | MONTE AZUL - Associação Comunitária Monte Azul/ Sul                                 | 2007                                      |
|  |  |   |                           | Santa Marcelina /Leste ; Sudeste  | 2007                                      |
|  |  |   |                           | Santa Catarina - Associação Congregação de Santa Catarina/ Sul                      | 2008                                      |
|  |  |   |                           | FFM - Fundação Faculdade de Medicina da USP / Centro-Oeste                          | 2008                                      |
|  |  |   |                           | Santa Casa de SP/ Centro-Oeste; Norte   | 2008                                      |
|  |  |   |                           | SECONCI -SP / Leste; Sudeste  | 2008                                      |
| SPDM - Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina / Sudeste; Norte | 2008                                       |   |                           |   |   |
| <b>Rio de Janeiro</b>  | 202  | 199                                       | 99%                       | SPDM - Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina /AP 1 ; AP 3.2 ; AP 5.3 | 2009                                      |
|  |  |   |                           | Fiotec/ A.P. 3.1  | 2009                                      |
|  |  |   |                           | Viva Comunidade / AP 2.1 ; AP 3.1 ; AP 3.3  | 2009                                      |
|  |  |   |                           | IABAS - Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde/ AP 4; AP 5.1; AP 5.2        | 2011                                      |
|  |  |   |                           | Instituto Social Fibra / AP 1 ; AP 2.2  | 2011                                      |

**Fonte:**  
SMSDC-RJ  
e SMS-SP.

## Discussão

A prestação de serviços de atenção primária à saúde no Brasil ainda é predominantemente pública. O investimento em ampliação de unidades de APS foi registrado desde os anos 1990, havendo continuidade do crescimento do número dessas unidades no país no período estudado, de 2008 a 2014.

Apesar do crescimento significativo de unidades de atenção primária de natureza jurídica privada, a rede ambulatorial privada ainda é pouco expressiva no cenário nacional, reforçando a tese de que o setor privado tem se consolidado a partir da especialização no segmento de maior complexidade tecnológica.<sup>21</sup> Além disso, a maior parte das unidades privadas de APS identificadas é representada por policlínicas que não prestam serviços ao SUS, expressando a fragmentação do sistema de saúde brasileiro.

Ao contrário do que foi observado nos estabelecimentos de atenção primária, onde há hegemonia pública, a análise dos estabelecimentos de SADT que ofertam serviços ambulatoriais básicos revelou predomínio da prestação privada com fins lucrativos, corroborando com resultados de pesquisas nacionais anteriores, que apontaram expressiva participação do setor privado na oferta de serviços de SADT como um todo, com variações significativas de acordo com a complexidade do serviço, que vão desde 70,5% nos serviços de análises clínicas, a 93,9% em ressonâncias magnéticas<sup>40</sup>. Tal cenário tem sido apontado em diferentes estudos, que chamam atenção para o fato de que os prestadores privados têm se organizado de forma a preencher as lacunas assistenciais do SUS, e desta forma a lógica dos interesses privados vem moldando e afetando não só as decisões no âmbito da gestão pública do sistema de saúde, como também agravando a segmentação da clientela.<sup>25; 26</sup>

Tais achados suscitam questionamentos referentes às limitações à efetividade da APS no Brasil diante do peso da prestação privada e da terceirização de serviços de SADT no país,<sup>40</sup> bem como para o gasto privado das famílias com assistência farmacêutica,<sup>41</sup> elementos fundamentais para a garantia da assistência básica de qualidade, nem sempre ofertados no âmbito das unidades públicas de APS.

Além disso, chama atenção o avanço recente da participação do setor privado na prestação de serviços de APS por meio das OS, principalmente nos grandes centros.<sup>22</sup> Em parte, isso se relaciona à expansão da terceirização por meio da contratação de OS em vários

---

<sup>40</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística de Saúde. Assistência Médico-Sanitária 2009. 2010.

<sup>41</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. 2010.

tipos de serviços de saúde. Pesquisas recentes mostraram que, em 2013, 17 estados (63% do total) e 1216 municípios do país (21,8% do total) já contratavam OS para prestar serviços de saúde<sup>42, 43</sup>. Entre os municípios com mais de 500.000 habitantes, essa proporção era de 56,4%.

O governo do estado de São Paulo foi pioneiro na implantação do modelo de OS na saúde, inicialmente em hospitais e depois em unidades ambulatoriais especializadas.<sup>12</sup> Quanto à atenção primária, houve ainda nos anos 1990 uma experiência de gestão terceirizada de unidades da ESF, na cidade de São Paulo, no distrito de Itaquera, mediante convênio que reuniu o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual e o Hospital Santa Marcelina.<sup>6</sup> Cabe ressaltar, no entanto, que o modelo implementado em Itaquera foi uma experiência pontual em termos da APS, introduzida pela secretaria estadual de saúde.

No que concerne ao município de São Paulo, diferentemente do observado na cidade do Rio de Janeiro, a opção de ampliar a atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família foi anterior à decisão de contratar OS para a prestação de serviços de APS na rede municipal, que só ocorreu em 2006.

Embora as parcerias com OS na APS na cidade de São Paulo tenham se expandido nos anos subsequentes, pode-se dizer que prevalece um modelo misto, onde 38% das unidades ainda permanecem sob administração estatal direta. Talvez a explicação para a existência desse quadro híbrido na APS no município de São Paulo se assente na expansão prévia e gradual do modelo de Saúde da Família em unidades estatais. Outra hipótese se relaciona ao reconhecimento de dificuldades e desafios inerentes ao modelo de contratação de OS, que exigem novas capacidades regulatórias pelos gestores públicos, inclusive pelo caráter recente de sua implantação.

Estudos sobre Organizações Sociais são mais frequentes no que diz respeito aos hospitais, particularmente no estado de São Paulo.<sup>4,21</sup> Os raros estudos sobre a experiência recente de sua expansão em unidades de APS expressam controvérsias. Enquanto alguns

---

<sup>42</sup> IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2013. 2014.

<sup>43</sup> IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Estados Brasileiros 2013. 2014

ressaltam sua pertinência para a flexibilização da contratação de profissionais e gestão dos serviços<sup>44</sup>, outros não identificam vantagens financeiras ou administrativas desse modelo, alegando ainda que a expansão da terceirização representaria uma ameaça às premissas de equidade e universalidade que nortearam a criação do SUS.<sup>2</sup>

Como condicionantes mais amplos para a expansão recente da prestação privada nos serviços de APS, cabe ressaltar as características histórico-estruturais do sistema de saúde brasileiro, marcado pela importância do setor privado na prestação de serviços, que assumiu novas formas no período de implantação do SUS. Ademais, a ampliação de serviços de saúde nas últimas décadas no Brasil ocorreu sob constrangimentos econômicos à expansão do Estado na prestação de serviços, levando a novos arranjos entre público e privado, incluindo novos modelos de terceirização.

Uma limitação desse estudo se relacionou à dificuldade de acesso a dados confiáveis sobre a prestação privada de serviços de APS. Faz-se necessário o aperfeiçoamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no sentido de incorporar informações que contemplem as distintas formas de articulação entre público e privado na saúde. Apesar de esforços recentes, os dados sobre prestação privada de serviços ambulatoriais permanecem subestimados. Outro limite dessa fonte é a consideração somente da natureza jurídica da unidade física, sem identificar de forma precisa a terceirização da prestação de serviços dentro de unidades estatais. O campo criado especificamente com essa finalidade no CNES ainda não tem sido adequadamente preenchido por estados e municípios.

Nesse sentido, o levantamento de dados sobre as OS nos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro foi relevante para a compreensão da magnitude do processo de terceirização de unidades de APS mediante a contratação de OS em alguns grandes centros. No entanto, tais resultados se referem a dois casos específicos, não podendo ser extrapolados para outros municípios do país.

---

<sup>44</sup> Harzheim, E. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013. (<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&eXprSearch=719651&indexSearch=ID>)

Em síntese, dada a escassez de trabalhos sobre o tema na literatura nacional, são necessários novos estudos sobre os arranjos público-privados, incluindo as formas de terceirização de serviços na atenção primária à saúde, que analisem suas repercussões em termos da efetividade da gestão, do acesso, da articulação da rede e dos princípios do SUS.

## Referências

1. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2): 263-86.
2. Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2014; 12 (3): 499-518.
3. Bahia L. Financeirização da Assistência Médico Hospitalar no Governo Lula. In: Machado CV, Baptista TW de F, Lima LD de, organizadores. *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 91-116
4. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15 (5): 2483-495, DOI:10.1590/S1413-81232010000500023.
5. Bjuggren PO. Competition for the market in the Swedish primary health care sector. *Int Rev Law Econ*. 1998; 18:529-41.
6. Capistrano D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estud. Av.[online]*. 1999; 13 (35): 89 – 100. DOI: 10.1590/S0103-40141999000100008.
7. Conill EM. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2253-255.
8. Costa N, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *J Comp Policy Anal*. 2014; 16(5): 441-56, DOI: 10.1080/13876988.2014.942567

9. Evans P. O Estado como problema e solução. Lua Nova [online]. 1993; n. 28-29: 107-57, DOI: 10.1590/S0102-64451993000100006.
10. Ferreira Júnior WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev. Adm. Pública, 2003; 37(2): 243-264.
11. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(11): 1-19.
12. Ibañez N, Bittar O, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo Cienc Saude Colet. 2001; 6 (2): 391-404.
13. Junior NC, Nascimento VB, Costa IMC. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. Saúde Soc. 2011; 20 (4): 971-79
14. Lehto J, Miettinen S, Tynkkynen LK. Framing the decision to contract out elderly care and primary health care services - perspectives of local level politicians and civil servants. BMC Health Services Research. 2012; 12 (17): 201, DOI: 10.1186/1472-6963-12-201
15. Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(5): 490 - 500.
16. Menecucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
17. Palmer N. The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(6):821-829. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560777/pdf/10916919.pdf>).
18. Saltman RB, Rico A, Boerma W. Editors. Primary care on the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006.

19. Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *Eur J Public Health*. 2003; 13: 24-29, DOI: 10.1093/eurpub/13.1.24
20. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev. adm. empres.* 2008; 48( 3): 64-80 DOI: 10.1590/S0034-75902008000300007.
21. Santos MAB; Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9 (3) 795-806.
22. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38, n. especial, 94-108.
23. Viana ALd'Á, Fausto MCR. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. d'Á., ELIAS P. E. M., IBÁÑEZ N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p.150-167.
24. Viana ALd'À , Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005; 15 (supl.):225 -64, DOI: 10.1590/S0103-73312005000300011
25. Santos, AM, Giovanella, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (4): 622-631 DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005045
26. Santos, MAB, Moraes, RM, Passos, SRL. Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (3): 456-65 DOI: 10.1590/S0034-89102012005000028

## **Artigo 4 - Internações por condições sensíveis a atenção primária (CSAP) nas regiões do Brasil<sup>45</sup>**

**Ana Luisa Barros de Castro  
Carla Lourenço Tavares de Andrade<sup>46</sup>  
Cristiani Vieira Machado  
Luciana Dias de Lima**

### **Resumo**

As internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) têm sido utilizadas como indicador de efetividade desse nível de atenção. O artigo explora a associação entre variáveis selecionadas e a proporção dessas internações no Brasil. A pesquisa envolveu a análise descritiva da evolução de indicadores nacionais de 1998 a 2012 e a realização de estudo transversal dos municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes, por região do país, para o ano de 2012, utilizando-se técnicas estatísticas de correlação e regressão linear. Os resultados mostraram discreto declínio na proporção de internações por CSAP no Brasil. Condições socioeconômicas, demográficas e de oferta de médicos no sistema de saúde nos municípios mostraram associação com a proporção de internações por CSAP, com expressão distinta nas cinco regiões do país. Apesar de avanços relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família, permanecem desafios, como a distribuição adequada de médicos e outros profissionais no território nacional e a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família

### **Abstract**

Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations (ACSH) have been used as an indicator of effectiveness of primary health care. The research involved a descriptive analysis of the evolution of national indicators from 1998 to 2012 and the realization of a cross-sectional study of Brazilian municipalities with population over 50,000 inhabitants, by region of the country, for the year 2012, using statistical techniques of correlation and linear regression. There was a slight decline in the proportion of hospitalizations for ACSH in Brazil. Factors related to socioeconomic, demographic and supply of physicians in the health system are associated with the proportion of ACSH admissions, with a different expression in distinct

---

<sup>45</sup> Artigo enviado em agosto de 2014 para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública.

<sup>46</sup> Estatística. Professora Doutora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

regions of the country. Despite advances related to the expansion of the Family Health Strategy, challenges remain, such as the proper distribution of physicians and other professionals in the country and the effective change in the health care model.

Keywords: Primary Health Care; Hospitalization; Health Services; Family Health Strategy.

### **Resumen**

Las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (CSAP) han sido utilizadas como indicador de efectividad de la atención primaria. El artículo explora la asociación entre variables seleccionadas y la proporción de CSAP en Brasil. La investigación incluyó el análisis descriptivo de la evolución de indicadores nacionales de 1998 a 2012 y la realización de un estudio transversal de los municipios brasileños con población de más de 50 mil habitantes, por región del país, para el año 2012, para el que se utilizaron técnicas estadísticas de correlación y regresión lineal. Los resultados muestran discreta disminución en la proporción de CSAP. Las condiciones socio-económicas, demográficas y de oferta de médicos en los municipios mostraron asociación con la proporción de CSAP, con diferentes expresiones en las regiones del país. A pesar de los avances relacionados con la expansión de la Estrategia de Salud Familiar, permanecen desafíos como la distribución adecuada de médicos y otros profesionales en el territorio nacional y el cambio del modelo de atención.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Hospitalización; Servicios de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

## Introdução

Nas últimas décadas, o debate sobre o papel e a importância da atenção primária à saúde (APS) na organização dos sistemas ganhou destaque internacionalmente<sup>1,2,3</sup>. Diferentes estudos reconhecem vantagens nos sistemas de saúde centrados na atenção primária em relação aos baseados em cuidados especializados, com destaque para questões referentes à equidade, ao acesso, ao menor custo, à continuidade do cuidado, bem como melhorias nos indicadores de saúde da população<sup>4,5</sup>.

Tal debate é permeado por diferentes concepções de APS. A perspectiva abrangente aponta a APS como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz. Já a concepção seletiva, refere-se a um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para combater as principais doenças que acometem as populações pobres, especialmente nos países em desenvolvimento<sup>6</sup>.

As concepções de atenção primária variam nos diferentes sistemas de saúde em função das características gerais da proteção social – mais universalista ou focalizada – e das particularidades da trajetória das políticas de saúde, conformadas em diferentes contextos sociais, políticos e econômicos, sob interesses conflitantes. Nas décadas de 1980 e 1990, a concepção de atenção primária seletiva predominou nos processos de reforma dos sistemas de saúde na maior parte dos países latino-americanos<sup>7, 8</sup>. Nos anos 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconheceram os limites da proposta seletiva e lançaram a estratégia designada como “Renovação da APS nas Américas”, em defesa da adoção de uma perspectiva abrangente de APS, ainda que adaptável ao contexto dos distintos países<sup>9,2</sup>.

O reconhecimento da relevância da organização dos sistemas de saúde a partir da atenção primária também impulsionou o desenvolvimento de propostas de avaliação de sua efetividade em termos da redução da morbidade e mortalidade por diferentes condições. Ainda nos anos 1990, Billings et al<sup>10</sup> propuseram o termo Condições Sensíveis a Atenção Primária – CSAP (*Ambulatory Care Sensitive Conditions – ACSC*) para designar um conjunto de problemas de saúde para os quais a ação nesse nível de atenção diminuiria o risco de internações, por meio de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de condições agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas.

Embora as ‘internações por CSAP’ possuam natureza diversa e sofram influência de fatores como renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde privados ou especializados<sup>11</sup>,<sup>12</sup>, tal indicador tem sido amplamente utilizado como medida de acesso e efetividade dos

cuidados ofertados neste nível de atenção, compondo a lista de indicadores de qualidade da atenção primária nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Dentre os efeitos deletérios ao sistema de saúde gerados por internações “desnecessárias”, relacionadas às CSAP, Carneiro, Caldeira, e Santana<sup>13</sup> destacam o aumento de iatrogenias e de custos, com repercussão na assistência à saúde de forma global.

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em países em desenvolvimento, com o crescimento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, colocam novos desafios para a organização e a avaliação do desempenho da atenção primária no contexto dos sistemas de saúde.

No Brasil, desde meados da década de 1990 o governo federal tem investido na reorganização da APS no país, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), que alcançou cobertura estimada de mais de 56% da população brasileira em 2013. Essa expansão foi expressiva, porém desigual no país, marcada por um ritmo mais acelerado nos municípios de pequeno e médio porte e dificuldades em grandes centros urbanos, relacionados às características prévias dos sistemas de saúde e maior presença do setor privado, entre outros fatores<sup>14, 15</sup>.

Além disso, numerosos estudos apontam limitações no acesso, na continuidade e na qualidade da assistência prestada neste nível de atenção<sup>16, 17, 18</sup>. Em consequência, a partir dos anos 2000 expandiram-se as iniciativas de monitoramento e avaliação da APS no Brasil.

Nesse contexto, após intenso debate entre especialistas, o Ministério da Saúde propôs a lista brasileira de grupos de causas de internações e diagnósticos considerados condições sensíveis à atenção primária<sup>19</sup>. Vale ressaltar a importância da adaptação da lista ao contexto brasileiro, visto que as características dos sistemas de saúde, os perfis epidemiológicos e a carga de doenças diferem entre países<sup>20</sup>. Além disso, o processo de adaptação é importante para garantir validade, confiabilidade e representatividade da lista, além de ser um pré-requisito fundamental para a utilização.

Diferentes estudos sugerem um impacto positivo da expansão da Estratégia Saúde da Família na redução de internações por CSAP em municípios brasileiros<sup>21, 22, 23</sup>. No entanto, os índices de internações por CSAP no Brasil permanecem elevados – em geral, acima de 20% das internações - em comparação a outros países com sistemas de saúde universais, tais como Espanha e Austrália, que apresentam taxas de internações por CSAP em torno de 7 a 13%, respectivamente<sup>24</sup>.

Nesse sentido, a pesquisa apresentada no artigo foi orientada pela seguinte questão: que fatores estão associados à ocorrência de internações por CSAP no Brasil? Partiu-se da

hipótese geral de que a ocorrência dessas internações pode ser influenciada por distintas variáveis, como condições socioeconômicas, demográficas, de oferta de serviços e de configuração do sistema de saúde. Porém, dada a heterogeneidade territorial do país, essa influência não ocorreria de forma homogênea entre as regiões brasileiras.

Este artigo tem o propósito de apresentar os resultados do estudo, que analisou as variáveis associadas à ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde nos municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes, separadamente pelas cinco grandes regiões do país.

## **Método**

No desenho do estudo, definiu-se como variável dependente (ou desfecho) a proporção de internações por condições sensíveis a atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Já as condições que poderiam expressar associações com o desfecho foram designadas como variáveis independentes, expressas pelos seguintes indicadores selecionados:

- a) Condições socioeconômicas – o indicador IDH-Municipal foi utilizado como *proxy*;
- b) Condições demográficas – o indicador proporção da população com 60 anos ou mais foi selecionado, devido ao maior risco de internações entre os idosos;
- c) Oferta de serviços de saúde – esse grupo envolveu indicadores relativos ao modelo de atenção básica (cobertura da Estratégia Saúde da Família), à oferta de profissionais médicos, de leitos e de equipamentos diagnósticos. No último caso, foram selecionados os principais equipamentos diagnósticos que, na visão dos autores, seriam necessários para atendimento às pessoas com condições incluídas na Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária<sup>19</sup>. Embora o mamógrafo não esteja diretamente relacionado às condições presentes na referida lista, tal equipamento também foi incluído no estudo pela sua relevância para diagnóstico do câncer de mama, cujas taxas de incidência e mortalidade permanecem elevadas no Brasil<sup>25</sup>;
- d) Peso dos planos privados no sistema de saúde – proporção de beneficiários de planos privados de saúde na população, que reflete a importância do setor privado suplementar.

Este estudo foi efetuado em duas etapas, a partir das bases de dados nacionais. A primeira consistiu em uma análise exploratória descritiva em série temporal do Brasil, abrangendo o período de 1998 a 2012. Analisou-se a evolução de parte dos indicadores incluídos no modelo de análise, bem como a variação percentual no período. O ano de 1998 foi selecionado, pois representa o início do registro oficial do número de equipes de saúde da família implantadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Utilizou-se o ano de 2012 como ano mais recente, para assegurar a disponibilidade e confiabilidade dos dados. Cabe ressaltar que o IDHM não estava disponível para os anos de 1998 e 2012. No entanto, pela sua importância como *proxy* das condições socioeconômicas da população, foram levantados os dados do IDHM referentes aos anos de 2000 e 2010. Por outro lado, no que diz respeito à oferta de serviços, foram utilizados nessa etapa somente os indicadores relativos à atenção básica (cobertura da ESF), oferta de médicos e leitos hospitalares. Os indicadores referentes à oferta de equipamentos diagnósticos não foram incluídos por limites de disponibilidade e comparabilidade, visto que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – ainda não havia sido implantado em 1998.

A segunda etapa consistiu na realização de um estudo ecológico, comparando as regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) no ano de 2012, a partir da construção de uma base de dados dos municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes (n=614).

A base de dados inicialmente incluiu todas as internações hospitalares realizadas em 2012, segundo município de residência do paciente, registradas pelo Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Calculou-se a proporção de internações por condições sensíveis a atenção primária (variável desfecho), considerando a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária adotada pelo Ministério da Saúde<sup>19</sup>. A seleção dos municípios com população acima de 50.000 habitantes como unidade de análise do estudo ocorreu após aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, que avalia se a variável desfecho segue uma distribuição normal, pressuposto para realização da técnica estatística de regressão linear. Todas as variáveis utilizadas na primeira etapa do estudo foram incorporadas nesta fase. O quadro 1 expõe de forma sintética as variáveis e os indicadores incluídos no estudo, suas fórmulas de cálculo e a fonte de dados. Para cálculo dos indicadores, foram utilizadas as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

**Quadro 1 - Variáveis e indicadores incluídos no estudo.**

| Variáveis/Indicadores  | Forma de cálculo   | Fonte                      |
|--|--|----------------------------|
| <b>Variável dependente</b>   |  |                            |
| <i>Internações por condições sensíveis à atenção primária</i>          |  |                            |
| Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção primária    | Número de pessoas internadas por procedimentos classificados na Portaria 221 da SAS/MS, 17/04/2008 como sensíveis à atenção primária/ Total de internações x 100 | SIH/SUS                    |
| <b>Variáveis independentes</b>   |  |                            |
| <i>Condições socioeconômicas</i>                                       |  |                            |
| IDHM   | $\sqrt[3]{\text{IDHM longevidade} \times \text{IDHM educação} \times \text{IDHM renda}}$   | PNUD                       |
| <i>Condições demográficas</i>  |  |                            |
| Proporção da população com 60 anos ou mais                             | População com idade igual ou superior a 60 anos/ população total X 100   | IBGE                       |
| <i>Oferta de serviços de saúde</i>                                     |  |                            |
| Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF)  | Estimativa da população coberta pela ESF/ população x 100  | MS/SAS/DAB e IBGE          |
| Total de Leitos /1.000 habitantes                                      | Leitos de internação existentes/população x 1.000  | MS/SAS/SIH/SUS CNES e IBGE |
| Proporção de leitos SUS  | Leitos SUS/leitos de internação existentes x 100   | MS/SAS/SIH/SUS CNES e IBGE |
| Leitos privados/1.000 habitantes                                       | Leitos não SUS/ população X 1.000  | MS/SAS/SIH/SUS CNES e IBGE |
| Médicos/ 1.000 habitantes  | Total de médicos (indivíduos segundo CBO 2002)/população X 1.000   | CFM e IBGE                 |
| Proporção de médicos SUS   | Total de médicos que atendem no SUS (indivíduos segundo CBO 2002) /total de médicos X 100  | CNES e IBGE                |
| ECG /10.000 habitantes   | ECG existentes/população x 10.000  | CNES e IBGE                |
| ECG disponíveis ao SUS/10.000 habitantes                               | ECG existentes disponíveis ao SUS/população x 10.000   | CNES e IBGE                |
| Endoscópios digestivos/ 10.000 habitantes                              | Endoscópios digestivos existentes/população x 10.000   | CNES e IBGE                |
| Endoscópios digestivos disponíveis ao SUS /10.000 habitantes           | Endoscópios digestivos existentes disponíveis ao SUS/população x 10.000  | CNES e IBGE                |
| Mamógrafos /10.000 habitantes  | Mamógrafos existentes/população x 10.000   | CNES e IBGE                |
| Mamógrafos disponíveis ao SUS /10.000 habitantes                       | Mamógrafos existentes disponíveis ao SUS/população x 10.000  | CNES e IBGE                |
| Equipamentos de radiologia médica total/10.000 habitantes              | Equipamentos de radiologia médica existentes/população x 10.000  | CNES e IBGE                |
| Equipamentos de radiologia médica disponíveis ao SUS/10.000 habitantes | Equipamentos de radiologia médica disponíveis ao SUS/população x 10.000  | CNES e IBGE                |
| Equipamentos de Ultrassonografia/ 10.000 habitantes                    | Equipamentos de Ultrassonografia existentes/população x 10.000   | CNES e IBGE                |
| Equipamentos de Ultrassonografia disponível ao SUS/10.000 habitantes   | Equipamentos de Ultrassonografia disponíveis ao SUS/população x 10.000   | CNES e IBGE                |
| <i>Peso dos planos privados no sistema de saúde</i>                    |  |                            |
| Proporção de beneficiários de planos de saúde                          | Beneficiários de planos de saúde/população X 100   | ANS e IBGE                 |

**Fonte: Elaboração própria.**

Com o intuito de verificar se as variáveis selecionadas estão associadas à proporção de internações por CSAP nos diferentes municípios e regiões brasileiras, foram utilizadas as técnicas estatísticas de correlação e regressão linear. A dependência linear entre as variáveis foi medida através do Coeficiente de Correlação de Pearson, que avalia o sentido (positivo ou negativo) e a intensidade da relação entre as variáveis, que foi classificada como fraca ( $r = > 0$  e  $\leq 0,3$ ), moderada ( $r = > 0,3$  e  $\leq 0,6$ ) ou forte ( $r = > 0,6$  e  $\leq 0,9$ )<sup>26</sup>. Todas as variáveis com associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) foram incluídas na análise.

A seguir, foram efetuadas cinco análises de regressão linear múltipla com intuito de identificar quais dentre as variáveis independentes melhor explicam a variação do desfecho em cada região do país.

A construção da base de dados a partir dos dados disponíveis no SIH/SUS foi efetuada com auxílio do programa SAS (“Statistical Analysis System”). Para cálculo dos indicadores e análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS (“Statistical Package for the Social Sciences”). Foram utilizados somente dados de domínio público e acesso irrestrito. O estudo compõe um projeto mais amplo que foi aprovado pelo CEP da instituição responsável.

## **Resultados**

A análise inicial demonstrou que entre 1998 e 2012 houve uma diminuição da proporção de internações por condições sensíveis a atenção primária de cerca de 15% no Brasil. No que diz respeito à oferta de serviços, observou-se aumento nacional em mais de 700% na cobertura populacional pela ESF, enquanto a disponibilidade de médicos por mil habitantes cresceu cerca de 16% no mesmo período. Chama ainda a atenção a redução de mais de 20% da disponibilidade de leitos totais e privados no país no período (Tabela 1).

**Tabela 1 - Evolução de indicadores selecionados. Brasil, 1998 e 2012**

| <i>Indicador</i>  | <i>1998</i> | <i>2012</i> | <i>Variação<br/>média<br/>1998-2012 (%)</i> |
|---|-------------|-------------|---|
| <b>Variável dependente</b>  |             |             |   |
| Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção primária   | 24,1        | 20,4        | -15,35%                                     |
| <b>Variáveis independentes</b>  |             |             |   |
| IDHM* (2000-2010)   | 0,61        | 0,73        | 18,79%                                      |
| Proporção da população com 60 anos ou mais                            | 7,85        | 10,77       | 37,15%                                      |
| Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) | 6,55        | 54,84       | 737,25%                                     |
| Total de leitos/1.000 habitantes                                      | 3,05        | 2,35        | -22,95%                                     |
| Proporção de leitos não SUS   | 23,17       | 36,67       | 58,26%                                      |
| Leitos privados/1.000 habitantes                                      | 2,05        | 1,49        | -27,32%                                     |
| Médicos/ 1.000 habitantes   | 1,69        | 1,95        | 15,38%                                      |

Fonte: Proporção de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – PROADESS

IDHM – PNUD

Proporção da população com 60 anos ou mais - IBGE

Proporção da população coberta pela ESF - DAB/MS

Total de leitos/1.000 habitantes – MS/SAS/SIH/SUS CNES e IBGE

Proporção de leitos não SUS - MS/SAS/SIH/SUS CNES e IBGE

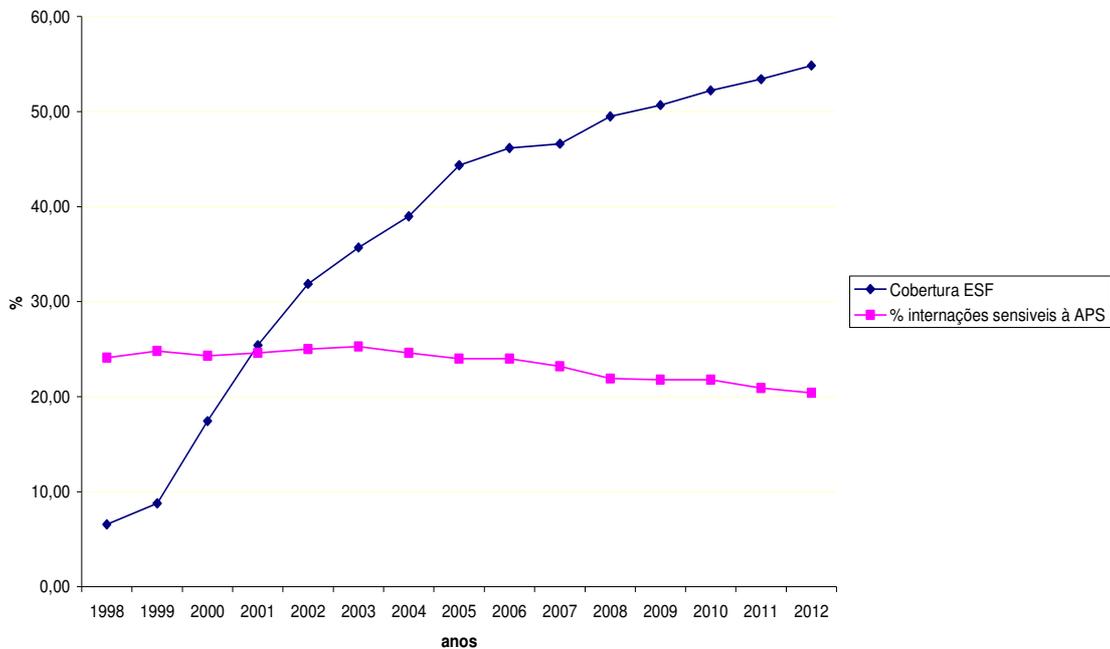
Leitos privados/1.000 habitantes - MS/SAS/SIH/SUS CNES e IBGE

Médicos/1.000 habitantes - CFM e IBGE

Vale ressaltar que, o IDH-M, apesar de não disponível para os anos de 1998 e 2012, apresentou queda expressiva de quase 19% entre 2000 e 2010, segundo os dados do PNUD.

O Gráfico 1 mostra a evolução anual da cobertura pela ESF e da proporção de internações por CSAP, no período de 1998 a 2012. A cobertura pela ESF apresentou tendência ascendente em todo o período. Já em relação à proporção de internações por CSAP, observa-se a manutenção de um padrão estável em patamares elevados, em torno de 24%, nos dez primeiros anos da série, com ligeira queda a partir de 2008, alcançando 20,4% em 2012.

Gráfico 1 - Evolução da cobertura pela ESF e percentual de internações sensíveis a AP. Brasil, 1998 - 2012.



Fonte: DAB e PROADESS

Os resultados da análise do banco de dados dos 614 municípios agregados por região referentes ao ano de 2012, por meio da utilização das técnicas de correlação de Pearson e da análise de regressão linear encontram-se expostos nas tabelas 2 e 3.

A Tabela 2 mostra que nenhuma das variáveis analisadas mostrou correlação significativa com as internações por CSAP na região Centro Oeste. Nas demais regiões, o mesmo ocorreu com quatro variáveis: leitos privados por 1.000 habitantes; proporção de médicos SUS; ECG total por 1.000 habitantes e ultrassonografia total por 1.000 habitantes.

**Tabela 2**  
**Coefficiente de correlação de Pearson (r) e p-valor (p). Correlação entre proporção de internações por CSAP e variáveis associadas nas diferentes regiões brasileiras, 2012.**

| Variável   | Centro Oeste<br>(n= 35) | Norte<br>(n= 63) | Regiões              |                     | Sul<br>(n= 101) |
|--|-------------------------|------------------|----------------------|---------------------|-----------------|
|  |                         |                  | Nordeste<br>(n= 174) | Sudeste<br>(n= 241) |                 |
| <b>IDHM</b>  |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | - 0,257                 | - 0,354          | - 0,356              | - 0,207             | -0,426          |
| <i>P- valor</i>  | 0,136                   | 0,004            | 0,000                | 0,001               | 0,000           |
| <b>Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF)</b> |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | - 0,002                 | - 0,043          | 0,023                | 0,198               | -0,089          |
| <i>P- valor</i>  | 0,990                   | 0,740            | 0,763                | 0,002               | 0,374           |
| <b>Total de Leitos /1.000 habitantes</b>                                     |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | 0,141                   | 0,229            | 0,334                | 0,065               | 0,149           |
| <i>P- valor</i>  | 0,434                   | 0,107            | 0,000                | 0,342               | 0,150           |
| <b>Proporção de leitos SUS</b>   |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | 0, 229                  | 0,368            | 0,264                | 0,213               | 0,116           |
| <i>P- valor</i>  | 0,240                   | 0,032            | 0,003                | 0,003               | 0,278           |
| <b>Leitos privados/1.000 habitantes</b>                                      |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | 0,225                   | - 0,054          | 0,080                | - 0,055             | 0, 018          |
| <i>P- valor</i>  | 0,215                   | 0,716            | 0,382                | 0,422               | 0,863           |
| <b>Médicos/ 1.000 habitantes</b>   |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | - 0,224                 | - 0,364          | - 0,217              | - 0,067             | - 0,237         |
| <i>P- valor</i>  | 0,197                   | 0,003            | 0,004                | 0,302               | 0,017           |
| <b>Proporção de médicos SUS</b>  |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | - 0,062                 | 0,168            | 0,111                | 0, 089              | 0,170           |
| <i>P- valor</i>  | 0,724                   | 0,189            | 0,143                | 0,169               | 0,089           |
| <b>Proporção da população com 60 anos ou mais</b>                            |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | 0,218                   | 0,229            | 0,252                | 0, 223              | 0,379           |
| <i>P- valor</i>  | 0,209                   | 0,072            | 0,001                | 0,000               | 0,000           |
| <b>Proporção de beneficiários de planos de saúde</b>                         |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | 0,085                   | - 0,333          | - 0,355              | - 0,237             | - 0,390         |
| <i>P- valor</i>  | 0, 629                  | 0,008            | 0,000                | 0,000               | 0,000           |
| <b>ECG /10.000 habitantes</b>  |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | - 0,034                 | - 0,196          | - 0,025              | 0,033               | - 0,040         |
| <i>P- valor</i>  | 0,846                   | 0,127            | 0,742                | 0,607               | 0,692           |
| <b>ECG disponíveis ao SUS/10.000 habitantes</b>                              |                         |                  |                      |                     |                 |
| Correlação de Pearson  | 0,171                   | 0,108            | 0,178                | - 0,014             | 0,106           |

|   |         |         |       |         |         |
|---|---------|---------|-------|---------|---------|
| <i>P- valor</i>   | 0,325   | 0,407   | 0,020 | 0,830   | 0,290   |
| <b>Endoscópios digestivos/ 10.000 habitantes</b>                              |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | - 0,058 | - 0,099 | 0,169 | 0,074   | - 0,097 |
| <i>P- valor</i>   | 0,750   | 0,476   | 0,034 | 0,259   | 0,342   |
| <b>Endoscópios digestivos disponíveis ao SUS /10.000 habitantes</b>           |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | 0,178   | 0,260   | 0,276 | 0,182   | - 0,008 |
| <i>P- valor</i>   | 0,355   | 0,062   | 0,001 | 0,006   | 0,939   |
| <b>Mamógrafos /10.000 habitantes</b>  |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | 0,186   | - 0,019 | 0,123 | 0,165   | - 0,060 |
| <i>P- valor</i>   | 0,299   | 0,911   | 0,156 | 0,012   | 0,568   |
| <b>Mamógrafos disponíveis ao SUS /10.000 habitantes</b>                       |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | 0,313   | 0,119   | 0,224 | 0,215   | - 0,009 |
| <i>P- valor</i>   | 0,087   | 0,498   | 0,014 | 0,002   | 0,931   |
| <b>Equipamentos de radiologia médica total/10.000 habitantes</b>              |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | - 0,017 | - 0,257 | 0,004 | - 0,044 | - 0,266 |
| <i>P- valor</i>   | 0,923   | 0,044   | 0,957 | 0,492   | 0,007   |
| <b>Equipamentos de radiologia médica disponíveis ao SUS/10.000 habitantes</b> |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | 0,118   | 0,025   | 0,187 | 0,111   | - 0,120 |
| <i>P- valor</i>   | 0,501   | 0,846   | 0,014 | 0,084   | 0,232   |
| <b>Equipamentos de Ultrassonografia/ 10.000 habitantes</b>                    |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | 0,039   | - 0,170 | 0,056 | 0,115   | - 0,076 |
| <i>P- valor</i>   | 0,823   | 0,184   | 0,467 | 0,076   | 0,448   |
| <b>Equipamentos de Ultrassonografia disponível ao SUS/10.000 habitantes</b>   |         |         |       |         |         |
| Correlação de Pearson   | 0,135   | - 0,017 | 0,153 | 0,218   | - 0,082 |
| <i>P- valor</i>   | 0,441   | 0,893   | 0,044 | 0,001   | 0,415   |

Fonte: Coeficiente de correlação de Pearson (r) e p valor calculados a partir do SPSS. Correlação fraca ( $r = > 0$  e  $\leq 0,3$ ), Correlação moderada ( $r = > 0,3$  e  $\leq 0,6$ ) e Correlação forte ( $r = > 0,6$  e  $\leq 0,9$ ).

As demais variáveis independentes incluídas no modelo mostraram correlação fraca ou moderada com as internações por CSAP em ao menos uma região. Vale destacar que somente as variáveis IDHM e proporção de beneficiários de planos de saúde apresentaram correlação negativa com a variável desfecho nas quatro regiões (Norte, Nordeste, Sudeste e Sul). Outras variáveis que se destacaram ao apresentar correlação significativa para três diferentes regiões foram: proporção de idosos (correlação positiva moderada no Sul, fraca no Nordeste e Sudeste); proporção de leitos SUS (correlação positiva moderada na Norte, fraca no Nordeste e Sudeste); total de médicos por 1.000 habitantes (correlação negativa moderada na Norte, fraca no Nordeste e Sul).

As variáveis relativas à oferta de equipamentos diagnósticos mostraram correlação fraca com as internações por CSAP em apenas uma ou duas regiões.

Já a proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família apresentou correlação negativa estatisticamente significativa com as internações por CSAP somente na região sudeste do país, ainda assim classificada como fraca.

A Tabela 3 apresenta os resultados da regressão linear, que foi realizada para as cinco regiões do país. No caso da região Centro-Oeste, assim como na análise de correlação, na qual não houve associação estatisticamente significativa, nenhuma variável independente pode ser inserida na equação de regressão linear. Assim, a Tabela 3 expõe os resultados da regressão linear para quatro regiões (Norte, Nordeste, Sul e Sudeste).

**Tabela 3**  
**Regressão linear múltipla entre proporção de internações por CSAP e variáveis associadas, segundo regiões. Brasil, 2012.**

| <b>Região</b>          | <b>Variável</b>  | <b>Coefficiente (B)</b> | <b>Beta</b>  | <b>P valor</b> | <b>R<sup>2</sup> (%)</b> |
|------------------------|--|-------------------------|--------------|----------------|--------------------------|
| <b>Região Norte</b>    |  |                         |              |                | 29,1                     |
|                        | <i>Constante</i>   | 78,64                   |              | 0,001          |                          |
|                        | IDHM   | -84,66                  | -0,539       | 0,012          |                          |
| <b>Região Nordeste</b> |  |                         |              |                | 39,4                     |
|                        | <i>Constante</i>   | 13,52                   |              | 0,000          |                          |
|                        | Total de Médicos por 1.000 habitantes                                      | -4,61                   | -0,450       | 0,000          |                          |
|                        | Total de leitos por 1.000 habitantes                                       | 2,61                    | 0,410        | 0,000          |                          |
|                        | Equipamentos de radiologia médica disponíveis ao SUS por 10.000 habitantes | 5,75                    | 0,345        | 0,000          |                          |
| <b>Região Sudeste</b>  |  |                         |              |                | 23,2                     |
|                        | <i>Constante</i>   | 32,77                   |              | 0,000          |                          |
|                        | Proporção da população com 60 anos ou mais                                 | 0,862                   | 0,391        | 0,000          |                          |
|                        | IDHM   | -35,96                  | -0,246       | 0,003          |                          |
|                        | Total de Leitos por 1.000 habitantes                                       | -0,467                  | -0,196       | 0,016          |                          |
|                        | ECG disponíveis ao SUS por 10.000 habitantes                               | -2,26                   | -0,184       | 0,010          |                          |
|                        | Equipamentos de Ultrassonografia disponíveis ao SUS por 10.000 habitantes  | 2,50                    | 0,178        | 0,019          |                          |
|                        | Proporção de leitos SUS  | 0,039                   | 0,160        | 0,043          |                          |
| <b>Região Sul</b>      |  |                         |              |                | 23,0                     |
|                        | <i>Constante</i>   | 60,49                   |              | 0,000          |                          |
|                        | IDHM   | -65,28                  | -0,396       | 0,000          |                          |
|                        | <i>Proporção da população com 60 anos ou mais</i>                          | <i>0,604</i>            | <i>0,248</i> | <i>0,019</i>   |                          |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Coeficiente (B), Beta, R<sup>2</sup> e p valor calculados a partir do SPSS.

No que concerne à região Norte, dentre as variáveis que apresentaram correlação com o desfecho, a variável IDHM é aquela com maior poder de explicação para a proporção de internações por CSAP. O IDHM consegue explicar, em média, 29,1% da variação da proporção de internações por CSAP nessa região, sendo que o aumento de uma unidade do IDHM está associado à redução de 84,6 pontos na proporção de internações por essas causas, mantidas as demais variáveis do modelo constantes.

Já na região Nordeste, três variáveis se destacaram na regressão linear múltipla: o total de médicos por mil habitantes; o total de leitos por mil habitantes e equipamentos de radiologia médica disponíveis ao SUS por 10.000 habitantes. Juntas, essas três variáveis independentes conseguem explicar 39,4% da variação da proporção de internações por CSAP na região nordeste. Dessas, a variável que melhor explica o desfecho nessa região é o total de médicos por 1.000 habitantes. É possível observar a redução de 4,6 pontos na proporção das internações por CSAP na região nordeste a cada aumento de uma unidade no total de médicos por 1.000 habitantes.

Na região Sudeste, seis indicadores explicam significativamente o desfecho: proporção da população com 60 anos ou mais, IDHM; total de leitos por 1.000 habitantes; equipamentos de ECG disponíveis ao SUS por 10.000 habitantes; equipamentos de ultrassonografia disponíveis ao SUS por 10.000 habitantes e a proporção de leitos disponíveis ao SUS. Essas variáveis explicam em média 23,2% da variação da proporção das internações por CSAP na região sudeste. Destaca-se a variável proporção da população com 60 anos como a que possui maior poder de explicação do desfecho na região sudeste. Além disso, os achados revelam a relevância do IDHM na ocorrência das internações por CSAP na região sudeste. O aumento de uma unidade dessa variável está associado a um decréscimo de 35,9 pontos na proporção dessas internações.

Por último, na região Sul do país duas variáveis se destacaram no modelo de regressão linear: IDHM e a proporção da população idosa. Juntas, essas variáveis conseguem explicar 23% da variação da proporção de internações por CSAP nessa região. No entanto, assim como na região norte, o IDHM é a variável com maior poder de explicação da proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária na região Sul. O aumento de uma unidade dessa variável provoca em média diminuição de 65,28 pontos na proporção de internações por CSAP na região sul do país.

## Discussão

A análise empreendida permitiu identificar um discreto declínio na proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, particularmente de 2007 a 2012. No início do período analisado – 1998 a 2006 – em que pese a expansão da Estratégia Saúde da Família e os esforços de mudança do modelo de atenção no SUS, não houve queda expressiva nesse indicador no conjunto do país. Outras variáveis que potencialmente poderiam influenciar as internações por condições sensíveis à atenção primária também apresentaram alterações entre 1998 e 2012, em escala nacional, como a situação socioeconômica da população, a oferta de médicos e de leitos hospitalares.

Os resultados iniciais sugeriram a relevância de investigar diversas variáveis que poderiam influenciar as internações por condições sensíveis à atenção primária, além da cobertura pela Estratégia Saúde da Família, em distintos contextos, dada a heterogeneidade regional do país. Nesse sentido, o presente estudo procurou explorar possíveis associações entre indicadores socioeconômicos, demográficos, de oferta pública e privada selecionados e as internações por CSAP, em municípios maiores que 50.000 habitantes, das diferentes regiões do Brasil, no ano de 2012.

No que concerne ao modelo de atenção primária, pesquisas anteriores<sup>27, 28, 29, 30</sup> apontaram que a expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil favoreceu avanços em diversos indicadores de saúde, tais como melhoria no acesso à assistência à saúde; no manejo de patologias crônicas; captação e acompanhamento de gestantes no pré-natal; melhorias quanto às taxas de aleitamento materno, queda na mortalidade infantil (observados outros indicadores de desenvolvimento) e na mortalidade por doenças cardiovasculares. Macinko et al<sup>30</sup> também destacam que a rápida expansão da estratégia pode ter de fato resultado em melhora no diagnóstico, no tratamento e acompanhamento dos pacientes, com destaque para os portadores de doenças crônicas, causando redução da necessidade de internação, e, conseqüentemente redução da proporção de internações por CSAP. Por outro lado, estudos semelhantes realizados em distintas localidades do país<sup>11, 12, 32</sup> ressaltam que a redução na proporção de internações por CSAP não foi homogênea, variando segundo grupos de causas, regiões, estados e porte municipal.

O presente estudo revelou que fatores relacionados às condições socioeconômicas, demográficas, à oferta de serviços e de profissionais médicos estiveram associados à proporção de internações por CSAP em municípios com mais de 50 mil habitantes, no ano de 2012, de forma diferenciada entre as regiões do país.

Dentre as variáveis investigadas que mostraram correlação negativa com as internações por CSAP, destacaram-se o IDHM e o total de médicos por 1.000 habitantes. Tal achado é semelhante aos resultados de pesquisa anterior, realizada no Reino Unido, por Giuffrida, Gravelle e Roland<sup>33</sup>, que apontam as características socioeconômicas e fatores relacionados à oferta de serviços, tais como número de leitos e médicos generalistas, como principais fatores que explicam a variação de determinadas causas de internações por CSAP, como diabetes e asma. Estudo recente realizado na região sul do Brasil por Nedel<sup>21</sup> também apontou a relevância das condições socioeconômicas neste tipo de análise, uma vez que a probabilidade de internação por CSAP foi maior que o dobro em indivíduos com pior situação econômica. Para o autor, tal achado sugere um efeito compensador do SUS sobre a iniquidade social, ainda mais evidente nas regiões cobertas pela ESF.

No que diz respeito à oferta de profissionais médicos, cabe mencionar que a distribuição desigual desses trabalhadores, com concentração nas capitais e grandes centros do país, é um problema estrutural do sistema de saúde brasileiro. Vários estudos destacam a importância da distribuição equitativa de profissionais de saúde, com destaque para médicos e enfermeiros, em todas as regiões do país, para a melhoria de diferentes indicadores de saúde, tais como os relacionados à mortalidade infantil e materna<sup>34, 35</sup>. Nesse sentido, o presente estudo identificou uma associação entre uma maior disponibilidade de médicos por 1.000 habitantes e a menor ocorrência de internações por CSAP.

O problema de distribuição desigual de médicos tem sido enfrentado por meio de diferentes estratégias nas últimas décadas, em geral de caráter fragmentado e temporário, tais como o PITS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), o PET – Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde) e o PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica). Cabe salientar que esse foi um dos distintos problemas que afloraram com a expansão da ESF no Brasil. Conforme assinalam Campos e Belisário<sup>36</sup>, a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos é um dos problemas mais graves evidenciados a partir da implantação da ESF. Além disso, o programa esbarrou em dificuldades de fixação dos médicos em diversas regiões e localidades do país, resultando em alta rotatividade desses profissionais, o que compromete a efetividade do modelo, pautado no vínculo entre profissionais e população atendida<sup>37</sup>. Para Campos et al<sup>38</sup>, tal fenômeno é fruto de um círculo vicioso, composto por más condições de trabalho, indefinições políticas, insegurança e demanda excessiva, que reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade profissional.

Na tentativa de enfrentar esse problema, o ministério da saúde lançou em 2013 o programa “Mais Médicos”, que gerou polêmica na sociedade civil e no meio acadêmico, por envolver a contratação temporária de médicos estrangeiros, sem revalidação do diploma, entre as ações para diminuir a carência de médicos nas periferias dos grandes centros e cidades do interior. Em que pese a polêmica em torno do programa, o seu caráter recente e a ausência de estudos de avaliação de sua efetividade até o momento, os resultados da presente pesquisa corroboram a importância da alocação adequada de médicos em todas as regiões do país, para buscar uma atenção primária resolutive.

Cabe mencionar ainda, que os achados deste estudo sugerem que a presença do profissional de saúde se faz mais importante do que a disponibilidade de equipamentos de apoio diagnóstico na redução das internações por CSAP. Vale ressaltar, entretanto, que a prática de uma atenção primária abrangente engloba não só profissionais capacitados, mas suporte material e institucional, que inclui condições de trabalho satisfatórias e acesso a uma rede de atenção à saúde estruturada e hierarquizada.

O fato de os resultados não terem apontado associação significativa entre a cobertura populacional estimada pela ESF nos municípios e a menor proporção de internações por CSAP, na maioria das regiões, suscitou a reflexão sobre a implantação do programa em municípios de médio e grande porte e a efetividade do modelo de atenção. De acordo com Campos <sup>39</sup>, para cumprir os preceitos expostos na política nacional de atenção primária, que orientam as ações de uma atenção primária abrangente e resolutive, as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e o acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda). Segundo o autor, no Brasil tem-se valorizado a saúde coletiva e subestimado as duas outras.

Outro aspecto investigado na pesquisa, refere-se à proporção de beneficiários de planos de saúde. Apesar de sua expressão nos testes de correlação, tal variável não apresentou poder explicativo do desfecho em nenhuma região do país, quando foi aplicado o modelo de regressão linear. Tal achado possivelmente está relacionado às condições socioeconômicas, visto que os resultados sugerem alto poder explicativo e maior efeito da variável IDHM sobre o desfecho.

Dentre as limitações do estudo, ressalte-se que foram incluídas somente as internações realizadas em unidades vinculadas ao SUS, excluindo-se, portanto, internações financiadas por meio de planos privados de saúde. Além disso, cabe destacar que foram avaliados somente os municípios com população acima de 50 mil habitantes, onde em geral a cobertura pela ESF é inferior aos demais municípios, fato em parte relacionado à existência de modelos

concorrentes de APS e da atuação de seguimentos privados na assistência à saúde. Cabe mencionar ainda as dificuldades no acesso aos dados, bem como as características dos sistemas de informação utilizados, com destaque para o CNES, cujos dados sobre equipamentos só estão disponíveis a partir de 2005, e SIH-SUS, que não permite identificar casos de re-internações.

Em síntese, os resultados deste estudo sugerem que a redução das internações por CSAP nas diferentes regiões do país está associada a diferentes fatores, com destaque para os relacionados às condições socioeconômicas e à oferta de serviços de saúde e de médicos. Tais achados contribuem para a reflexão crítica sobre as possibilidades e os limites da consolidação da ESF em grandes centros urbanos, bem como a necessidade de repensar as formas de organização da atenção primária nesses contextos específicos, incluindo análises sobre outros modelos.

Ressalta-se ainda que é importante a realização de novos estudos que incorporem períodos de análise mais longos ou que explorem em maior detalhe os fatores associados às internações por diferentes tipos de condições sensíveis a atenção primária, nos distintos cenários de configuração do sistema de saúde no país.

Não obstante os avanços alcançados a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil, permanecem antigos desafios, tais como a distribuição mais adequada médicos e outros profissionais de saúde no território nacional e a efetiva mudança do modelo de atenção, com melhoria da qualidade e da efetividade da atenção primária. Destacam-se ainda desafios que transcendem o setor saúde, como o investimento em infraestrutura e a redução das desigualdades sociais nas distintas regiões do país.

## Referências

1. Saltman, R. B.; Rico, A. Boerma, W. Editors. **Primary care on the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006.
2. WHO. **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf) (acessado em 15/Jun/2014).

3. Kringos, D; Boerma, W; Zee, J. van der; Groenewegen, P. Europe's Strong Primary Care Systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Aff** 2013, 32:686-694.
4. Atun, R. A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Jan 2004. [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115\\_15](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_15) (acessado em 15/Fev/2008).
5. Kringos, D; Boerma, W; Zee, J. van der; Groenewegen, P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research** 2010, 10:65 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65> (acessado em 26/Jul/2014).
6. Cueto, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health** 2004, 94(11): 1864-1874.
7. Conill, E. M.; Fausto, M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social.** Documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.
8. Giovanella, L. Atenção Primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública** 2008, 24(Sup 1):S21 –S23.
9. OPAS/OMS. **Renovação da atenção primária nas Américas.** Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005. <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf> (acessado em 02/Ago/2007).

10. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City **Health Aff** 1993; 12(1): 162-73.
11. Mafra, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil.** [dissertação]. Brasília (DF): Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2010.
12. Boing, A. F. et al, 2012. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009. **Rev Saúde Pública** 2012; 46(2):359-66.
13. Carneiro, J. A; Caldeira, A. P., e Santana, K. R. Percepção de médicos sobre a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. **Rev APS** 2011, 14(3): 296-302
14. Caetano, R.; Dain, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas; novos desafios. **Physis** 2002, 12(1): 11-21.
15. Aquino, R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros.** [tese] Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados.** Elaborado por Escorel, S. (Coord.); Giovanella, L.; Mendonça, M. H.; Magalhães, R.; Senna, M. C. M. Brasília, 2002.

17. Escorel, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2007, 21(2): 164-176.
18. Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** 2009, 4(3):783-794.
19. Brasil, **Portaria Nº 221**, de 17 de abril de 2008. Brasília, 2008.
20. Alfradique, M.E. 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):1337-1349.
21. Nedel, F. B. **Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária**: estudo do impacto do Programa de Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil. [tese]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2009.
22. Guanais, F; Macinko, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **J Ambul Care Manage** 2009, 32 (2): 115-22.
23. Macinko, J et al. 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.
24. Proadess. Matriz dos Indicadores do Proadess. **Internações por condições sensíveis à atenção primária**. <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B11&tab=1> (acessado em 20/jun/2014).
25. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Brasil, 2014. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf> (acessado em 28/jul/2014)

26. Levin, Jack; Fox, James Alan. **Estatística para ciências humanas**, 9. ed., São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.
27. Macinko, James, Frederico C. Guanais, Maria de Fátima M. de Souza, Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil,1990-2002. **J Epidemiol Community Health** 2006, 60: 13 – 19.
28. Aquino, R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros** [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2006.
29. Macinko, J., et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Soc Sci Med** 2007, 65(10):2070-80.
30. Rosella, D et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ** 2014;348:g4014 doi: 10.1136/bmj.g4014 ( acessado em 24/jul/2014).
31. Macinko, J et al. 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.
32. Barreto, J. O. M.; Nery, I. S.; e Costa, M. S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2012, 28(3):515-526.
33. Giuffrida, A;Gravelle, H; Roland, M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. **BMJ** 1999;319:94.<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7202.94> (acessado em 25/jul/2014).

34. Sousa, A; Dal Poz, M. R.; Carvalho, C. L. Monitoring Inequalities in the Health Workforce: The Case Study of Brazil 1991–2005. **PLoS ONE** 2012; 7(3): e33399. doi:10.1371/journal.pone.0033399 (acessado em 01/julho/2014).
35. Sousa, A; Dal Poz, M. R.; Carvalho, C. L. Reducing Inequities in Neonatal Mortality through Adequate Supply of Health Workers: Evidence from Newborn Health in Brazil. **PLoS ONE** 2013, 8(9): e74772. doi:10.1371/journal.pone.0074772. (acessado em 01/julho/2014).
36. Campos, F. E.; Belisário, S. A. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**, 2001, 5(9): 133-142.
37. Campos, C.V.A.; Malik, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP** 2008, 42(2):347-68.
38. Campos, G. W. et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família**. In: Campos, G. W.; Guerrero, A. V. P. (org.). Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e Compartilhada - São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 121-142. [http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/manual\\_da\\_s\\_praticas\\_de\\_atencao\\_basica%5B1%5D.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_da_s_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf) (acessado em 29/jul/2014)
39. Campos, G. W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Colet.** 2007, 12(2):301-306. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf> (acessado em 01/jul/2014)

## Considerações Finais

A complexa configuração do sistema de saúde brasileiro exigiu análise de sua trajetória histórico-estrutural, para compreender as implicações de determinadas opções políticas que repercutem na consolidação dos princípios do SUS nos dias atuais.

Cabe resgatar que a criação do Sistema Único de Saúde foi um marco na história do país, visto que configurou uma reforma de tipo *big-bang* (VIANA E DAL POZ, 1998), pelas grandes mudanças político-institucionais e avanços gerados a partir de sua criação. Proposto como um sistema público, universal e integral, que romperia com as bases do modelo de atenção à saúde anterior, o início da implantação do SUS foi marcado por expressivas mudanças que trouxeram a atenção primária à saúde para o centro da agenda decisória federal.

O Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, foi incorporado como a principal estratégia do gestor federal para alcançar a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e como instrumento para efetivação dos princípios de universalidade e integralidade. No entanto, a ênfase na APS, em especial na ESF, não foi o suficiente para dar conta do conjunto de desafios estruturais do sistema de saúde brasileiro. Pode-se dizer que a existência de um sistema público universal e um sistema privado complementar, constitui um dos principais desafios.

Este estudo, ao aprofundar a discussão sobre a atenção primária e as relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro, tema ainda pouco explorado na literatura nacional, pretende contribuir para o debate setorial e para a consolidação da APS como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado integral.

Ao optar pela apresentação dos resultados desta tese no formato de artigos, assumiu-se o desafio de problematizar questões centrais no debate da política de saúde como um todo de forma inovadora e articulada, possibilitando assim sua ampla divulgação. No entanto, cabe mencionar a dificuldade deste tipo de abordagem no campo das políticas públicas de saúde, em virtude da necessidade de utilização de diferentes estratégias metodológicas e da articulação do conteúdo de cada um dos artigos, de forma a garantir a coerência ao conjunto do trabalho.

O primeiro artigo analisou a condução federal da política nacional de atenção primária à saúde nos anos 2000, buscando evidenciar elementos de continuidade e mudanças em relação aos anos 1990, a partir da inserção da APS na agenda federal e das estratégias

prioritárias no período. Observou-se que, assim como nos anos 1990, a Saúde da Família se destacou como a estratégia hegemônica de organização da APS no país.

Ao evidenciar elevado grau de continuidade na condução da política, e algumas mudanças incrementais, os achados desse artigo chamam atenção para o caráter das mudanças do tipo “layering” (MAHONEY e THELEN, 2010), que introduzem novas regras sobre as já existentes, sem no entanto rompê-las ou ignorá-las. Além disso, destaca-se outra contribuição da literatura do institucionalismo histórico que auxiliou nas análises dos elementos de continuidade desta política. A concepção de path-dependence, que de acordo com Pierson (2004) refere-se aos processos dinâmicos envolvendo retroalimentação positiva (positive feedback), nos quais a seqüência dos acontecimentos é fundamental, e que geram múltiplas possibilidades de desfechos de acordo com a ordem temporal em que eles ocorrem, permitiu compreender porque mesmo em um período relativamente curto de tempo, 1994 a 2002, escolhas referentes à política de atenção primária à saúde e seus desdobramentos conferiram expressiva institucionalidade à Estratégia Saúde da Família, restringindo as mudanças no período posterior.

As mudanças incrementais observadas no período, como a incorporação de novos profissionais por meio do NASF e a articulação com outros setores, não foram suficientes para romper com características histórico-estruturais do sistema, que limitam o potencial da atenção primária brasileira, ainda que esta seja pautada por uma concepção abrangente e por princípios de um modelo de seguridade social. Nesse sentido, as relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro são identificadas como um dos fatores que trazem implicações para a configuração atual e o papel da APS no sistema.

Assim, considerando que as relações público-privadas e atenção primária à saúde são temas altamente relevantes na estruturação dos sistemas de saúde, e, portanto, devem ser considerados quando da elaboração de políticas de saúde, o segundo artigo buscou apresentar no conteúdo dos debates efetuados nos canais institucionais de discussão e negociação da política, como esses dois temas foram abordados. Os achados desse artigo apontaram para o amplo debate dos temas, porém de forma desarticulada, ao longo de todo o período de implantação do SUS. Além disso, o conteúdo dos debates revela fragilidades na regulação do Estado sobre os diferentes arranjos público – privados.

A escassez de interfaces entre APS e relações público-privadas na formulação da política de saúde suscitou questionamentos sobre possíveis repercussões na configuração e efetividade da APS brasileira.

A análise efetuada no terceiro artigo evidenciou que a APS no Brasil ainda configura um espaço de hegemonia do prestador público. No entanto, observou-se crescimento da participação do setor privado na gestão de unidades estatais de APS por meio das Organizações Sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, às vezes concomitante à expansão de serviços.

Em que pese a hegemonia do setor público na administração de estabelecimentos de atenção primária à saúde, o fato de o inverso ocorrer no que diz respeito aos estabelecimentos de SADT, onde predomina a prestação privada, suscitou alguns questionamentos referentes a qualidade e efetividade da assistência prestada nesse âmbito de atenção. Além disso, a criação de equipamentos novos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), inicialmente com a proposta de melhorar o acesso aos serviços de urgência e emergência, revelou limites da APS brasileira, uma vez que estudos apontam que este tipo de unidade vem atendendo demandas características da atenção primária, principalmente nos grandes centros (PIRES ET AL, 2013).

Conforme demonstra o estudo efetuado por Soares, Lima e Castro (2014), o fato de a atenção primária ser parte integrante da Rede de Urgência e Emergência, com diretrizes e atribuições definidas, tais como acolher a demanda espontânea e resolver aquelas que são urgência de baixa gravidade, inserir nas linhas de cuidado aquelas situações que não necessitam de atendimento imediato e manejar e providenciar transporte sanitário para as urgências complexas, não a torna resolutiva e a legítima perante a população. Para as autoras, a implantação dessas diretrizes configura-se como desafio para a gestão local, tendo em vista a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente, o financiamento, a adequação de estrutura física e insumos adequados para manejo das urgências nas unidades básicas de saúde.

Nesse sentido, o quarto e último artigo explorou possíveis variáveis associadas a um indicador indireto de qualidade da assistência na APS, a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária. Ao contrário do que fora apontado em estudos anteriores (MACINKO et al, 2011), este estudo identificou discreta redução da proporção de internações por CSAP observada no período de expressiva expansão da ESF, bem como ausência de correlação significativa entre leitos privados e essas internações. Tais achados chamam atenção para diferentes aspectos, em geral pouco considerados pela política nacional de APS. Dentre eles, destacam-se a composição público-privada e a oferta adequada de serviços de saúde, assim como de profissionais médicos.

Em relação aos limites do estudo, ressalta-se a não inclusão de dados mais robustos a respeito da oferta de serviços de SADT, bem como sobre os gastos privados das famílias com assistência farmacêutica. Vale mencionar ainda que algumas dificuldades relacionadas à qualidade das bases de dados de acesso público estudadas impuseram limites às análises inicialmente propostas. Sugere-se a realização de novas pesquisas que incorporem essas variáveis, importantes para compreensão do escopo e da qualidade das ações de atenção primária à saúde no país.

Por fim, ao término deste estudo é possível afirmar que avanços ocorreram no que diz respeito à atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro, embora a abordagem de questões relevantes para consolidação deste nível de atenção como estruturante do sistema tenha ocorrido de forma isolada. Faz-se necessário o fortalecimento da regulação pública sobre os diferentes arranjos público-privados, de forma a favorecer a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, bem como dos diferentes atributos da APS.

## Referências

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ ENSP; 1996. p. 69-98.

\_\_\_\_\_. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**; 4(2): 263-86,1999.

\_\_\_\_\_. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2):346-369,2003.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 12 (3): 499-518, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf> Acesso em 22 dez 2014.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975.

ATUN, R. A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Jan 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf> Acesso em: 01 mar. 2013.

BAHIA, L. **Padrões e mudanças nas relações entre o público e o privado no Brasil**: planos e seguros de saúde. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. **Saúde e Sociedade**, 14 (2): 9-30, 2005.

BAPTISTA, T.W.F.; FAUSTO, M.C.R; CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, 2009, 19 (4): 1007-1028, 2009.

BEVAN, G; HOOD, C. Have targets improved performance in the English NHS? **British Medical Journal**, 332 (18): 419-22, 2006. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/intranet/LSEServices/communications/pressAndInformationOffice/PDF/GwynBevanBMJFeb06pdf.pdf> Acesso em: 07 jan 2015.

BJUGGREN, P. Competition for the market in the Swedish primary health care sector. *International Review of Law and Economics*, 18 (4): 529-541, 1998.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 401-412, 2002.

BOING, A. F. et al, 2012. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009. **Revista de Saúde Pública**, 46(2): 359-66, 2012.

BOUSQUAT, A; COHN, A; ELIAS, P. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, ALD'A; ELIAS, P; IBÁÑEZ, N, organizadores. **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 245-65

BOUSQUAT, A.; GOMES; A.; PORTO ALVES; M. C. G. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(11):2913-2921, 2012.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Política de saúde e capitalização da medicina: o período pós-64. In: Braga, J.C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: Estudos de política Social**. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1981. p. 87 -146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Informe de Atenção Básica. Ano IV, n. 17. Brasília, 2003.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas; novos desafios. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, 12(1): 11-21, 2002.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2(6): 131-147, 2006.

\_\_\_\_\_. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 14 (3): 877-906, 2007.

\_\_\_\_\_. **Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária. 1927-1997.** 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, 5(9): 133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cadernos de Saúde Pública**, 24(Sup 1): S17–S19, 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família.** In: CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. P. (org.). Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e Compartilhada - São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 121-142. Disponível em: [http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/manual\\_das\\_praticas\\_de\\_atencao\\_basica%5B1%5D.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf) Acesso em 29 jul. 2014.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. Estudos Avançados, 13 (35): 89 – 100, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a08.pdf> Acesso em : 20 dez 2014.

CASTRO, A. L. B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008.** 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, A. L. B., MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, Revista de Saúde Coletiva, 22(2):477-506, 2012.

CONILL E. M.; FAUSTO M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social.** Documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 24 (Sup 1):S7-S27, 2008.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 10 (Supl. 1): S15-S27, 2010.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Ayuri Editorial, Coleção Saúde 1, Rio de Janeiro, 1991.

COSTA, J. P. A Reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. **Arquivos de Medicina**, 27(4): 158 -167, 2013. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/am/v27n4/v27n4a04.pdf> Acesso em: 07 jan 2015.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, 94(11): 1864-1874, 2004. Disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864> Acesso em: 2 out. 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DEPPE, H.U. A situação atual e as perspectivas dos sistemas universais de saúde. **Saúde em debate**, 29(71): 365-370, 2005.

DRAIBE, S. M. WELFARE STATE: Tendências de desenvolvimento e desafios atuais. **Revista Política Social e Desenvolvimento**, 2: 14 – 18, 2014. Disponível em <https://revistapoliticasoialedesenvolvimento.files.wordpress.com/2014/10/revista04.pdf> Acesso em 18 de nov 2014

DRAIBE, S. M; HENRIQUE, W. “Welfare state”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 6(3):53-78, 1988. Disponível em [http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_06/rbcs06\\_04.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_06/rbcs06_04.htm) Acesso em 18 de nov 2014

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do “Welfare State”. **Lua Nova**, 1991; 24:85-116.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM. Health Care System in Transition. United Kingdom. 1999.

FARIA, L. R. Os primeiros anos da Reforma Sanitária no Brasil e Atuação da Fundação Rockefeller (1915 -1920). **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, 5(1), 1995.

FAUSTO, M. C. R. ; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

FRIDMAN, L. C. **Processos de Individualização e Crise Moral**. Entrevista dada ao programa: A Invenção do Contemporâneo, TV Cultura. 2008. Disponível em:<<http://www.cpflcultura.com.br/site/2008/12/24/processos-de-individualizacao-e-crise-moral/>>. Acesso em: 15 jan. de 2012.

FRIDMAN, L. C. **Vertigens pós-modernas**. Configurações Institucionais Contemporâneas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

GIAIMO, S. 2001. Who pays for health care reform? In: Pierson, P. **The New Politics of the Welfare States**. Oxford University Press, Nova Iorque p. 334-367.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(6): 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. A Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(5): 951 – 963, 2006.

\_\_\_\_\_. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, 24 (Sup 1): S21-S23, 2008.

\_\_\_\_\_. **Solidariedade ou competição?** Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C. et. al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, L., STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (11):1-19, 2014.

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

HEINMANN, L. S., MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 481-502.

HOCHMAN, G. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 16, p. 313-331, 2009.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de Saúde e Previdência, 1937-1945. In: Dulce C. P. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 73-93.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2013. 2014a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. 2014b. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/> Acesso em: 15 jan. 2015.

IMMERGUT, E. M. **Health politics: interests and institutions in Western Europe**. Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

INFORME DAWSON SOBRE EL FUTURO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y AFINES. **Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920**. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica, n.93, febrero de 1964.

JUNIOR, A.G.S.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C, CORBO, A. D'A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26> Acesso em 01 de outubro de 2014.

JUNIOR, N. C., NASCIMENTO, V. B., COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, 20 (4): 971-79, 2011.

KERSTENETZKY, C. L. Notas sobre as tendências recentes do “Welfare State” **Revista Política Social e Desenvolvimento**, 2:06-13, 2014. Disponível em <https://revistapoliticassocialedesenvolvimento.files.wordpress.com/2014/10/revista04.pdf> Acesso em 18 de nov

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. New York: HarperCollins, 1995.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BioMed Central Health Services Research**, 10:65, 2010. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-65.pdf> Acesso em 10 jan 2013.

KUSHINIR, R. **Nota técnica sobre o Pacto pela Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, 2007.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, 20(4):867-74, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> Acesso em 12 mar 2013.

LEICHTER, H. M. **Great Britain: health care in modern welfare state**. In: Leichter, HM. A comparative approach to policy analysis. New York: Cambridge University Press; 1979. p. 157 -99.

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

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O., HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 27-58.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

\_\_\_\_\_. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 20: 44-49, 2006.

MACINKO, J et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal of Public Health**, 101(10):1963-70, 2011.

MACINKO, J., SOUZA, M. F. M., GUANAIS, F. C., SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science and Medicine**, 65 (10): 2070-2080, 2007.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2010.

MAHONEY, J.; THELEN, K. A Gradual Theory of Institutional Change. In: Mahoney, J.; Thelen, K. **Explaining Institutional Change**: Ambiguity, Agency, and Power. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 377-389, 2001.

MELAMED, C., COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 393-401, 2003.

MELLO, C. G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. **Saúde em Debate**, 3, 8-15, 1977.

MELLO, G. A. **Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MELLO, G. A.; MATTOS, A.T. R.; SOUTO, B.G.; FONTANELLA, B. J. B. DEMARZO, M.M. P. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (3): 475 – 482, 2009.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D`A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 19 (4): 1219-1239, 2012.

MENECUCCI, T.M.G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 9(2): 177-184,1993.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: Cohn, A. (org.). **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 67-92.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, 29(5):847-849, 2013.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: Reinaldo, G.; Tavares, R. (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABRASCO/ IMS-UERJ, 1994, p. 73-111.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, J. A. ; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; (Rio de Janeiro): Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

OPAS/OMS. **Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde**. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf> Acesso em: 02 ago. 2007.

PAIM, JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Sonia Fleury, organizadora. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PEREIRA, L.C.B. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, 1998 n° 45, p.45 a 95. Disponível em [http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A\\_reforma\\_do\\_Estado\\_dos\\_anos\\_90.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A_reforma_do_Estado_dos_anos_90.pdf)

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010, p.153-180. Disponível em [http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap\\_5.pdf](http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_5.pdf) Acesso em: 15 mar 2013.

PIERSON, P. **Politics in time**: history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PROADESS. Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Matriz de Indicadores. Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária. 2011 Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B11&tab=1> Acesso em 10 de junho de 2014

RAMAN, A.V.; BJORKMAN, J.W. **Public Private Partnership in Health Care in India**: Lessons for Developing Countries. Routledge, London, 2008.

REYNOLDS, L. The future of the NHS – irreversible privatization? **British Medical Journal**, 346:f1848, 2013;. Disponível em <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2047> Acesso em 01 de abr 2013.

ROLAND, M; GUTHRIE, B, THOMÉ, D. C. Primary medical care in the United kingdom. **Journal of the American Board of Family Medicine**. 25 (Suppl 1):S6-11, 2012. Disponível em : [http://www.jabfm.org/content/25/Suppl\\_1/S6.full.pdf+html?sid=2c0c0839-b637-4c4a-a066-3fd70652f83d](http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S6.full.pdf+html?sid=2c0c0839-b637-4c4a-a066-3fd70652f83d) Acesso em: 14 dez 2014.

SALTMAN, R. B.; RICO, A., BOERMA, W. Editors. **Primary care on the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006.

SANTOS, I S; UGÁ, M.A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(5):1431-1440, 2008.

SEIDL, H. et al . Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, 38(n. spe): 94-108, 2014.

SILVEIRA, A. C.; MACHADO, C. V.; MATTA, G. C. A atenção primária em saúde na agenda da organização pan-americana de saúde nos anos 2000. **Trabalho, Educação e Saúde**, 13 (1):31-44, 2015.

SOARES, S.S.; LIMA, L. D.; CASTRO, A.L.B.; O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **Journal of Management and Primary Health Care**, 5(2):170- 177; 2014.

SOUZA, H. M. Saúde da família: desafios e conquistas. In : NEGRI, B; VIANA, A. L. d´A., (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002, p.221-240.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. F. R. Atenção Básica: Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil. In: Negri, B.; Faria, R.; Viana, A. L. d´A., (Org.). **Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. São Paulo: UNICAMP/IE, 2002, p. 9-32.

SOUZA, R. O. A. **A Atenção Básica em saúde no município de Três Rios/RJ**: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

TEMPORÃO, J. G. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(5): 1323-1339, 2003.

TYNKKYNEN, L., LEHTO, J., MIETTINEN, S. Framing the decision to contract out elderly care and primary health care services – perspectives of local level politicians and civil servants in Finland. **BMC Health Services Research**, 12:201, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-201.pdf> Acesso em 15 jan. 2015.

VIANA, A. L. D`A. , DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, 1998; 8 Suppl 2:11-48.

VIANA, A. L. D`A. et al. . Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, 2008; 22: 92-106.

VIANA, A. L. D`A. ; FAUSTO M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. d´Á., ELIAS, P. E. M.,

IBAÑEZ N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.150-167.

VIANA, A. L. D`A; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, 18(4): 645-684, 2008

VIANA, A.L.D´A., LIMA, L.D. (org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2008. **Primary Health Care, now more than ever**. Geneve: WHO; 2008. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf) Acesso em: 01 mar 2013.