



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIANA RAMOS RODRIGUES

**A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EM SAÚDE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA ANÁLISE COMPARADA ENTRE BRASIL E PORTUGAL**

BRASÍLIA – DF
2022

MARIANA RAMOS RODRIGUES

**A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EM SAÚDE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA ANÁLISE COMPARADA ENTRE BRASIL E PORTUGAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA – DF
2022

MARIANA RAMOS RODRIGUES

**A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS EM SAÚDE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA ANÁLISE COMPARADA ENTRE BRASIL E PORTUGAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa

Aprovada em ___ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)
Orientadora
Universidade de Brasília – UnB

Claudia Mara Pedrosa
Universidade de Brasília – UnB

Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília – UnB

Suderlan Sabino Leandro
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS

BRASÍLIA – DF

2022

Dedico este trabalho à minha filha, Cecília, para que não tenha dúvidas de que uma mulher pode chegar aonde quiser.

AGRADECIMENTOS

Eu cheguei até aqui. O caminho foi mais longo do que o esperado, com desafios além do que eu poderia um dia imaginar; mas eu consegui.

Agradeço a Deus por me ter dado sabedoria para lidar com todas as dificuldades encontradas no caminho, em especial as relativas à pandemia e ao processo de gestação e puerpério ao longo do mestrado;

Aos meus pais, que me ensinaram a seguir em frente e a fazer o que for preciso para alcançar meus objetivos;

Ao meu marido, Ewerton, pela paciência e pela parceria em todos os momentos, por me amparar e incentivar sempre;

À minha filha, Cecília, que foi gerada, nasceu e completou seu primeiro ano de vida ao longo do mestrado; que ressignificou meus objetivos e meu olhar sobre a vida; e que me motiva a cada dia a ser uma mulher em quem ela possa se inspirar;

À minha orientadora, Fátima, pelo ensinamento compartilhado e por me estimular a ser sempre mais;

À minhas amigas, parceiras de vida e de luta no SUS, por sempre estarem comigo e me motivarem.

*...Sei que está em festa, pá
Fico contente
E enquanto estou ausente
Guarda um cravo para mim
Eu queria estar na festa, pá
Com a tua gente
E colher pessoalmente
Uma flor no teu jardim
Sei que há léguas a nos separar
Tanto mar, tanto mar
Sei, também, que é preciso, pá
Navegar, navegar
Lá faz primavera, pá
Cá estou doente
Manda urgentemente
Algum cheirinho de alecrim...
Tanto Mar – Chico Buarque*

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é organizada por meio de uma série de decisões, regras e políticas, de forma a conseguir ser operacionalizada e, mediante as práticas em saúde, oferecer cuidados de alta qualidade à população. Esta dissertação tem por objetivo compreender como estão estruturadas as práticas em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), nos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal, que contribuam com a integralidade. A metodologia aplicada é a análise comparada, na qual cada país e suas experiências específicas formam unidades de análise. Esta pesquisa integra um estudo internacional que vem sendo desenvolvido desde 2007 na linha de pesquisa Políticas, Sistemas e Serviços de Saúde, sob a coordenação da professora doutora Maria Fátima de Sousa, nomeado “Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos Comparados sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e Seus Similares em outros países”. Os resultados sugerem que a orientação para as práticas em saúde no contexto português está ancorada na existência de uma carteira de serviços contratualizada pelas equipes na APS, na existência de acordos de gestão com base em metas e resultados, no trabalho multiprofissional com vinculação de usuários por meio de listas, e em pagamento variável por desempenho. No Brasil, destacam-se a existência de arranjos matriciais para as equipes na APS, a existência de ações comunitárias e de promoção da saúde, a existência do profissional agente comunitário de saúde, além de arranjos de equipes e tipologias distintas para populações específicas e orientação para o cuidado ancorada em linhas de cuidado e redes de atenção. Os pontos elencados podem servir de subsídios para uma maior reflexão sobre os pontos possíveis de intercambialidade no campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: Integralidade. Atitudes e Práticas em Saúde. Brasil. Portugal.

ABSTRACT

Primary Health Care is organized through a series of decisions, rules and policies, in order to be operationalized and, through health practices, offer high quality care to the population. This dissertation aims to understand how health practices are structured within the scope of Primary Health Care (PHC), in the universal health systems of Brazil and Portugal, which contribute to integrality. The methodology applied is comparative analysis, in which each country and its specific experiences form units of analysis. This research is part of an international study that has been developed since 2007 in the line of research on Health Policies, Systems and Services, under the coordination of Professor Maria Fátima de Sousa, named "From Institutional Policy to Care Processes: Comparative Studies on Practices". of Health Promotion in the Family Health Strategy Teams in Brazil and its Similarities in other countries". The results suggest that the orientation towards health practices in the Portuguese context is anchored in the existence of a portfolio of services contracted by the teams in the PHC, in the existence of management agreements based on goals and results, in the multiprofessional work with users linked by through lists, and in variable pay for performance. In Brazil, the existence of matrix arrangements for teams in PHC, the existence of community and health promotion actions, the existence of the professional community health agent, in addition to team arrangements and different typologies for specific populations and guidance for care anchored in care lines and care networks. The points listed can serve as subsidies for further reflection on the possible points of interchangeability in the field of public health.

Keywords: Integrality. Health Knowledge, Attitudes, Practices. Brazil. Portugal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atributos essenciais da APS	24
Figura 2 – Os sentidos da integralidade	27
Figura 3 – Nuvem de palavras	28
Figura 4 – Processo de seleção dos artigos	34
Figura 5 – Exemplificação dos arranjos da APS brasileira – equipes vinculadas às unidades básicas de saúde	47
Figura 6 – Estrutura orgânica dos ACES	50
Figura 7 – Estruturação da Vigilância em Saúde no SUS	55
Figura 8 – As redes de atenção à saúde	60
Figura 9 – Sistema de regulação no SUS	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Semelhanças e diferenças gerais entre os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal – aspectos normativos e de contexto	21
Quadro 2 – Estudos selecionados segundo ano, autor, título e resultados	36
Quadro 3 – Cálculo dos suplementos e das compensações pelo desempenho de enfermeiros e médicos	66
Quadro 4 – Compensação remuneratória dos médicos	67
Quadro 5 – Dimensão do acesso à saúde	68
64	
Quadro 6 – Composição mínima das equipes de saúde da APS no Brasil e em Portugal	71
Quadro 7 – Principais diretrizes para a atuação do enfermeiro na APS	72
Quadro 8 – Equipes para populações específicas (SUS)	74
Quadro 9 – Tipologia das USF	76
Quadro 10 – Eixos estruturantes das carteiras de serviços da APS do Brasil e de Portugal	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CDS	Coleta de dados Simplificada
CEE	Comunidade Económica Europeia
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DSC	Discursos dos Sujeitos Coletivos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária
MCSP	Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
MONIQUOR	Monitorização da Qualidade Organizacional
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NNU	Número Nacional de Utente
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrónico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS/SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Sub-Regiões de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UNB Universidade de Brasília
USF Unidades de Saúde Familiar

SUMÁRIO

O LUGAR DE FALA DESTE TRABALHO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 A SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL	15
2.2 O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE DO BRASIL	17
2.3 O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE DE PORTUGAL	19
2.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE	22
2.5 A INTEGRALIDADE	24
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 MÉTODO	30
4.1 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 MODELO DE ATENÇÃO NA APS	41
5.2 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E DAS OFERTAS EM SAÚDE	52
5.3 INTEGRAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE	59
5.4 FUNCIONAMENTO	63
5.5 ACESSO A UNIDADES DE SAÚDE	68
5.6 EQUIPES DE SAÚDE	71
5.7 TERRITÓRIO E ADSCRIÇÃO	78
5.8 CARTEIRA DE SERVIÇOS	80
6 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS	85

O LUGAR DE FALA DESTE TRABALHO

Durante minha formação superior em Enfermagem, tinha absoluta certeza de que trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) seria minha maior realização profissional. Desde que me formei enfermeira pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, venho traçando minha trajetória profissional tanto na assistência quanto na gestão da Atenção Primária à Saúde do SUS e colecionando experiências dos mais diferentes cenários.

Muitos foram os desafios e as inquietações nestes 12 anos de formação, desde minhas vivências no município do Rio de Janeiro, com seus discrepantes contextos sociais e intenso processo de favelização, até o Ministério da Saúde, em Brasília, com a formulação e a implementação de políticas públicas em saúde das mulheres para todo o nosso país. Atualmente sou servidora pública do Distrito Federal, e novamente me deparo com novas realidades das práticas da Atenção Primária em um território diferente de todos em que já atuei.

Dentre tudo que já tive o privilégio de conhecer e vivenciar em minha trajetória profissional, o campo da Atenção Primária à Saúde (APS) foi o que mais me motivou a seguir estudando e me qualificando. A APS do Brasil foi idealizada tendo como inspiração as experiências exitosas de outros países e, ao contar com os desafios de um espaço de dimensões continentais e tão desigual socialmente, muitas são as peculiaridades e as especificidades de sua implementação em nosso país.

O interesse em desenvolver minha pesquisa dentro dos estudos comparados teve como fundo as minhas inquietações sobre a efetivação do cuidado integral em saúde e a possibilidade de compreender de forma mais profunda como está estruturado o sistema de saúde de Portugal, país onde minha família tem suas origens e que guarda similaridades com o Brasil, em vista de seus fortes laços históricos, políticos e culturais.

Espero com esta pesquisa, a partir da identificação das bases que orientam a efetivação do cuidado integral, refletir sobre os caminhos adotados por ambos os países para a garantia da integralidade no âmbito da Atenção Primária.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e em Portugal, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde num primeiro momento com a própria luta pela redemocratização dos países após um período de repressão política, remissão de direitos e autoritarismo. É nesse contexto político que em Portugal, após a Revolução dos Cravos, de 25 de abril de 1974, e no Brasil, em 1988, instaurou-se um intenso movimento de retomada dos direitos civis e ampla discussão popular e acadêmica sobre a garantia política e institucional da saúde como meio para a efetivação de direitos fundamentais (MIGUEL, 2013; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os avanços no campo da saúde em todo o mundo, ocorridos em tempos de redemocratização e retomada de direitos civis, está relacionado com a compreensão de que estes são frutos de conquistas, resultados do movimento que indivíduos, grupos e nações e que se materializam quando do exercício da cidadania. Este movimento está fortemente relacionado com a integração social e a consciência dos indivíduos e coletividades, o que favorece a busca por direitos civis.

Como marco do fim do período ditatorial no Brasil e em Portugal, dentre outros avanços, há a criação e a estruturação de sistemas públicos de saúde, com garantias constitucionais quanto a sua implementação, seu financiamento e seu arcabouço de governança (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). As Constituições Federais de Portugal e do Brasil, promulgadas no contexto da redemocratização, colocam o Estado como principal órgão de concretização da proteção social.

Ambos os sistemas de saúde tiveram desenvolvimento e incorporação tardios em comparação aos dos países desenvolvidos em seus respectivos continentes. Na América Latina, o capitalismo tardio gerou processo de crescimento e urbanização desordenado levou a uma segmentação institucional e fragmentação dos sistemas de proteção social (GOTTEMS et al, 2020).

A partir de 1980 as mudanças relacionadas ao papel do Estado vão repercutir efetivamente na política de saúde. Isso ocorre em parte pois, historicamente, o cenário propício para que os sistemas universais de saúde ganhem força ocorre quando estão postas mudanças no campo político e econômico que alteram o direcionamento das políticas de Estado para o entendimento da saúde como direito e modo de efetivação da cidadania (BRAVO, 2010).

Em Portugal, essa reestruturação se dá em 1971, por meio de uma reforma inovadora no campo da saúde, inspirada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) inglês, de 1948 (BAGANHA; RIBEIRO; PIRES, 2002), que se tornou pioneiro e referência internacional de sistema de acesso universal. Junto a Portugal, outros países investiram tardiamente na universalização de seus sistemas de saúde, como a Itália (1978) e a Espanha (1986), após rompimento com regimes autoritários.

No Brasil, por meio da Constituição Federal, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em uma concepção abrangente de universalidade, que já prevê atenção integral à saúde para toda a população (BAGANHA; RIBEIRO; PIRES, 2002). Outros países da América Latina também investiram na adoção de sistemas universais de saúde – como o Chile (1952) e Cuba (1959) –, na contramão países que investiram na privatização do setor saúde, em detrimento da instauração de sistemas de saúde nacionais e universais (PAIM, 2020).

Um sistema de saúde deve ser capaz de organizar-se a ponto de considerar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, realizar análises prospectivas dos impactos e dos desafios desse fenômeno e propor mudanças significativas na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde por meio de políticas públicas, arranjos organizacionais e práticas em saúde (COSTA; BARROS; RIZZOTTO, 2019).

Ao longo dos últimos 30 anos, foram intensas as modificações nas bases normativas que regem e ordenam o Serviço Nacional de Saúde de Portugal e o Sistema Único de Saúde do Brasil. A justificativa para a realização deste estudo está no desafio de fortalecer práticas de saúde que favoreçam a integralidade, a partir da identificação de experiências em que foram experimentadas estratégias e arranjos de políticas que convergem para tal objetivo.

Como referencial teórico, foram utilizadas as principais publicações que versam sobre os temas da integralidade e da Atenção Primária à Saúde, além de normativas, leis e demais instrumentos jurídicos dos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL

Os sistemas de saúde do tipo universais representam marcos civilizatórios do século XX (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015). Após a expansão econômica do pós-Segunda Guerra Mundial, desenvolveu-se o chamado *Welfare State*, no qual há o reconhecimento dos direitos sociais e a expansão dos sistemas de proteção social, possibilitando a implantação dos sistemas de saúde universais (PAIM, 2020).

Existem em todo o mundo países que adotam um sistema universal de saúde como forma de assegurar em caráter nacional e público o direito à saúde à sua população a partir da premissa de que a saúde é um direito fundamental e universal do ser humano. Para cada um, inúmeros são os arranjos implementados para a organização das chamadas políticas públicas, as ferramentas institucionais que materializam o entendimento e o direcionamento das ações e das ofertas de saúde (BAHIA, 2018; OLIVEIRA, 1987).

Em sua maioria, os sistemas universais de saúde ganham força no momento em que há reformas de Estado e mudanças nos campos político e econômico, cenário favorável para o estabelecimento de mudanças quanto ao entendimento da saúde como direito de cidadania. Transmitem os valores de cidadania e de solidariedade, em contraposição a concepções que valorizam o individualismo e o privado. (LAURELL, 2016).

Por isso, a organização e a implementação dos sistemas de saúde de caráter nacional generalizaram-se após a Segunda Grande Guerra, sendo notório o período de intensificação desse processo ocorrido a partir dos anos 1970, justificado pela crise capitalista (BRAVO, 2010). Brasil e Portugal, objetos deste estudo, são exemplos desse movimento, que ocorreu tanto na América Latina quanto na Europa.

A partir dos anos 1980, na América Latina, a maioria dos países atravessou um período de ajustes macroeconômicos. A década seguinte foi marcada pelas ideias de reformas institucionais que repercutiram no campo da saúde. O cerne da discussão envolvia a definição do papel do Estado e a intensa discussão política sobre as medidas de proteção social (BRAVO, 2010). No mesmo período, em 1980,

também emergiram as reformas europeias. O ponto convergente entre os ideais de reforma nos diferentes países europeus foi a busca pelo retorno da premissa do Estado de bem-estar social (REGO *et al.*, 2017).

No período descrito, Brasil e Portugal encontram portanto cenários favoráveis para garantir constitucionalmente o direito à saúde de forma universal e implementam seus sistemas de saúde, ambos pautados na democracia e no bojo das reformas de Estado (COSTA; BARROS; RIZZOTTO, 2019).

As novas Constituições de Portugal e do Brasil, promulgadas no contexto da redemocratização, colocam então o Estado como principal órgão de concretização da proteção social. Portanto, os instrumentos jurídicos constitucionais passam a apresentar em sua redação a menção sobre a área da saúde.

Em Portugal desde a promulgação da Constituição da República Portuguesa, o art. 64, que confere o direito à saúde, está em sua terceira redação, sendo a primeira realizada em 1982, a segunda em 1989 e a terceira em 1997.

Com relação ao texto original, a primeira modificação adicionou aspectos concernentes à descentralização da gestão, em: “O Serviço Nacional de Saúde tem gestão descentralizada e participada”. A segunda revisão, de 1989, fez mudanças mais profundas e afastou o princípio da gratuidade.

Com a última modificação, de 1997, o texto constitucional apresenta-se da seguinte forma:

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; f) Estabelecer políticas de

prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada. (PORTUGAL, 1997)

No Brasil, a Constituição de 1988 não sofreu modificações quanto à sua redação para os temas da saúde, os quais são apresentados dos artigos 196 a 200, com destaque para:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

2.2 O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE DO BRASIL

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária nasceu também no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Foi desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionando a realização da *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Tal conferência, ocorrida em 1986 no Brasil, assim definiu a saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde 1986, p.04)

Diferentemente das conferências de saúde que haviam sido convocadas no Brasil até então, as quais discutiam questões de caráter essencialmente técnico, a *VIII* inovou, a começar pelo tema – Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento –, passando pela ampla participação da sociedade civil e pelo

processo preparatório, que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (BAHIA, 2018; BRAVO, 2010; PAIM, 2020).

De acordo com Fleury (2018):

O movimento sanitarista elegeu a consigna “saúde é democracia” como força motriz, aglutinando sob esta bandeira um conjunto diversificado de atores e forças sociais capazes de se organizar para derrubar a ditadura. Para tanto, era necessário construir um projeto de sociedade em que o primado da justiça social subordinasse os demais interesses particularistas e assegurasse a universalidade dos direitos sociais como dever do Estado, em uma sociedade inclusiva. (FLEURY, 2018)

O cenário político e econômico que pairava até um ano antes da *VIII Conferência Nacional de Saúde* era marcado pela centralização política e financeira imposta pelo regime militar (1964-85). Com a queda do regime, houve, portanto, uma conjuntura favorável à implementação de uma política pública de saúde inovadora, considerando-se o período pós-redemocratização e suas prerrogativas constitucionais presentes na Carta Magna de 1988. Tratava-se do cenário ideal para que pudessem ser postas à discussão as ideias que culminaram na elaboração da proposta de um sistema de saúde universal, calcado no reconhecimento da saúde como direito e cidadania (PIRES, 2006).

A Reforma Sanitária, no Brasil, foi inspirada nos sistemas *Welfare State* europeus de caráter universalista, com atenção integral à saúde destinada a todos os cidadãos, na contramão do modelo das reformas propostas pelas agências internacionais, baseadas em uma retração do papel do Estado no âmbito das políticas sociais. Foi por meio da *VIII Conferência Nacional de Saúde* que ocorreu avanço técnico e um pacto político, propondo-se a criação de um novo sistema de saúde (PIRES, 2006).

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo e novos papéis para os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos seguintes princípios: acesso integral e universal, descentralização e participação popular (BERTALOZZI; GRECO, 1996).

Pela primeira vez no Brasil uma Constituição estabeleceu uma seção específica sobre saúde. Ela trouxe um ideias mais abrangente, de seus

determinantes e condicionantes e de sua inter-relação com o meio ambiente. Incorporou também o conceito de cuidado integral, determinando a garantia de acesso aos serviços que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Isso reforçou a premissa de que, para se ter saúde, são necessárias ações em vários setores para além das ofertas voltadas à assistência à saúde, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde. Nesse sentido, ressalta-se que somente uma política governamental integrada pode assegurá-la (BRASIL, 1990).

O SUS substituiu o modelo de ofertas de saúde pautado no seguro social para um conceito de saúde como direito de todos e universalização; assegura a todos os indivíduos os mesmos direitos, sem preconceitos ou privilégios; e adota um modelo de assistência integral, no qual as ações de promoção da saúde, prevenção e cura não são fragmentadas ou segmentadas (SANTOS, 2013).

Em todo o país, deve ser garantida a efetivação dos princípios doutrinários do SUS de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular (PAIM, 2020; SANTOS, 2013). O conceito de integralidade, enquanto princípio doutrinário, é compreendido pelas ações e serviços públicos de saúde e pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, desenvolvidos por meio de um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

2.3 O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE DE PORTUGAL

Em Portugal, a proposta de criação de um sistema completo que ofereça cuidados de saúde abrangentes o suficiente para toda a população surge em 1971, por meio de uma reforma inovadora no campo da saúde, inspirada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) inglês, que foi base para os ideais reformistas de Portugal (BAGANHA; RIBEIRO; PIRES, 2002).

Até 1974, Portugal vivenciava um período em que os partidos e os movimentos políticos estavam proibidos, as prisões políticas cheias, os líderes oposicionistas exilados, os sindicatos fortemente controlados, a greve proibida, as

demissões fáceis e a vida cultural estritamente vigiada. A Revolução dos Cravos marcou o fim desse período, e com o processo de redemocratização português a nova Constituição foi promulgada (PISCO; PINTO, 2020).

A nova Constituição de Portugal, aprovada em 1976, dita em seu artigo 64 que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetivar-se-á através da criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito (PORTUGAL, 1976).

A Constituição portuguesa, portanto, estabelece que o Estado seria responsável “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” (SOUSA, 2009). A Lei nº 56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso à saúde passa a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

Ao Estado incumbe-se o dever de proteger a saúde dos cidadãos, respeitando o acesso individual e coletivo ao bem protegido (neste caso, a saúde) e criando todas as condições para garantir o acesso universal, sem qualquer impedimento (VALENTINI *et al.*, 2004). A nova estrutura do sistema de saúde considerou um novo arranjo organizacional, que definiu

Art. 4 O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independente de sua condição econômica e social, e reger-se-á por normas regulamentares a estabelecer. Art. 6 O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. (PORTUGAL, 1979)

No cumprimento do que é definido no texto constitucional e como forma de assegurar determinantemente o direito à proteção da saúde, a Constituição é clara, atribuindo as prioridades incumbidas ao Estado, entre as quais se destacam:

Garantia de acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva (atual atenção primária à saúde), curativa (atuais cuidados de saúde hospitalares/diferenciados e especializados) e de reabilitação (atuais cuidados continuados de convalescença, reabilitação e manutenção). (PORTUGAL, 1976)

A publicação da Lei de Bases da Saúde constitui outro capítulo importante na história do Serviço Nacional de Saúde. É através dela, em 1990, que se concretiza a definição do sistema de saúde de Portugal como uma estrutura que visa à efetivação do direito à proteção da saúde (PISCO; PINTO, 2020). O Estado passa a garanti-lo por meio de serviços próprios ou contratualidades e apoia e fiscaliza a oferta dos serviços privados em território nacional. À população e às entidades caberia o apoio e a adoção de estilo de vida saudável. A saúde passa a ser responsabilidade compartilhada entre Estado, serviços privados em saúde e população (SOUSA, 2009).

Diferentemente do Brasil, o texto constitucional de Portugal sofreu algumas alterações desde que foi promulgado. O regramento do funcionamento do SNS é definido principalmente pelo texto constitucional e possui menos modificações regidas por instrumentos legais como portarias e seus correlatos.

Quadro 1 – Semelhanças e diferenças gerais entre os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal – aspectos normativos e de contexto

Semelhanças	Diferenças	
	Brasil	Portugal
Sistemas de saúde de caráter universal	Totalmente gratuito	Tendencialmente gratuito
Regramento nacional do sistema de saúde	Lei nº 8080 e normas ministeriais	Lei Base de Saúde e Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
Existência de subsistemas de saúde	Instituições particulares e filantrópicas	Instituições particulares de solidariedade social
Descentralização na condução da gestão	União, Estados e Municípios	União e Regiões de Saúde
Abrangência nacional	Ampla extensão territorial e menor densidade populacional	Menor extensão territorial e maior densidade populacional
Participação da sociedade	Conselhos e Conferências de Saúde	Conselhos de Saúde

Fonte:Elaboração da autora

2.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

A APS é considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais. Tal fato se ancora no reconhecimento de seu impacto não só nos indicadores de saúde, mas também no desenvolvimento da população nos países que instituíram a APS como base de seus sistemas de saúde (WHO, 2008; SANTOS *et al.*, 2015).

Na reestruturação, no fortalecimento e na racionalização dos sistemas públicos de saúde, um papel essencial foi desempenhado pela APS. Trata-se da principal estratégia para produzir a transformação do sistema de saúde, em busca de uma cobertura universal e de respostas aos principais problemas e condições de saúde de uma população (CECÍLIO; REIS, 2018; LAVRAS, 2011).

A APS é, portanto, uma das mais potentes estratégias para a organização dos sistemas de saúde, pautada na mudança prático-assistencial dos profissionais de saúde e na representação de primeiro nível de atenção. Para Starfield (2002), a APS é orientada por eixos estruturantes, definidos internacionalmente como atributos essenciais, tais como: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

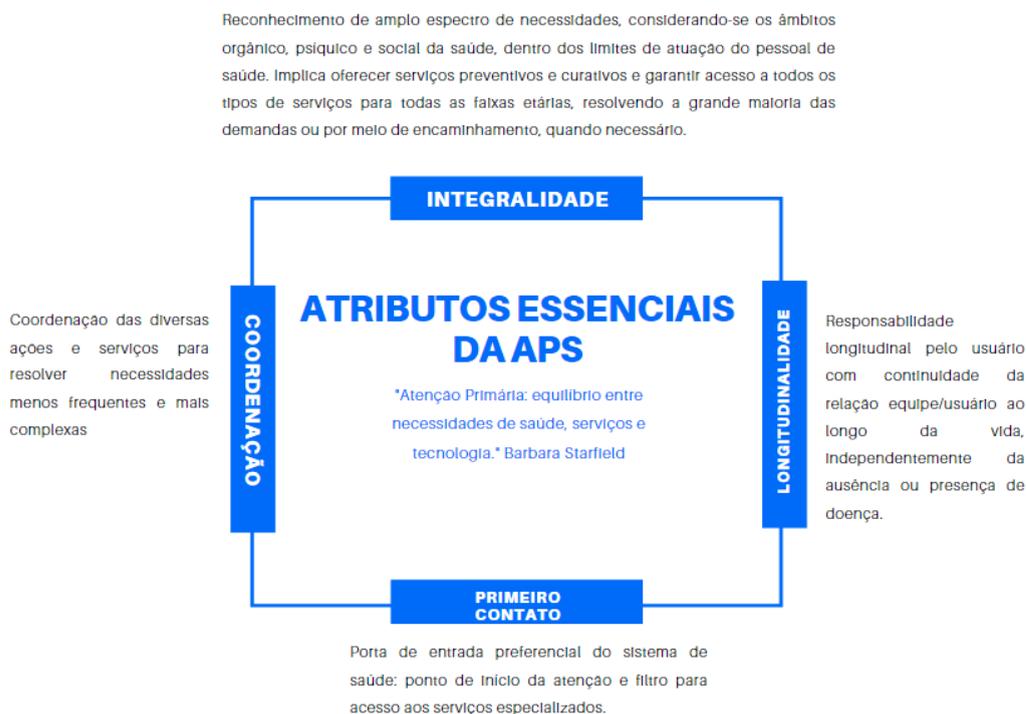


Figura 1 – Atributos Essenciais da APS

Fonte: Elaboração da autora

Em sua essência, a APS volta-se ao cuidado em saúde considerando o âmbito plural e, em seus contextos socioeconômicos e culturais, tem o propósito de promover a saúde, prevenir doenças e agravos e também ofertar serviços de diagnóstico e recuperação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2012; SOUZA, 2014).

Em concordância com os registros feitos por Starfield (2002) e Sousa (2008), pesquisas e evidências científicas demonstram que a organização dos serviços de saúde que possuem a APS como coordenadora do cuidado em saúde apresentam melhores resultados, com aumento da efetividade das ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos.

Dessarte, diversos autores apontam o alto poder da APS na atenuação das desigualdades em saúde; na maior eficiência do cuidado e da utilização de práticas preventivas; na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, bem como na satisfação deles quanto aos serviços e aos atendimentos (ESCOREL *et al.*, 2007; KEMPER *et al.*, 2018).

Em sistemas de saúde nos quais a APS está organizada e coordenada, ela fornece uma resposta ampla em todos os níveis de atenção, além de assumir a responsabilidade de vincular a participação institucionalizada da sociedade civil aos mecanismos de diálogo político e responsabilização (CECÍLIO; REIS, 2018).

No Brasil, a APS surge como estratégia para o alcance dos princípios do SUS: a integralidade, a equidade e a universalidade, imprescindíveis aos sistemas de proteção social. Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (1990) definiu a Atenção Primária – ou os “Cuidados de Saúde Primários”, segundo a denominação local – como o acesso de primeira linha ao sistema de saúde (PORTUGAL, 1990).

Em ambos os países, é definida em suas normativas como um conjunto de ações individuais ou coletivas que estão situadas no primeiro nível de atenção, no intuito de promover e proteger a saúde e prevenir doenças e agravos, para ofertar cuidados de saúde voltados às necessidades dos indivíduos, da família e da comunidade.

2.5 A INTEGRALIDADE

No âmbito da saúde coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de ações que não se restringem ao entendimento da acessibilidade ao sistema de saúde; considera-se que um cuidado integral compreende uma dimensão de planejamento em saúde, regulação de políticas públicas, relação entre Estado e sociedade e um olhar para o usuário que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano (PINHO *et al.*, 2007).

Segundo Pinheiro (2009, p. 258), a integralidade pode ser considerada como o meio de concretizar o direito à saúde:

A “integralidade” como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

O princípio da integralidade pode resumir também em certo modo a concretização do conceito de saúde como forma de garantir a cidadania, levando à compreensão de sua real operacionalização. Demonstra a superação de obstáculos e a implantação de inovações nos modelos e serviços de saúde e na relação destes com a sociedade (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018).

Como mencionado anteriormente, diversas são as interpretações e as definições do termo “integralidade” (CARMUT, 2017). A depender do contexto, os significados imprimem aspectos relacionados à completude, à inter-relação e até ao exercício profissional. Na tentativa de discutir o tema de forma mais aprofundada, foi desenvolvida a obra “Os sentidos *da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (PINHEIRO; MATTOS, 2001). De acordo com a obra:

O curioso é que integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. (MATTOS, 2001, p.16)

Mattos (2001) descreve que a integralidade pode ter diferentes significados quando analisada no contexto dos sistemas de saúde. O autor atribui sentidos ao termo como forma de tentar definir o conceito à luz das políticas de saúde.

A primeira dimensão seria a integralidade como um *traço da boa medicina*. Para o autor, esse conjunto de sentidos

[...] relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Suas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentada. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude frequentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. (MATTOS, 2001, p.48-49)

A outra dimensão da integralidade relaciona-se com o *modo de organizar as práticas*. Para o autor, esse conjunto de sentidos está relacionado diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Dessa forma, é necessária uma horizontalização dos programas verticais (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

A integralidade também pode ser compreendida como um caminho a ser percorrido, configurando uma “*imagem objetivo*”. No caso específico do SUS, de acordo com os autores, a integralidade poderia estar relacionada com uma ideia de

bandeira de luta para a “*imagem objetivo*” da Reforma Sanitária, necessária para que o sistema de saúde fosse construído e consolidado. Já em Portugal, o mesmo conceito de rompimento com a realidade e direcionamento para uma “*imagem objetivo*” pode ser aplicado na mudança da estruturação da saúde ocorrida e que culminou no projeto do SNS.

O conceito de integralidade é incluído na Constituição portuguesa quando esta responsabiliza o Estado por garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país (PORTUGAL, 1976).

Na perspectiva do direcionamento para o qual as políticas de saúde devem ser estruturadas, considerando-se sua magnitude e seu escopo de impacto para a população, outro sentido é posto, nomeado de “*políticas especiais*”:

[...] é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas aqui de políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Poderíamos falar que esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. (MATTOS, 2001, p.61)

Como aporte teórico de análise para este trabalho, utilizar-se-á o conceito de integralidade posto por Mattos (2001) numa perspectiva de análise do campo das práticas em saúde. Ele perpassa aspectos relacionados à organização dos serviços, à atuação profissional e à implementação das políticas de saúde.

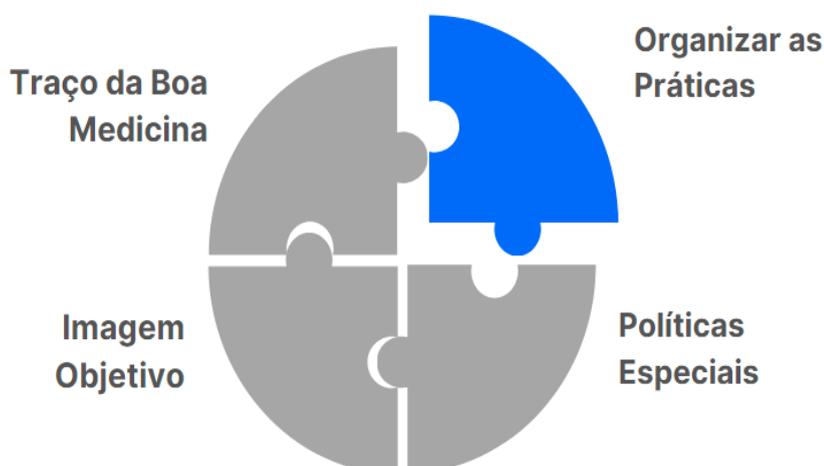


Figura 2 – Os sentidos da integralidade
 Fonte: Elaboração da autora, com base em Mattos (2001)

Essa dimensão traz também uma crítica à dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Trata-se de uma proposição de ruptura entre as práticas dos programas verticais, incorporando-se práticas que possam considerar aspectos amplos relativos à vida das pessoas, conferindo de certa forma um “olhar horizontal” sobre as necessidades em saúde.

De acordo com Mattos (2001), os serviços devem, portanto, estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem. Para que as ações e os serviços de saúde consigam produzir impacto positivo sobre a saúde da população, é preciso valorizar a multiprofissionalidade, aproveitar janelas de oportunidade para ofertas em saúde e pautar as ações focadas de maneira a considerar os determinantes de saúde.

Mattos (2001) afirma também que a integralidade das práticas em saúde implica superar reducionismos, o que significa voltar as ações de saúde para os sujeitos, e não para as patologias, considerar as singularidades e as especificidades e oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde das pessoas.

Nesse aspecto, Cecílio (2001) afirma que é preciso repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde quando da busca pela

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como estão estruturadas as práticas em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), nos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal, que contribuam com a integralidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar nas literaturas científicas brasileira e portuguesa a produção sobre os sistemas universais de saúde e a integralidade;
- Descrever os contextos sócio-histórico-econômicos do Brasil e de Portugal nas dimensões das políticas de saúde;
- Identificar as convergências, as divergências e as singularidades que compõem as bases orientadoras das diretrizes normativas da Atenção Primária à Saúde nos dois países a partir das unidades de análise;
- Analisar comparativamente as convergências, as divergências e as singularidades.

4 MÉTODO

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma análise comparada entre Brasil e Portugal para buscar convergências, divergências, singularidades ou relações entre os países, tendo em vista conhecer determinações, causalidades e inter-relações a partir dos marcos legais e das diretrizes normativas.

As análises comparativas em saúde tornaram-se um campo de pesquisa consolidado (HEIDEMANN *et al.*, 2018). Os estudos comparados como ferramenta de análise das políticas públicas ganharam força a partir da década de 1960, muito embora sejam um método de estudo utilizado frequentemente no campo das ciências políticas. Eles trazem como principal ganho para a pesquisa a possibilidade de aprimorar as investigações; ampliar os horizontes da análise de um caso a partir das experiências de outro; e valorizar as especificidades decorrentes do contexto histórico, político-administrativo e cultural das políticas (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; HEIDEMANN *et al.*, 2018).

A comparação sempre marcou a evolução do pensamento humano; sempre esteve presente na própria construção do saber (FERREIRA, 2008):

O princípio da comparação é a questão do outro, o reconhecimento do outro e de si mesmo através do outro. A comparação é um processo de perceber diferenças e semelhanças e de assumir valores nesta relação de reconhecimento de si próprio e do outro. Trata-se de compreender o outro a partir dele próprio e, por exclusão, reconhecer-se na diferença. (FRANCO, 2000.)

Esta pesquisa apresenta uma análise acerca das práticas em saúde no âmbito da Atenção Primária no Brasil e em Portugal e sua influência no alcance do princípio da integralidade. Está inserida no estudo “Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos Comparados sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e Seus Similares em Outros Países”, conduzido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília

(UnB), com a participação de docentes e alunos de pós-graduação do Departamento de Saúde Coletiva da UnB, e financiado pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Considerando-se a complexidade inerente à compreensão do fenômeno estudado, optou-se por um desenho de estudo qualitativo de dois casos, em que cada país ou suas experiências específicas formam unidades de análise.

O método comparativo, que orienta a pesquisa maior à qual este estudo é vinculado, encontra suas raízes no século XIX, com os estudos clássicos da sociologia. Em estudo sobre tal método nas ciências sociais, Schneider e Schmitt (1998) afirmam que ele permite

[...] descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos e tipologias, identificando continuidades e discontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais.

Os estudos comparados, portanto, são transversais a esta pesquisa, que, de acordo com os objetivos da pesquisa maior, busca analisar experiências em saúde de países que guardam semelhanças com o Brasil, em especial com seu sistema de saúde.

Para esta análise comparativa entre Brasil e Portugal, com foco na identificação da forma de organização das práticas de saúde na Atenção Primária à Saúde, foram realizadas análises de produção científica e de normativas sobre o tema, bem como de documentos de gestão produzidos pelos ministérios da saúde dos dois países.

A produção científica foi obtida a partir de uma revisão de literatura do tipo *scoping review* de caráter exploratório, de forma a incluir todos os estudos existentes para uma revisão diversificada. Trata-se de um método de síntese projetado para abordar questões de pesquisa amplas, geralmente baseadas em políticas. Esse método tem se destacado mundialmente na área de síntese de evidências em saúde e será realizado conforme a proposta do Instituto Joanna Briggs (SUCHAREW, 2019).

Utilizou-se os seguintes descritores e suas combinações: “Atitudes e Práticas em Saúde”, “Health Knowledge, Attitudes, Practice”, “Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud”, “Brasil”, “Brazil”, “Portugal” e “Atenção Primária à Saúde”, “Primary Health Care”, “Atención Primaria de Salud” com uso dos operadores

booleanos (And e Or), de forma a definir a sentença para preenchimento em diferentes tipos de campos de busca nas bases de dados.

O uso dos descritores foi feito de forma combinada, de maneira a permitir a ampliação dos achados. Os limitadores utilizados foram: friso cronológico (2011 a 2021) e disponibilidade na íntegra em português, inglês e espanhol. Excluíram-se também revisões sistemáticas, editoriais, resumos, manuais, ensaios clínicos, meta-análises e referências de estudos sobre países que não fazem parte desta pesquisa.

Foram seguidas estas etapas:

- Definição da questão de pesquisa (PCC);
- Identificação dos estudos relevantes;
- Seleção e mapeamento dos estudos;
- Extração dos dados;
- Análise dos artigos;
- Interpretação dos resultados.

Para o mnemônico PCC (*Population, Concept, Context*), definiu-se: “*Como estão estruturadas as práticas em saúde na APS do Brasil e de Portugal?*”.

As bases escolhidas para a pesquisa foram:

- PubMed
- Cochrane
- BVS/LILACS
- SciELO
- Embase

Para a avaliação, a seleção e o mapeamento dos estudos, foi utilizada a plataforma Rayyan®; a plataforma Mendeley® foi utilizada para a organização das evidências científicas.

Quanto às normativas e aos documentos governamentais, dentre os achados foram selecionados os abaixo listados, que tinham relação direta com o tema do estudo:

Quadro 2 – Normas e regramentos dos sistemas de saúde do Brasil e Portugal

BRASIL	
Norma	Detalhamento
Lei nº 8080/1990	Lei Orgânica do SUS
Portaria nº 154/2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Portaria nº 2.436/2017	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
Portaria de Consolidação nº 2/2017	Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS
Portaria de Consolidação nº 3/2017	Consolida as normas sobre as redes do SUS
Portaria nº 2.979/2019	Programa Previne Brasil
Portaria nº 397/2020	Programa Saúde na Hora
Portaria nº 1.434/2020	Programa Conecte SUS e Rede Nacional de Dados em Saúde
Portal Governamental – SAPS	Carteira de Serviços da APS
Portal Governamental – SAPS	Documentos técnico-assistenciais
PORTUGAL	
Norma	Detalhamento
Lei n.º 48/90	Lei de Bases da Saúde (primeira redação)
Lei nº 95/2019	Lei de Bases da Saúde (segunda redação)
Lei nº 56/79	Cria o Serviço Nacional de Saúde
Decreto-Lei nº 254/82	Cria as Administrações Regionais de Saúde
Decreto-Lei nº 11/93	Estatuto do SNS
Decreto-Lei nº 298/2007	Regime Jurídico das Unidades de Saúde Familiar (USF)
Portaria nº 301/2008	Aprova o Incentivo Financeiro às USF
Decreto-Lei nº 222/2007	Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde
Decreto-Lei nº 157/99	Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde
Decreto-Lei nº 18/17	Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde
Decreto-Lei nº 73/17	Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar
Decreto-Lei nº 118/14	Enquadramento da atividade dos profissionais no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários

Fonte:Elaboração da autora

A partir da leitura e da análise dos documentos científicos e técnicos, foram definidas as seguintes unidades de análise:



Figura 4 – Unidades de análise para os achados do estudo
 Fonte:Elaboração da autora

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa em questão possui viabilidade técnica de execução, pois é parte integrante de um estudo internacional o qual vem sendo desenvolvido desde 2007, na linha de pesquisa Políticas, Sistemas e Serviços de Saúde, sob a coordenação da professora doutora Maria Fátima de Sousa.

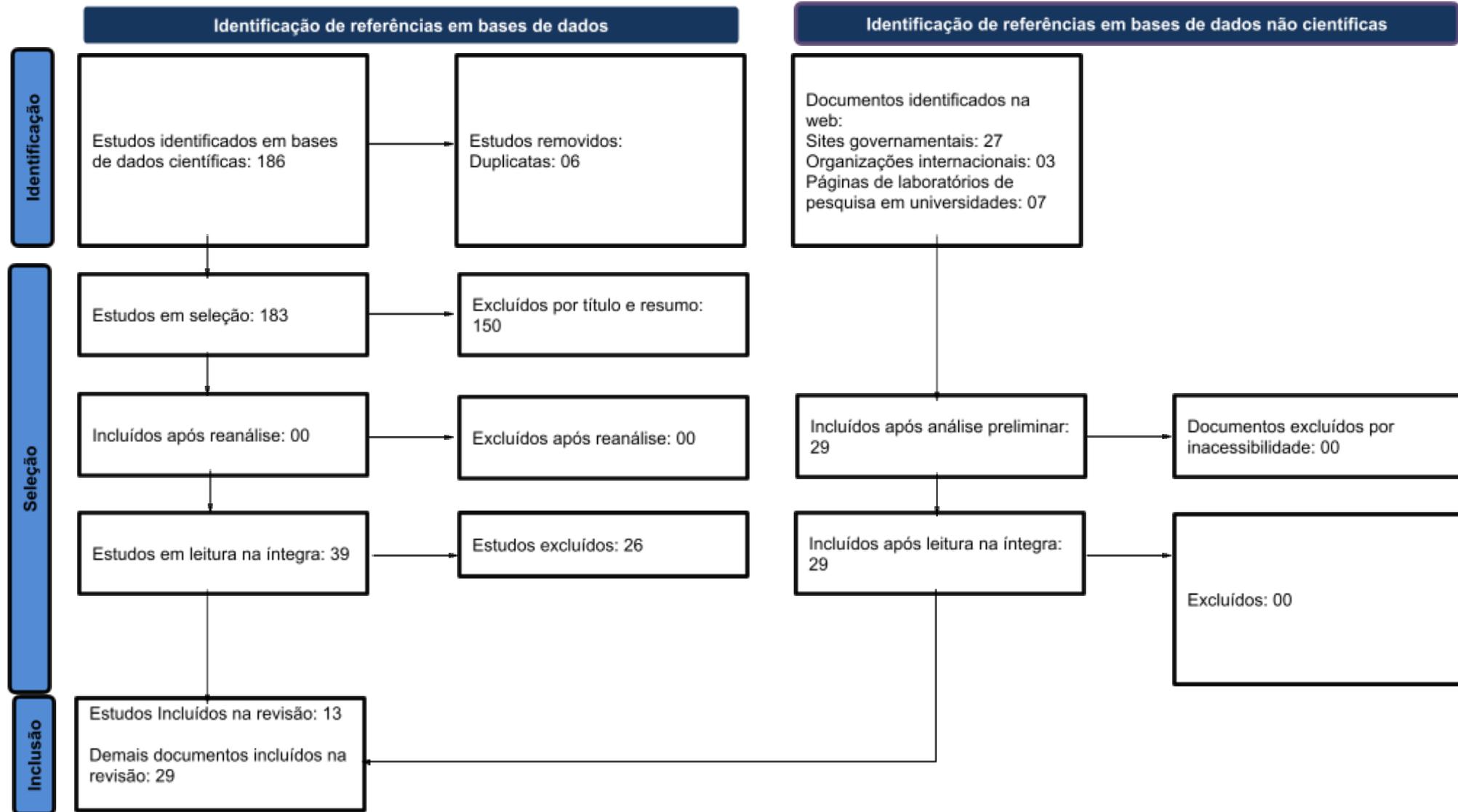


Figura 4 - Processo de seleção dos artigos

Quadro 2 – Estudos selecionados segundo ano, autor, título e resultados.

Ano	Autores	Estudo	Resultados
2017	Leonardo Carnut	Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil.	Foi demonstrada a existência de um fio condutor que une os elementos teórico-conceituais sobre cuidado, integralidade e Atenção Primária à Saúde, tornando-os um eixo estrutural do Sistema Único de Saúde, assim como os principais limites e possibilidades dessa articulação.
2017	Marjorye Polinati da Silva Vecchi Estela Márcia Saraiva Campos Beatriz Francisco Farah	Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família.	A autoavaliação pelas equipes do município se apresentou como ferramenta dinamizadora na identificação de demandas para Educação Permanente e organização do processo de trabalho.
2017	Marcos Valério Santos da Silva Gilza Brena Nonato Miranda Marcieni Ataíde de Andrade	Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar.	necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre os princípios do SUS, e ainda durante a formação, para realizarmos ações de saúde mais efetivas.
2017	Joyce Lane Braz	A prática da integralidade na gestão do	o curso possibilitou um olhar crítico frente a algumas situações de

	Virgolino da Silva et al	cuidado: relato de experiência.	saúde e fomentou mudanças das práticas de saúde
2016	Yamila Comes et al	A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família.	O Programa Mais Médicos contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas de saúde, impactando positivamente na melhoria da Atenção Básica à Saúde.
2016	Roberto Henrique Amorim de Medeiros	Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS.	Com o apoio da teoria matemática do cálculo matricial, constrói a noção de matriciamento que pretende contribuir para implementar relações colaborativas entre equipes e serviços com efeitos importantes e resolutivos no registro da atenção e da gestão do cuidado integral da saúde
2012	Deybson Borba de Almeida Cristina Maria Meira de Melo	Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade.	O estado da gestão local e seu distanciamento com o princípio da integralidade abrange três pontos de determinação: o âmbito político, determinante para a mudança que é representada pelo poder de decidir; o âmbito técnico, representado por saber intervir; e o administrativo, relacionado ao como intervir na ESF
2020	Elaine Miguel Delvivo Farão Cláudia Maria de Mattos Penna	As necessidades em saúde de usuários e sua interação com a atenção primária.	As necessidades da vida cotidiana não são significadas em uma perspectiva interacionista, pelos usuários, como demandas que podem ser cuidadas nos serviços. Dessa forma, por se distanciar das demandas biológicas, são negligenciadas pelos profissionais de saúde na atenção primária e refletem que o cuidado integral ainda permanece como desafio no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2018	Lilia Campos Nascimento	Concepções e práticas de integralidade em saúde no núcleo de apoio à saúde da família.	Núcleo de Apoio à Saúde da Família apresenta aspectos que favorecem a orientação das suas práticas por meio da integralidade,

	Vladimir Andrei Rodrigues Arceb Fernanda dos Reis Souza		no entanto, simultaneamente, o núcleo também demonstra características organizacionais que seguem no sentido oposto de tal perspectiva ou, ainda, não apresenta noções fundamentais que possibilitem a apreensão das necessidades de saúde da população.
2019	João Dutra De Araujo Neto	Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders.	O material empírico deu origem a quatro categorias: fragilidade do vínculo com o território; desafios do trabalho em equipe multidisciplinar; falta de competências para a atuação no Nasf; e deficiência de apoio logístico. Evidencia-se como fator restritivo de destaque à atuação do Nasf concernente à integralidade a fragilidade do vínculo entre as equipes de saúde e destas com a população, além da falta de competências dos profissionais, cuja importância se expressa nos resultados.
2019	Katiucha Mendes de Menezes Maurício Antonio Pompilio Sônia Maria Oliveira de Andrade	A integração do cuidado: dificuldades e perspectivas.	É necessário promover, com apoio institucional, a articulação das equipes para a conquista da integralidade e, conseqüentemente, o alcance de uma assistência humanizada e com qualidade.
2020	Lívia dos Santos	Experiência de coordenação do cuidado	Políticas e ações para a garantia de condições estruturais de melhoria

	Mendes et al	entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados.	do acesso, de condições de trabalho e de adaptação mútua mais favoráveis precisam ser implementadas de forma sistêmica para o conjunto dos serviços do Sistema Único de Saúde.
2017	Maria Angélica Carneiro Silva	Entre os nós da rede de saúde mental: As práticas de agentes comunitários de saúde.	As práticas dos agentes comunitários de saúde teciam o cuidado à pessoa com transtorno psíquico, eram fundadas na comunicação efetiva e na articulação entre comunidade e unidade de saúde e enfatizavam a negociação junto à equipe multidisciplinar na tomada de decisões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde passou a ser discutida como um nível de atenção à saúde, em meados de 1910, a partir dos centros de saúde norte-americanos, que eram serviços destinados a dar assistência a uma população definida. Nesse momento já existia a noção de nível primário, com cuidados preventivos e curativos (WHO, 2008; PISCO; PINTO, 2020).

Desde então, diversos foram os arranjos de oferta dos cuidados de nível primário em saúde em todo o mundo, até que, a Conferência de Alma-Ata foi responsável por dar início a uma sequência de debates sobre as políticas de saúde no mundo e suas direções. Tal conferência reafirmou a saúde como direito humano fundamental e subsidiou com elementos concretos os países que apresentavam dificuldades estruturais e financeiras de investimento e de manutenção de políticas e estratégias de saúde, no sentido de revisão do modelo assistencial praticado até então.

Após dez anos da Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS), diante das desigualdades e das injustiças sociais e de saúde constatadas na maioria dos países do mundo, reafirmou o conjunto de princípios que constituem a Atenção Primária à Saúde preconizados por aquela declaração, tendo em vista a construção de uma base da Atenção Primária nos serviços de saúde (WHO, 2008).

A APS é a principal estratégia utilizada nos sistemas de saúde universais para a efetivação do cuidado em saúde. Tal fato se ancora no reconhecimento de seu impacto não só nos indicadores de saúde, mas também no desenvolvimento da população nos países que instituíram a APS como base de seus sistemas de saúde.

No âmbito conceitual, é possível caracterizar a APS como uma estratégia de organização da atenção à saúde que tem como objetivo atender de forma integrada à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Starfield (2002, p. 28) define a APS com base na definição da OMS, de 1978. Para a autora:

A atenção primária *não* é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas [...]. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção

que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A APS pode ser definida adicionalmente como um conjunto de ações individuais ou coletivas situadas no primeiro nível de atenção, com o intuito de promover e proteger a saúde e prevenir doenças e agravos, realizando o tratamento com base nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (SOUSA, 2014).

O papel da APS compreende a gestão do fluxo de usuários na rede, o manejo efetivo das condições crônicas, a efetividade do cuidado – em especial nas práticas preventivas – e a redução de iniquidades. Trata-se, portanto, de uma estratégia pautada na mudança prático-assistencial dos profissionais de saúde e na representação de primeiro nível de atenção (LAVRAS, 2011).

Os países que investem na APS como porta de entrada de seus sistemas de saúde devem implementar um conjunto de políticas públicas a fim de dar resposta aos desafios da saúde, de forma a contemplar intervenções de saúde pública para além do campo assistencial. A APS deve ser capaz de desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, em um arranjo complexo de atuação, de forma a compor um modelo de atenção abrangente e robusto (WHO, 2008).

5.1 MODELO DE ATENÇÃO NA APS



O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias; é definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Ele também pode ser definido como as combinações de tecnologias empregadas para as intervenções sobre problemas e necessidades de saúde de uma população. Assim, é preciso agregar da forma mais adequada possível os

meios técnico-científicos existentes a fim de se promover a saúde considerando-se as principais características da população e suas necessidades de saúde (PAIM, 2001).

Tanto no contexto brasileiro quanto no português, o reconhecimento da importância da Atenção Primária como ordenadora do cuidado foi formalizado nacionalmente por meio de políticas públicas de saúde que reiteraram seu papel na mudança do modelo organizacional da saúde desenvolvido até então e propuseram modelos de atenção pautados na APS para serem implementados.

No Brasil, os centros de saúde durante décadas atuaram como serviço que ofertava os principais cuidados de saúde pública – por exemplo, a educação sanitária, o enfrentamento das grandes endemias e a atenção materno-infantil (LAVRAS, 2011).

Apenas no final da década de 1970 e no início da década de 1980 surgiram as primeiras experiências no Brasil de implantação de serviços municipais de saúde, inspirados nos preceitos da Declaração de Alma-Ata, trazendo o início do que viria a se aprimorar como medicina comunitária, até a definição da participação dos municípios no desenvolvimento da APS (CECÍLIO; REIS, 2018; SILVEIRA, 2008).

A APS passa então a ser o referencial norteador das políticas em saúde no Brasil, sobretudo no que diz respeito à organização dos serviços e à revisão do modelo assistencial vigente.

Nos anos 1990 houve um marco para as políticas da APS: os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), que apresentavam dentre seus objetivos o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde e a criação de vínculo com a população, favorecendo o acesso aos serviços de saúde. A implementação desses programas, acrescida da reformulação do repasse de recursos para os municípios, fortaleceu a Atenção Básica e o PSF no Brasil e favoreceu sua gestão descentralizada no âmbito municipal (SOUSA, 2008).

Mudar um modelo de atenção à saúde é um ato transformador para as práticas e exige implementação de mudanças no processo de trabalho, incluindo seus elementos estruturais, no perfil dos sujeitos e principalmente, na relação entre serviço e comunidade (TEIXEIRA, 2003).

Desde 1996, o Ministério da Saúde adotou o PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento das ações de Atenção Básica no SUS, e o programa passou a ser um objeto frequente das diretrizes normativas federais que ao longo dos anos

subsequentes estruturaram e organizaram as práticas de saúde dispensadas por meio do programa (VIANA; DAL POZ, 1998).

O PSF é fruto de uma vivência de cuidados operacionalizada pelo PACS, já que representou a institucionalização de experiências locais de práticas com agentes comunitários que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada e focalizada em diversas regiões do Brasil (CECÍLIO; REIS, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2009; SOUSA, 2008).

O PSF passou a ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o documento do Ministério da Saúde nomeado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, deixando de ser compreendido apenas como uma intervenção individual e verticalizada. Segundo o documento, a ESF

[...] caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 1997, p. 8-9)

O Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) buscou a construção de uma prática sanitária multiprofissional e interdisciplinar. Quando da necessidade de encaminhamento para níveis de maior complexidade do sistema de saúde, em respeito ao princípio da integralidade da atenção e à hierarquização do sistema. Para a relação entre os cuidados primários de saúde com os demais pontos da rede deve formar-se uma relação de referência e contrarreferência, no qual a equipe da ESF permanece como responsável pelo acompanhamento dos indivíduos e das famílias (BRASIL, 2000).

As equipes de Saúde da Família possuem portanto como principal característica a multiprofissionalidade; esta confere distintos pontos de vista que se somam para uma abordagem em saúde de maior qualidade. A interdisciplinaridade também é um ponto forte, uma vez que busca minimizar as fronteiras disciplinares, construindo modelos de abordagem mais completos e que se complementam (GIOVANELLA *et al.*, 2009; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica, em sua primeira versão publicada em 2006 (BRASIL, 2006), refletiu na ampliação do conceito de Atenção Primária, incorporando também os atributos discutidos por Barbara Starfield (2002). Segundo o documento, a AB

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a 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 essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10)

A partir de 2006, observa-se também um significativo avanço na implantação e/ou implementação de políticas e ações voltadas para a promoção e a garantia da saúde; entre elas,

O Programa Mais Saúde; o reforço da atenção básica por meio da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), da qualificação dos profissionais de nível superior do PSF, do Brasil Sorridente e do trabalho de agentes comunitários de saúde [...]. Destacam-se ainda o Programa Saúde na Escola (PSE); o tratamento da hipertensão e do diabetes; o planejamento familiar; a ampliação do acesso a serviços especializados; ações de investimento em infraestrutura, duplicação da cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); implantação de complexos reguladores, com finalidade de melhorar o acesso a internações; implantação de novas formas de compra de serviços [...]. Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das Equipes de Saúde da Família (ESF) [...]. Na área da saúde bucal, foram acrescentadas 2.569 equipes de Saúde Bucal para atenção básica e instalados 176 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (MENICUCCI, 2011)

A ESF foi definida como o modelo de organização do trabalho na APS e substitutivo às diversas modalidades de arranjos organizativos dos cuidados primários em saúde disponibilizadas pelos municípios brasileiros, e passou a ser também o elo com a rede de serviços de saúde ofertada no sentido de reorganização da rede de serviços locais de saúde (FARIAS *et al.*, 2019; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Em 2008, por meio da Portaria nº 154, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades, como forma de ampliar a resolutividade das ações e dos serviços de APS. Trata-se de uma modalidade de equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades e que constitui apoio especializado na Atenção Primária, atuando de forma integrada e complementar à ESF, e não como um ambulatório de especialidades, e atuando com a lógica do matriciamento em saúde (BRASIL, 2014).

O matriciamento em saúde é uma estratégia de organização do trabalho que se dá a partir da integração de equipes de Saúde da Família com profissionais de outros núcleos de conhecimento, os quais podem agregar ao trabalho com recursos de saber e intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde (MEDEIROS, 2016). Ele se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas e da articulação pactuada de intervenções conjuntas, e tem por principal objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, atuando na lógica do apoio matricial (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

No processo de matriciamento, as relações entre os profissionais de saúde se estabelecem de maneira horizontal e colaborativa, através do compartilhamento de estratégias de cuidado. Assim, tal processo se contrapõe à lógica do modelo tradicional, que consiste no encaminhamento para avaliação do especialista focal.

O NASF-AB preza por compartilhar saberes e práticas de cuidado entre equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Além disso, deve considerar as solicitações e as necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais do território, bem como as demandas e as necessidades advindas do processo de trabalho das citadas equipes vinculadas. Para se atender às demandas do território, deve-se, em especial, observar o perfil demográfico, epidemiológico, assistencial e socioambiental da população.

A partir da ampliação e fortalecimento da APS pautada no modelo da ESF, as discussões sobre Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como ordenadora do cuidado ganham destaque. De acordo com Mendes (2011, p.71):

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso;

integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

Em 2012, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro, foi aprovada a segunda versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ela definiu que a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) coloca a comunidade e o usuário no centro do processo de formulação e operacionalização das políticas e das ações de saúde, garantindo maior participação na gestão e no autocuidado. Além disso, deve utilizar a estrutura de apoio matricial para ampliar e dar cobertura às ações de saúde, o que favorece o vínculo do usuário com os profissionais e o serviço de saúde. Desse modo, é possível desenvolver uma gestão diferenciada na atenção à saúde e, conseqüentemente, realizar ações de cuidado integral para a população (LEITE *et al.*, 2016).

À Estratégia Saúde da Família do SUS compete portanto planejar ações estratégicas de acordo com os princípios estabelecidos no SUS e as diretrizes de atuação da APS, de forma a contemplar as necessidades do território de atuação e as especificidades dos indivíduos sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017; CECÍLIO; REIS, 2018).

O princípio de integralidade das ações de saúde proposto pelo SUS e desempenhado ao nível de APS depende da organização de um modelo de gestão do cuidado capaz de conjugar as ações voltadas diretamente aos indivíduos com as que envolvem os macroprocessos dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecida como forma de proporcionar a otimização da gestão, a racionalização de recursos e o aporte institucional para a criação de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2001). O município é a unidade federada que possui responsabilidade de gestão da APS, e cabem à região de saúde os arranjos regionais de ofertas de serviços em todos os níveis de atenção, conforme Figura 5.

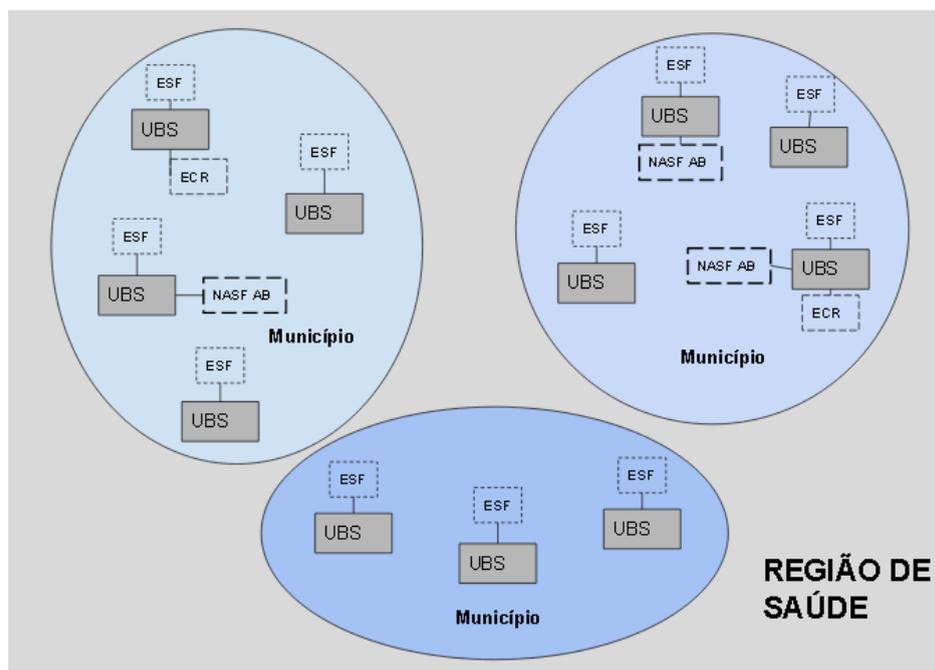


Figura 5 – Exemplificação dos arranjos da APS brasileira – equipes vinculadas às unidades básicas de saúde e disposição territorial.

Fonte: Elaboração da autora

Além das equipes da ESF e do NASF, a APS brasileira conta também com modalidades de equipes da APS voltadas para a atenção a populações específicas, considerando suas especificidades, assim como a diversidade da população brasileira e do território nacional; são elas: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) (BRASIL, 2017).

Em Portugal, na década de 1970, os Centros de Saúde de Primeira Geração ofertavam serviços basicamente segundo o que era entendido à época como ações de saúde pública, como vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, dentre outras. As ofertas eram prioritariamente ligadas à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco (LAPÃO; PISCO, 2019).

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar políticas integradas para organizar uma rede de serviços para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), de uma forma generalizada, colocando os centros de saúde como o pilar central do sistema. Os CSP tornam-se o primeiro ponto de entrada do usuário no sistema, bem como o local onde são efetivados os cuidados de prevenção e a promoção de boas

práticas de saúde.

A organização da APS em torno dos Centros de Saúde de Segunda Geração teve início em 1983, após a criação do SNS, e manteve a dependência deles às Sub-Regiões de Saúde (SRS) e às Administrações Regionais de Saúde (ARS). As ARS têm por missão garantir à população, na respectiva territorial, o acesso à prestação de cuidados de saúde, a partir das demandas da população e dos recursos disponíveis (PORTUGAL, 2012).

Nessa época surgiram os chamados centros de saúde integrados, resultantes da conjugação dos serviços assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais).

No final dos anos 1990, iniciou-se uma profunda reflexão sobre as melhores soluções organizativas no que diz respeito essencialmente à saúde familiar. O sistema de saúde português, desde a publicação da Lei de Bases da Saúde, tem como seu pilar fundamental os CSP:

1 – O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades. 2 - Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes. (PORTUGAL, 1990)

Dessa forma, ficava a cargo da APS as ofertas de ações inclusas nos programas de planeamento familiar e saúde materna e infantil, além da gestão clínica das doenças crônicas e agudas simples e dos cuidados domiciliários (LAPÃO; PISCO, 2019).

A partir de 1996 foi possível reacender junto ao Ministério da Saúde o debate sobre o futuro dos CSP e dos centros de saúde no país. Nesse sentido, os Centros de Saúde de Terceira Geração propuseram a organização da estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares. A descentralização da gestão dos CSP das Sub-Regiões de Saúde (SRS) para os centros de saúde culmina, em 1999, com a legislação relativa aos centros de saúde de terceira geração. (PORTUGAL, 1999)

A operacionalização da APS em Portugal é descentralizada, sendo realizada por meio de regiões de saúde que estabelecem contato com a esfera federal por meio do Ministério da Saúde de Portugal (BISCAIA; HELENO, 2017).

O Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009), para a saúde, garantiu que ficasse em evidência a temática dos cuidados primários e a sua importância na adscrição populacional, reforçando o entendimento da APS como o primeiro acesso da população aos cuidados de saúde. Tal programa referia explicitamente que os centros de saúde fossem reestruturados com a criação de novas unidades, as Unidades de Saúde Familiar (USF).

Em 2005, foi criada uma estrutura de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP), através da publicação da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de setembro, para conduzir o projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) (PISCO, 2011).

As USF foram um modelo inovador de assistência primária de saúde. Idealizadas por membros da classe médica, as USF são dotadas de autonomia organizativa e funcional e têm como objetivo suprir as necessidades de saúde primárias de uma população georreferenciada. Organizadas numa lógica de equipas multiprofissionais, elas visam à personalização dos cuidados prestados, atendendo ao contexto socioeconómico do usuário, de sua família e da comunidade ligados entre si, de acordo com um modelo de trabalho multiprofissional e em rede (PISCO, 2011).

As USF devem oferecer também uma carteira básica de serviços, meios diagnósticos descentralizados, acessibilidade e qualidade. O trabalho das equipas é avaliado considerando-se a produtividade e a qualidade. As USF são integradas numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde, que por sua vez são agrupadas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). É sua missão prestar cuidados de saúde personalizados e melhorar o estado de saúde da população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a continuidade de tais cuidados (PISCO, 2011; CORTES, 2016).

Em 2008, visando-se a um novo modelo enquadrador e de gestão dos cuidados, criaram-se as condições para se iniciar a construção dos mencionados Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), o que viria a acontecer em 2009. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) passa, assim, a integrar todos os serviços e profissionais, adequadamente enquadrados nas distintas unidades funcionais criadas (BISCAIA; HELENO, 2017).

Os ACES foram constituídos para organizar as ofertas por delimitação em áreas geográficas. Eles são responsáveis por prover à população as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, prestação de cuidados assistenciais e coordenação do cuidado do usuário para outros serviços de saúde (PISCO, 2011; PISCO; PINTO, 2020).

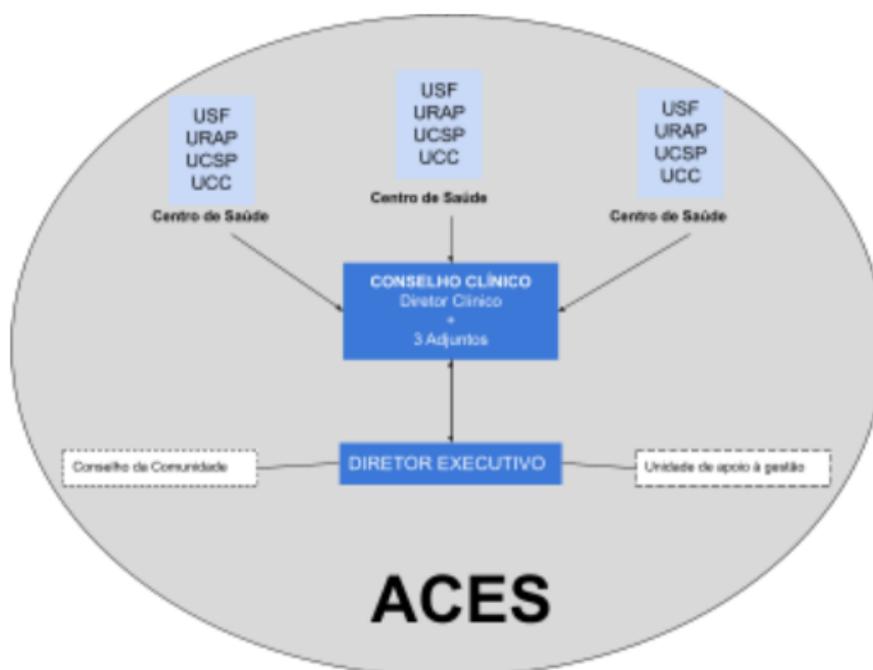


Figura 6 – Estrutura orgânica dos ACES
Fonte: Elaboração da autora

Dentro da estrutura funcional de um ACES, podem existir as seguintes unidades vinculadas a um centro de saúde, conforme Figura 7:

- Unidades de Saúde Familiar (USF): unidades elementares, autônomas do ponto de vista organizacional, funcional e técnico, de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares. Trabalham na lógica de equipes de saúde e têm por principal missão prestar cuidados de saúde e melhorar o estado de saúde da população inscrita de uma determinada área geográfica;
- Unidades de Saúde Pública: possibilitam uma avaliação mais detalhada da área geodemográfica e das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade;
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados: prestam serviços de

consultoria e assistenciais às unidades funcionais e prestam assistência para a referência dos usuários a unidades de maior complexidade assistencial e hospitalares;

- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados: prestam cuidados de saúde personalizados à população inscrita, em especial às mais vulneráveis, com maior risco ou dependência física e funcional ou doenças de maior complexidade clínica e assistencial.

O conjunto de USF de um ACES está relacionado a uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) para apoio assistencial e logístico. A URAP conta com profissionais de diferentes formações, podendo ter arranjos variados quanto ao número e à formação, conforme cada ACES.

As URAPs inclusive podem contar com médicos especialistas, além de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas que estejam ou venham a ser integrados no ACES. Santos *et al.* (2015) mencionam a similaridade do arranjo de trabalho das URAP com o dos NASF brasileiros.

A partir de 2010 houve uma intensa expansão das USF em Portugal. Essa ampliação ocorreu com a garantia dos objetivos para a Reforma da Atenção Primária, ancorados na qualificação dos cuidados de saúde, no aumento do acesso e no conseqüente crescimento da satisfação dos utilizadores dos serviços, bem como no aumento da satisfação dos profissionais, criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas financeiramente e com reconhecimento profissional (PISCO, 2011; PISCO; PINTO, 2020).

Aliado à ampliação das equipes e como forma de ampliar e qualificar os gestores dos ACES, foi criado o Programa Avançado em Gestão, Governança Clínica, Liderança e Sistemas de Informação (PACES) para dirigentes dos ACES, com uma proposta inovadora e visando a fomentar uma cultura e prática de gestão (PISCO, 2011).

5.2 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E DAS OFERTAS EM SAÚDE



Cuidar em saúde é promover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as demandas e as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade, com o objetivo de proporcionar saúde, bem-estar, segurança e autonomia (CARMUT, 2017). Para isso, a gestão do cuidado em saúde é multidimensional e deve ser ofertada por diversos atores (LEITE *et al.*, 2016).

Gerenciar o cuidado, segundo Fekete (2000), relaciona-se com a conjunção da capacidade técnica, política e operacional de uma equipe da APS para conseguir planejar sua atuação assistencial aos usuários em caráter tanto individual quanto coletivo.

Para o pleno desenvolvimento dessa capacidade, é necessário que as equipes possam dispor de

[...] a) programação de ações que dependem da clínica e da epidemiologia, como campos de saberes a serem explorados pelos profissionais de saúde; b) desenho das ações programadas; c) aplicação de normas, regulamentos e rotinas que orientem a organização de todo o processo de trabalho. (FEKETE, 2000)

A qualidade dos cuidados de saúde dispensados à população tem relação direta com uma boa prática clínica e com o modo como estão organizados e são prestados os serviços. As decisões intuitivas da gestão são um modelo obsoleto; ao longo dos últimos anos, ganharam força os modelos de organização assistencial que utilizam como base para seu aprimoramento uma revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efetivos, eficientes e integrais.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), a integralidade máxima estará assegurada na medida da articulação entre a integralidade efetivada no "microespaço" de trabalho das equipes (gerência de cuidado) e a integralidade efetivada no "macrocontexto" da rede de serviços (gerência dos serviços).

As proposições de mudança na organização do trabalho em saúde da APS foram se estruturando conforme a consolidação das políticas públicas de saúde, tanto no Brasil quanto em Portugal.

No Brasil, o cuidado em saúde na APS deve ser ofertado de acordo com a necessidade e a conformação do território (BRASIL, 2017). As diretrizes para as

ações de saúde são organizadas em estratégias, programas e iniciativas com vinculação direta às políticas de saúde, formuladas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e implementadas pelos três entes federados (BAHIA, 2018; ERDMANN *et al.*, 2011).

À APS é destinada a responsabilidade pela realização de um diagnóstico situacional em saúde para o mapeamento das necessidades da população assistida e a organização das ofertas de cuidado, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde. Como principal porta de entrada do sistema de saúde, é esperado que haja na APS especial atenção às formas de acesso, não sendo permitida qualquer exclusão baseada em

[...] idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (BRASIL, 2017)

A qualificação da APS brasileira teve um importante investimento especialmente a partir dos anos 2000. O fortalecimento dos programas de incentivo à ampliação da APS e à qualificação da assistência, aliado ao maior financiamento destinado a esse nível de atenção, possibilitou, além de uma expansão gradativa dos serviços e das equipes, o aumento de sua capacidade resolutiva (OPAS, 2011; PEREIRA *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2019).

Para casos específicos que demandem atendimentos e tecnologias de saúde mais densas e complexas, cabe à APS coordenar o cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ser o centro de comunicação, o que consiste em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010)

Nesse sentido, as linhas de cuidado foram pensadas no contexto brasileiro para representar um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com vistas à integralidade do cuidado e pautadas nas necessidades de saúde da população assistida, que são identificadas através de dados epidemiológicos e demográficos e da prática dos serviços. Trata-se de “percursos assistenciais” com diretrizes clínicas voltadas ao atendimento dos problemas de saúde, às fases do ciclo de vida e/ou aos grupos populacionais. A implementação de linhas de cuidado auxilia a organização da atenção à saúde, pois

estabelece fluxos entre os pontos, ou seja, todos os espaços onde se produz atenção à saúde (MENDES, 2011; SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Elas podem estar estruturadas a partir de segmentos populacionais específicos (ex.: indígenas, quilombolas); recortes de gênero (ex.: saúde da mulher, saúde do homem); ciclos de vida (ex.: saúde da criança, saúde do adolescente); ou condições de saúde ou agravos (ex.: doenças transmissíveis e não transmissíveis; ex.: tuberculose, hipertensão, diabetes). Por isso, demandam uma etapa preparatória que compreenda a análise sobre a situação de saúde e a identificação de prioridades para a formulação de propostas de fortalecimento dos fluxos assistenciais (MARINHO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2016).

Visando-se a padronizar e uniformizar as condutas assistenciais, foram elaborados pelo Ministério da Saúde os Cadernos de Atenção Básica, uma série de publicações em forma de coletânea que contemplou os principais temas de importância para as equipes da APS. Além destes, são publicados protocolos e notas técnicas e protocolos assistenciais e clínicos. Os estados e os municípios têm autonomia para elaborar seus próprios instrumentos com base nas publicações do Ministério da Saúde.

Aliadas às ações assistenciais, as de vigilância são parte importante e têm por objetivo observar e analisar permanentemente a situação de saúde da população de um dado território, com ações voltadas à minimização e ao controle de danos, riscos e determinantes (Figura 7). A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS, de acordo com a PNAB, é

[...] condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (BRASIL, 2017)



Figura 7 – Estruturação da Vigilância em Saúde no SUS
 Fonte: Elaboração da autora

A vigilância em saúde, enquanto parte do trabalho das equipes da APS, deve estar no cotidiano dos profissionais de saúde, dos serviços e da gestão do SUS, e inclui promoção, prevenção e controle de doenças e agravos em todos os pontos da rede de atenção à saúde.

Para os formuladores de políticas públicas, a vigilância deve ser reconhecida como uma possibilidade de olhar para o contexto sanitário e propor a redefinição das práticas de saúde, organizando processos de trabalho para o enfrentamento de problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, expressos de forma integrada nas linhas de cuidado (MARINHO *et al.*, 2011).

É esperado que as ESF possam romper com os muros dos serviços de saúde e depositar um olhar sistêmico para a população assistida e seu território, do ponto de vista da assistência e da vigilância em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2015)

Outra importante frente de atuação da APS brasileira são as ações de educação em saúde, especialmente por meio de atividades coletivas e comunitárias. De acordo com Ferrugem, Pekelman e Silveira (2015), o trabalho educativo, pautado na educação popular, pode ser coletivo ou individual. O tema aparece na PNAB no detalhamento das atividades esperadas de cada um dos profissionais que compõem a equipe, além de ter destaque em todo o documento.

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS/SUS) foi elaborada no Brasil em 2012 e republicada em 2017 dentro da Portaria de Consolidação das Normas do SUS. Com foco na participação popular e no controle social, a PNEPS/SUS se propõe, dentre outras diretrizes, a atuar

[...] por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Uma iniciativa inovadora proposta pelo governo brasileiro no campo de promoção da saúde é o Programa Saúde na Escola (PSE). Desenvolvido por meio de uma política intersetorial junto ao Ministério da Educação do Brasil em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, o programa é uma estratégia de integração da saúde e da educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras, e prevê a realização de ações de saúde das equipes da APS no contexto escolar.

Essencialmente desenvolvido a partir de uma parceria entre as unidades básicas de saúde e as escolas do território, a partir da adesão regional, o PSE prevê a realização de atividades de promoção da saúde no contexto escolar em uma importante interlocução intersetorial, com vistas a potencializar a atuação da APS no território.

Dada a complexidade do trabalho da APS e a necessidade de gerar dados sobre a qualidade dos serviços prestados, e como forma de incentivar os gestores e as equipes a melhorarem seus processos de trabalho para atingirem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, foi instituído em 2011, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Segundo o documento intitulado *Manual Instrutivo do PMAQ para as Equipes de Atenção Básica* (BRASIL, 2015, p. 12):

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde.

A execução de três ciclos do PMAQ possibilitou a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS e maior transparência e efetividade das ações governamentais. O processo foi direcionado às equipes da ESF, do NASF-AB e da gestão da APS (VECCHI et al, 2017).

Em Portugal, houve um movimento semelhante de reestruturação e ampliação das ações ofertadas pela APS nos últimos vinte anos, reforçando seu papel na

prevenção e na promoção de boas práticas de saúde..

A sessão temática da saúde no Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009) deu ênfase à APS e à sua importância enquanto primeiro acesso aos cuidados de saúde. Às USF ficam, então, atribuídas as seguintes responsabilidades: organizar o trabalho multiprofissional em equipes; dispor de autonomia técnica; ofertar uma carteira básica de serviços; dispor de meios de diagnóstico descentralizados; dispor de sistema de pagamento e compensação financeira por produtividade e desempenho.

No que se refere à operacionalização do cuidado, nas USF de Portugal há um Plano de Ação e Compromissos Assistenciais (PORTUGAL, 2007) que descreve a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial para a qualidade e a eficiência em nível primário de atenção à saúde. Esse plano tem vigência anual e é firmado entre o coordenador da USF, o médico da equipe, e o centro de saúde ao qual a USF é vinculada, e deve levar em consideração as características de vulnerabilidade, a cobertura assistencial e as atividades da carteira de serviços ofertada.

As equipes usam protocolos clínicos construídos pela Direção-Geral da Saúde ou organizados pela própria USF, e, em algumas situações, há colaboração de profissionais do hospital de referência na lógica de construção compartilhada e matriciamento (SANTOS *et al.*, 2015).

O modelo de ofertas na APS de Portugal conta com uma hierarquia técnica, instituída através da formação de um Conselho Clínico, cujo presidente é denominado diretor clínico, obrigatoriamente um médico de família e comunidade. O Conselho Clínico também conta com um enfermeiro, um médico de saúde pública e uma outra profissão, como, por exemplo, um nutricionista ou um psicólogo (PISCO, 2011).

Os Programas de Saúde Prioritários são definidos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e estruturados por temáticas organizados em três plataformas: Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crônicas; Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Transmissíveis; e Plataforma para a Saúde Mental. São utilizados pelos profissionais das USF protocolos técnico-assistenciais nos diversos programas de saúde (saúde infantil, planejamento familiar, hipertensão).

A Base II da Lei de Bases da Saúde menciona que a promoção da saúde e a

prevenção das doenças fazem parte das prioridades de ofertas no contexto das políticas públicas, além de dar foco à educação das populações para a saúde. Segundo Santos *et al.* (2015), as atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde na comunidade são pontuais e pouco relevantes nas prioridades das USF.

Em nível federal é aprovado um Plano Nacional de Saúde, que representa o conjunto de diretrizes voltadas às unidades de saúde públicas vinculadas ao Ministério da Saúde de Portugal. Trata-se de um documento redigido de forma colaborativa por diversas áreas do governo, alinhado com as metas e as pactuações internacionais para o campo da saúde. De acordo com o documento:

O Plano Nacional de Saúde define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde [...]:
Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano. (PORTUGAL, 2004, p.21)

Em Portugal, um processo similar ao PMAQ-AB foi instituído para as equipes da APS. A Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuOr) dos centros de saúde tem princípios ancorados na melhoria contínua, no aumento da satisfação dos profissionais de saúde e na melhoria da organização e da gestão dos centros de saúde (BISCAIA; HELENO, 2017) O MoniQuOr forneceu uma base para a avaliação e a monitorização do nível de desempenho por áreas, bem como para a identificação das áreas prioritárias para melhoria do desempenho.

5.3 INTEGRAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE



A ideia de integrar as ofertas em saúde em rede não é nova; tem origem no Relatório Dawson, produzido em 1920, no Reino Unido. A partir de 1990, o tema ressurgiu como uma possibilidade de superação dos sistemas de saúde fragmentados existentes em vários países.

A ferramenta essencial na organização de uma rede de atenção à saúde é a gestão da clínica, compreendida como tecnologia aplicável aos serviços de saúde, destinada a não só assegurar e otimizar os padrões clínicos, como a incrementar a eficiência da prestação de serviços, com riscos reduzidos para usuários e profissionais. Estudos internacionais mostraram que os sistemas de saúde nos quais a APS coordena o cuidado e ordena a rede apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram maior satisfação para os usuários quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS (OPAS, 2011).

No Brasil, foram definidas Regiões de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por um aglomerado de municípios, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, e como referência para a transferência de recursos entre os entes federativos. Elas devem conter ações de atenção básica, atenção psicossocial, vigilância à saúde, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar (BRASIL, 2001).

As Redes de Atenção à Saúde consistem no conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Elas estão estruturadas no âmbito de uma região de saúde ou em várias delas (BRASIL, 2010).

A APS é definida como a principal ordenadora das Redes de Atenção, dada sua capilaridade e gestão do cuidado do indivíduo, da família e da comunidade, tendo como principal objetivo garantir a integralidade (SILVA et al, 2017). As principais redes instituídas no SUS são: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidado às Pessoas com

Deficiência.

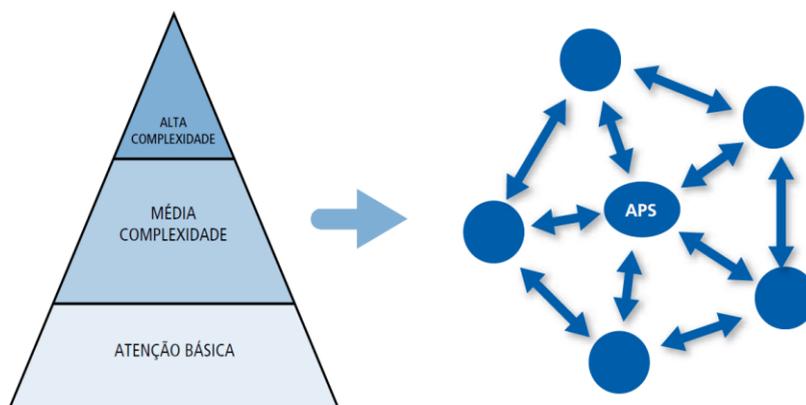


Figura 8 – As redes de atenção à saúde
Fonte: MENDES, 2011

Data de 2008 a Política Nacional de Regulação do SUS, a qual regulamenta três aspectos: os sistemas de saúde, a atenção à saúde e o acesso à assistência. Para a administração das demandas, o Ministério da Saúde disponibiliza como Sistema de Informação em Saúde (SIS) o Sistema de Regulação (SISREG), que tem por objetivo a humanização das ações e dos serviços de saúde, maior controle do acesso e do fluxo assistencial e a otimização da utilização dos recursos financeiros (BRASIL, 2010).

O SISREG é atualmente o único sistema onde há o compartilhamento de dados clínico-assistenciais de forma informatizada, entre os profissionais de saúde de níveis de complexidade distintos. Ao proceder com a solicitação de exames ou consultas no sistema, são inseridas informações sobre saúde de importância para o seguimento do acompanhamento pelo profissional de saúde que oferta o atendimento regulado (BRASIL, 2010).

A ausência de interoperabilidade nos sistemas de informação, especialmente pela falta de acesso dos demais níveis de atenção ao e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), o maior prontuário eletrônico do país e que dispõe de informações mais abrangentes por ser de preenchimento pelas equipes da APS ainda é um desafio a ser enfrentado. Os desafios para a utilização universal de padrões de interoperabilidade Nos sistemas de informação do SUS ainda são grandes e abrangem questões tecnológicas, legais e econômico-administrativas (MORENO, 2016)

A efetividade das ferramentas de integração é condicionada pela oferta; desse modo, a insuficiência de oferta de consultas e exames para atender à demanda por atenção especializada acaba por produzir filas de espera. Ainda é preciso organizar as ofertas e realizar acordos regionais como forma de minimizar as discrepâncias.



Figura 9 – Sistema de regulação no SUS

Fonte: Elaboração da autora

Em Portugal, o SNS pauta sua atuação por nove princípios, todos descritos no Decreto-Lei nº 95, de 4 de abril de 2019. Dentre eles, o princípio da integralidade é definido como a integração de cuidados, salvaguardando-se que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede.

A Base 8 da referida lei define como responsabilidade das autarquias locais

A intervenção das autarquias locais manifesta-se, designadamente, no acompanhamento aos sistemas locais de saúde, em especial nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde. (PORTUGAL, 2019)

O sistema público de Portugal dispõe basicamente de dois níveis de atenção à saúde: Centros de Saúde (CS) e Hospitais/Urgências. O Decreto-Lei nº 18 de 2017 institui os Centros de Responsabilidade Integrada, com vistas a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos usuários e a qualidade dos serviços prestados, e aumentando a produtividade dos recursos aplicados. Tal decreto-lei assim define a rede:

A rede de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS, constituídos como hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, bem como os estabelecimentos que prestam cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde, nos termos de contratos celebrados em regime de parcerias público-privadas. (PORTUGAL, 2019)

Na APS, a rede de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) é

encarregada de melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços de saúde em nível local através de um melhor planejamento e partilha de recursos. Cada ACES é gerido por uma equipe de proximidade composta por um diretor-executivo, um Conselho Clínico (de quatro membros que representam os diferentes grupos profissionais) e uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG).

As equipes das USF e das UCSP são a porta de entrada, e são responsáveis por avaliar os usuários e coordenar os encaminhamentos para outros pontos de atenção. Em Portugal, os serviços ambulatoriais (consultas e exames complementares) em nível secundário são ofertados em unidades hospitalares, assim como os demais procedimentos (nível terciário) que requerem internamento e/ou intervenção cirúrgica.(SANTOS *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde de Portugal definiu a estratégia de “*tempos máximos de resposta garantidos*” como forma de diminuir os problemas de demora para acesso a consultas em centros de saúde, cuidados domiciliares e serviços hospitalares (consultas, exames e procedimentos) nas unidades do SNS (SANTOS *et al.*, 2015). Quanto a articulação entre os níveis de atenção, assim define

“melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, bem como a necessidade de gerar ganhos de eficiência e de eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas” (PORTUGAL, 2017)

As USF utilizam prontuário eletrônico, o que facilita o compartilhamento de informações essenciais entre os profissionais de saúde da equipe na APS e é uma importante ferramenta para a realização da gestão da clínica. O sistema de agendamento de consultas, funciona como elo de comunicação com os serviços em outros níveis de assistência (regulação dos fluxos), permitindo acompanhar os tempos de espera e um resumo clínico do que foi realizado pelo profissional do hospital de referência (SANTOS *et al.*, 2015).

Assim como no Brasil, a contrarreferência para a APS ainda é um desafio a ser enfrentado. Apesar disso, a interoperabilidade do prontuário eletrônico, que permite acompanhar e receber informações sobre o usuário em tratamento – uma vez que é compartilhado entre a APS e o serviço hospitalar de referência –, é um ponto importante no fluxo de informação assistencial necessária para a continuidade do cuidado em saúde.

Os serviços de análises clínicas e apoio diagnóstico de nível secundário são ofertados dentro de unidades hospitalares, sendo necessário portanto um encaminhamento para sua execução.

5.4 FUNCIONAMENTO



Uma unidade de saúde da Atenção Primária deve ser compatível tanto com a proatividade da equipe de Saúde da Família em seu trabalho na comunidade quanto com o imperativo de acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando necessário (FARÃO E PENNA, 2020).

No Brasil houve um acentuado crescimento do número de unidades básicas de saúde nos últimos 20 anos. Grande parte da ampliação decorreu da acelerada expansão de unidades e equipes de Saúde da Família em todo o país (PAIM *et al.*, 2011). Apesar disso, a APS brasileira ainda é composta por um grande número de unidades de saúde, em que coexistem o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e arranjos organizacionais heterogêneos.

A heterogeneidade também é vista na forma como ocorreu a expansão dos serviços e da cobertura, sendo evidente a discrepância entre as regiões brasileiras, especialmente somando-se a inadequada e também heterogênea rede física das UBS e sua ambiência; a presença irregular dos profissionais médicos nas equipes, principalmente em municípios do interior; e as dificuldades de integração da APS à Rede de Atenção à Saúde para a garantia da continuidade do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Atualmente, todas as equipes de ESF usam o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) como sistema de informação. Seu acesso se dá por uso do prontuário eletrônico e-SUS APS e de fichas em papel (CDS), uma vez que ainda existem limitações para o uso das tecnologias e da internet em todas as unidades de saúde do Brasil.

As UBS possuem horário de funcionamento variável, sendo preconizado pela PNAB uma carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. É possível adotar horário alternativo de funcionamento, a partir de pactuação local, desde que observadas as necessidades da população (BRASIL, 2017).

Idealmente é desejável que existam quatro equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo. Apesar disso, as UBS apresentam diversos arranjos de composição, com mais ou menos equipes do que é preconizado (BRASIL, 2017).

O usuário do SUS é identificado para fins de registro nas bases de dados e nos prontuários de saúde, por meio de uma sequência numérica gerada quando cadastrado no Cartão SUS. Essa base de dados traz informações cadastrais e de residência, com possibilidade de uso inclusive do nome social (BRASIL, 2011).

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é o sistema informatizado que recebe os dados clínicos assistenciais e de cadastramento da população. Trata-se de uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional e monitorar os indicadores de saúde para fins de avaliação e pagamento, além de tornar possível a emissão de relatórios assistenciais e de gestão.

O registro de dados clínicos no sistema eletrônico e-SUS APS é feito em uma interface orientada pelo acrônimo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Este método de registro clínico é utilizado há mais de 30 anos com adequadas respostas às necessidades dos indivíduos em Portugal. O método tem suas origens no Modelo Weed da década de 60 e favorece a objetividade, organização, maior facilidade de acesso às informações para tomada de decisões (QUEIROZ, 2009)

Outro importante avanço que o e-SUS APS trouxe foi o uso da Classificação Internacional de Atenção Primária - 2ª edição (CIAP2). Esta classificação quando utilizada permite identificar o motivo da consulta e subsidiar estudos de demanda, reflete ocorrências de saúde para além de patologias, além de não ser uma classificação exclusiva do profissional médico. O uso do CIAP2 foi idealizado quando o Brasil passou a ter um representante no Comitê Internacional de Classificação da WONCA (WICC). Alterações foram necessárias, e foi utilizada como base a versão da classificação de Portugal, denominada de Classificação Internacional de Cuidados Primários (WONCA, 2009)

Para uso de qualquer sistema informatizado para registro em saúde é necessária adequada disponibilidade de infraestrutura e equipamentos nos serviços de saúde, com o mínimo de computadores para os profissionais que trabalham na assistência à saúde e na recepção da unidade.

Apesar dos esforços e do investimento em sistemas, a informatização e a interoperabilidade no SUS ainda se postam como um desafio. O e-SUS APS pode estar na modalidade de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou de Coleta de Dados Simplificada (CDS), dependendo do cenário apresentado no município e de acordo com a realidade de cada unidade de saúde. O uso do CDS foi idealizado para unidades de saúde que não possuam conexão com a internet ou não disponham de computadores suficientes para os profissionais (CUNHA; VARGENS, 2017; GAVA *et al.*, 2016).

Em Portugal, as USF devem elaborar o seu regulamento interno e submetê-lo ao centro de saúde, que aprecia a conformidade de tal regulamento com o plano de ação previsto no artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007. Esse processo é realizado por cada uma das USF e descrito de acordo com as características individuais de cada equipe.

As equipes trabalham em turnos ininterruptos (8h-20h), com garantia de acesso em tempo oportuno aos usuários. O horário de funcionamento pode ser estendido, de acordo com o Decreto-Lei nº 298/2007, podendo ser estabelecido até as 24h, nos dias úteis, e entre 8h e 20h, aos sábados, domingos e feriados. A aprovação da manutenção do horário estendido deve ser realizada pelas ARS, anualmente, de modo a se averiguar a pertinência da sua manutenção (PORTUGAL, 2007).

Há uma relação de Indicadores de Desempenho Contratualizados (IDC), introduzidos na perspectiva de estímulo positivo para os profissionais, entre as USF e seu respectivo ACES, que abrange um conjunto de aspectos: acessibilidade, satisfação dos usuários, desempenho econômico, programas de vigilância em saúde infantil e materna, planejamento familiar e doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer de mama e colo do útero, limitadas a dados de processo e resultados intermediários.

Em 2008, a Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, ordenou a contratualização de correspondência de incentivos. A partir de então, passaram a ser contratualizados quinze indicadores, treze comuns a todas as USF e dois acordados

individualmente com cada uma. Os indicadores comuns são de quatro grandes dimensões: acessibilidade (quatro), desempenho assistencial (oito), qualidade percebida (um) e desempenho económico (dois). Os indicadores individualizados de cada USF referem-se ao desempenho assistencial.

As USF foram todas informatizadas, têm um conjunto de indicadores de desempenho para sua avaliação e contratualizam objetivos; para efeito de pagamento dos incentivos institucionais, são avaliados e monitorizados indicadores em sete áreas: disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. Parte dos indicadores de desempenho impactam diretamente os valores de remuneração dos profissionais, em especial os enfermeiros e os médicos (PORTUGAL, 2007).

Os incentivos financeiros pagos aos profissionais de saúde que integram USF Modelo B são relativos às atividades desenvolvidas (apenas no caso dos médicos) e compensação de desempenho (para todos os profissionais). O esquema remuneratório é regido pelo Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, pela Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril.

A remuneração médica é a que mais é acrescida de adicionais variáveis, sendo composta por remuneração-base, suplementos relativos a lista de pacientes, aos cuidados em domicílios, suplementos relativos a horários estendidos de trabalho e à carteira adicional de serviços, se contratualizada.

A remuneração dos enfermeiros é composta por uma remuneração-base alinhada com os valores da categoria, acrescida de suplementos e compensações pelo desempenho. Os suplementos estão associados ao aumento das unidades ponderadas (Quadro 3) Já os valores relativos aos desempenhos estão relacionados à compensação por uma carteira de serviços adicionais (PORTUGAL, 2007).

Quadro 3 – Cálculo dos suplementos e das compensações pelo desempenho de enfermeiros e médicos

	ENFERMEIRO		MÉDICO	
População	300 a 400 famílias por determinada área geográfica	–	1.550 utentes de uma lista-padrão nacional	1.917 unidades ponderadas
Unidades Contábeis (UC)	Número máximo mensal de UC	9 UC	Número máximo mensal de UC	20 UC
Pagamento	Valor de cada UC	100 euros	Valor de cada UC	130 euros

Fonte:Elaboração da autora

O principal motivo da disparidade remuneratória entre médicos e enfermeiros é que Portugal também enfrenta em algumas localidades o desafio do provimento de médicos, havendo portanto USF incompletas. O desafio também é percebido pelo quantitativo de usuários não vinculados a nenhuma USF, uma vez que todas as de seu território já atingiram o número máximo de usuários. Portanto, para os médicos, existe uma métrica específica para fins de remuneração variável.

Quadro 4 – Compensação remuneratória dos médicos

MÉDICO	
A vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	1 UC
A vigilância de uma gravidez	8 UC
A vigilância de uma criança no primeiro ano de vida, por ano	7 UC
A vigilância de uma criança no segundo ano de vida, por ano	3 UC
A vigilância de uma pessoa diabética, por ano	4 UC
A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano	2 UC

Fonte:Elaboração da autora

No Brasil, o componente variável de pagamento na APS tem sua primeira implementação com o Programa Previne Brasil. O Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 3/2022 –DESF/SAPS/MS, que prevê incentivo de pagamento por desempenho para o ano de 2022 com base no atingimento de indicadores de saúde previamente definidos para todo o território populacional. Como exemplos, destacam-se: proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas; proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida no semestre; proporção de pessoas com diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre; e proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas. Nota-se a similaridade temática dos indicadores do programa brasileiro com o definido para a compensação remuneratória de Portugal.



5.5 ACESSO A UNIDADES DE SAÚDE

O acesso é um dos principais elementos que impactam a capacidade resolutiva da APS e é estreitamente vinculado ao atributo essencial do primeiro contato. De acordo com SANCHEZ e CICONELLI (2011), o acesso pode ser definido como a relação de proporcionalidade entre a parcela da população que necessita de um determinado cuidado de saúde e a que o consegue efetivamente.

Para que ele seja garantido, é necessária a compreensão sobre as ofertas do serviço e a demanda por saúde da população, prezando-se por uma comunicação eficaz e estruturada para a oferta das ações de saúde. Existem fatores que interferem diretamente na garantia do acesso: os ligados à estrutura do sistema de atenção à saúde, os individuais, os processuais e a qualidade da atenção (SHENGELIA *et al.*, 2003).

Outra perspectiva de análise, disponível na literatura científica demonstra que as principais características relativas ao serviço, aos profissionais e ao sistema de saúde tem influência direta sobre o acesso, sendo possível organizá-las em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (SANCHES e CICONELLI, 2011). O acesso, quando oportunizado de forma adequada nos serviços de saúde, está associado com melhores desfechos em saúde.

Quadro 5 – Dimensão do acesso à saúde (SANCHES e CICONELLI, 2011)

Disponibilidade	Poder de Pagamento	Informação	Aceitabilidade
Distâncias geográficas entre indivíduos e serviços; barreiras territoriais.	Valor monetário de custo do serviço e capacidade de pagamento dos indivíduos.	Assimetria entre o conhecimento do usuário e do profissional.	Percepção dos serviços pelos indivíduos.
Influenciado por tipo e estrutura do serviço; tipo de atendimento/serviço.	Influenciado por renda e custos diretos e indiretos.	Influenciado por escolaridade e fontes de informação.	Influenciado por aspectos culturais.



Fonte:Elaboração da autora

A PNAB define a responsabilidade do gestor municipal de realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para avaliar sua capacidade resolutive, devendo prezar por estratégias de ampliação do acesso sempre que identificar lacunas e fragilidades. O Brasil enfrenta desafios adicionais na garantia do acesso em relação a Portugal: sua extensão territorial e suas características geográficas e populacionais muito distintas, com a coexistência de povos tradicionais e culturas diversas no mesmo território e grandes disparidades.

Os usuários devem ter acesso a atendimentos programados (previamente agendados) e não programados na APS. É previsto também que sejam garantidos por meio da APS e de forma facilitada os medicamentos e os insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 2017).

Para garantir o acesso nesse contexto, também é necessário o investimento na ambiência e na estrutura física dos serviços de saúde. A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

De acordo com a PNAB:

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS. (BRASIL, 2017)

As UBS poderão ter pontos de apoio para efetuar seus atendimentos a populações específicas, como rurais, ribeirinhas e assentamentos, uma vez que essas populações se estabelecem em áreas distantes dos serviços de saúde. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária e funcionar como um pólo vinculado a uma UBS de referência (BRASIL, 2017).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou o *Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família*, de forma a centrar esforços em propor que a estrutura física da UBS seja facilitadora da mudança das práticas em saúde da ESF.

No que se refere às unidades básicas de saúde convencionais, a PNAB detalha os seguintes espaços físicos necessários para uma adequada oferta de cuidados:

[...] consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo. (BRASIL, 2017)

Os profissionais de saúde da APS devem oferecer acolhimento a todos os usuários que buscarem atendimento no serviço de saúde ou na comunidade, por meio de postura acolhedora e ética e de escuta qualificada (BRASIL, 2010).

O funcionamento dos serviços tem grande interferência no acesso da população aos cuidados de saúde. No Brasil, é previsto que disponham de ofertas por 40 horas semanais, no mínimo 5 cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, prezando por estratégias e arranjos que favoreçam o acesso à população (BRASIL, 2017).

A partir da publicação da Portaria nº 397/2020, foi implementado o Programa Saúde na Hora, de modo que há possibilidade de adesão com financiamento atrelado e em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido, de 60h a 75h, com ou sem equipes de saúde bucal vinculadas.

Em Portugal, os usuários têm acesso a consultas programadas (previamente agendadas) e não programadas (atendimento por demanda não agendada). Os agendamentos são feitos presencialmente, via telefone ou e-mail. A possibilidade de agendamento remoto foi um grande avanço implementado que reflete na ampliação do acesso. A ampliação das USF devem estar vinculadas a um projeto político assistencial, que contenha

a população que pretende abranger, a carteira de serviços, plano de actividades com definição e quantificação de metas e objectivos a atingir, plano de formação contínua de todos os profissionais, horário de

funcionamento, regulamento interno da USF, carta de qualidade da USF, sistemas de informação (hardware e software), instalações e equipamentos. (SANTOS, 2008)

Para facilitar a aquisição de bens e as obras necessárias à instalação das USF, foi publicado o Decreto-Lei nº 5/2007, de 8 de janeiro, que estabelece um regime especial para a contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição ou locação de bens e serviços para as USF.

5.6 EQUIPES DE SAÚDE



Para que estejam aptos a garantir ofertas amplas de cuidado, os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem ser qualificados para dispensar cuidados amplos o suficiente, a fim de responderem às demandas da população, e imprimir abordagens que considerem os sujeitos de forma integral (MACINKO; MENDONÇA, 2018; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

O conceito de interdisciplinaridade, de forma mais ampla, refere-se à busca pela superação das fronteiras disciplinares em prol de um consenso por meio da associação de saberes e de trocas de métodos e esquemas conceituais.

O trabalho em equipe é um dos principais pilares na APS, conferindo interdisciplinaridade e favorecendo a troca de saberes e a sobreposição de conhecimentos.

Quadro 6 – Composição mínima das equipes de saúde da APS no Brasil e em Portugal

Brasil	Portugal
Médico(a) generalista	Médico(a) de família e comunidade
Enfermeiro(a) generalista	Enfermeiro(a) de família e comunidade
Técnico(a) de enfermagem	Administrativo
Agente comunitário de saúde	

Fonte: Elaboração da autora

A ESF deve ser composta por: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou

especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017).

Analisando-se de forma comparativa os dois países, a presença do agente comunitário de saúde é a principal diferença entre os róis de profissionais. Oficialmente incorporados em 1991, esses profissionais integravam o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início no fim da década de 1980 como uma iniciativa de algumas áreas do Brasil.

Na PNAB estão listadas suas atribuições, que envolvem o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e diagnóstico territorial e comunitário, além de acompanhamento da saúde da população por meio de visitas domiciliares, vigilância em saúde e acolhimento às demandas. A cada ACS está vinculada uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas (BRASIL, 2017).

No Brasil, os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS não possuem a obrigatoriedade de ter a especialidade de Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem de Família e Comunidade, atuando como generalistas e coordenando o fluxo dos usuários para outros níveis de atenção, mantendo a longitudinalidade do cuidado na APS.

No que diz respeito a atribuições específicas dos profissionais enfermeiros, Portugal publicou o Decreto-Lei nº 118/2014, que detalha aspectos relativos à atuação e ao direcionamento profissional. Como forma de comparação, apresentam-se abaixo as definições no contexto brasileiro e no português:

Quadro 7 – Principais diretrizes para a atuação do enfermeiro na APS

Principais diretrizes para a atuação do enfermeiro na APS	
Brasil	Portugal
Realizar atenção à saúde dos indivíduos e das famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outras), em todos os ciclos de vida	Desenvolver a sua atividade sob a coordenação do coordenador da equipe multiprofissional constituída na respectiva USF e UCSP
Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	Cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão	Disponibilizar cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipe de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da detecção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão de doenças crônicas e da visita domiciliar
Implementar e manter atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS	Contribuir para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade
Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local	Definir as intervenções de enfermagem, segundo uma carteira de serviços específica de cuidados de enfermagem
Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem	Produzir um portfólio de normas e orientações de enfermagem, nas áreas da gestão da doença crônica e nos programas de saúde
Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe	Elaborar uma norma organizacional sobre a articulação e a complementaridade na organização dos cuidados de saúde
Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com os outros membros da equipe	

Fonte:Elaboração da autora

De acordo com a PNAB (2017), as equipes de Saúde Bucal devem trabalhar integradas a uma ou duas equipes de Saúde da Família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território aos quais estão vinculadas. A equipe de Saúde Bucal é composta de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, sendo que, em casos específicos, pode contar com técnico de higiene dental.

Cada profissional integrante da equipe deverá ter carga horária de trabalho de no mínimo de 10 horas, com no máximo de 3 profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas semanais. Cabe ao gestor organizar a distribuição da carga horária dos profissionais, devendo para isso considerar o perfil demográfico e epidemiológico local (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho, a combinação das escalas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem considerar o acesso, o vínculo entre as pessoas e os profissionais, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Cada equipe possui seu processo de trabalho coordenado por um

profissional, geralmente um enfermeiro, já que a ele é atribuída a liderança e acompanhamento do trabalho dos ACS, estando descrito na PNAB como enfermeiro supervisor (BRASIL, 2017).

O olhar para as vulnerabilidades deve ser uma habilidade comum aos trabalhadores da APS, já que é a partir delas que surgem demandas mais complexas de cuidado e necessidades de saúde mais específicas (FARÃO E PENNA, 2020). Trata-se de uma competência importante no cotidiano de trabalho, tendo vista a responsabilidade sanitária pelo território.

De acordo com a PNAB:

Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde a populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF. (BRASIL, 2017)

Visando a reduzir as iniquidades e considerando as especificidades populacionais e a diversidade brasileira quanto a aspectos culturais, regionais e geográficos, o SUS conta com modalidades de serviços e ofertas em saúde na Atenção Primária que favorecem a redução das iniquidades e a ampliação do acesso da população.

Quadro 8 – Equipes para populações específicas (SUS)

Tipo de equipe	População assistida	Composição
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	Comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial	1 médico, preferencialmente da especialidade de família e comunidade; 1 enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; e 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS, o ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 cirurgião dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família; e 1 técnico ou auxiliar em saúde bucal.
Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)	Comunidades dispersas, ribeirinhas e	1 médico, preferencialmente da especialidade de família e comunidade; 1 enfermeiro,

	pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial	preferencialmente especialista em Saúde da Família, e 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS, o ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 cirurgião dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família; e 1 técnico ou auxiliar em saúde bucal.
Equipe Consultório na Rua (eCR)	Pessoas em situação de rua	Arranjos multiprofissionais que podem contar com os seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.
Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)	Pessoas privadas de liberdade no sistema prisional	Enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal, podendo contar com profissionais específicos para atenção à saúde mental.

Fonte:Elaboração da autora

As equipes de saúde das USF de Portugal têm autonomia técnica e funcional, além de disporem de um sistema de pagamento misto, de modo que são pagos incentivos financeiros aos profissionais com base em recompensa e mérito por produtividade e acessibilidade, mas também, e acima de tudo, por qualidade.

Em Portugal, por meio do Decreto-Lei nº 73/2017, ficou definida a exigência de que os médicos que constituem a USF detenham pelo menos o grau de especialista e a categoria de assistente da área de medicina familiar, assim como os enfermeiros, que devem ter o título de especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. No que se refere ao escopo de atuação dos enfermeiros, foi publicado o Decreto-Lei nº 118/2014, que define o papel desse profissional na APS. Essas medidas impactam diretamente o fortalecimento da categoria e da especialidade, trazendo um reforço normativo para a atuação profissional e demarcando o entendimento do Estado sobre a importância desses profissionais.

Os médicos na APS portuguesa são funcionários públicos numa carreira nacional, embora exista uma regionalização administrativa do sistema de saúde. Os profissionais das USF contam com uma remuneração variável com base no

desempenho. Trata-se de um sistema misto de remuneração, com uma componente fixa (salário) e um conjunto de suplementos e compensações sensíveis ao desempenho.

A Portaria nº 1368/2007 descreve a formação continuada dos membros da USF como um importante fator para o sucesso e para a manutenção e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. As atividades de formação devem integrar os planos administrativos e de gestão local, e semanalmente a USF deve disponibilizar tempo para a avaliação dos processos/procedimentos de trabalho diário da equipe, incluindo a discussão de casos clínicos e a abordagem de problemas da prática clínica.

Por ser unidade autônoma, a ampliação de uma USF deve ser descrita em documento e formalizada junto ao SNS, contendo um projeto que descreva

[...] a população que pretende abranger, a carteira de serviços, plano de actividades com definição e quantificação de metas e objectivos a atingir, plano de formação contínua de todos os profissionais, horário de funcionamento, regulamento interno da USF, carta de qualidade da USF, sistemas de informação (hardware e software), instalações e equipamentos. (PORTUGAL, 2007))

As USF podem ser classificadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. A diferenciação é atribuída à função do grau de autonomia organizacional, à diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais (pagamento por desempenho) e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

Quadro 9 – Tipologia das USF

Tipologia das USF	
A	Vinculadas à administração pública, com regras e remunerações definidas também pela administração pública, aplicáveis às respectivas carreiras dos profissionais que as integram.
B	Vinculadas à administração pública, com um regime retributivo especial para todos os profissionais (incluindo salários-base e remuneração variável por desempenho).
C	Vinculadas a setores sociais, cooperativos e privados, articuladas com o centro de saúde; atuação baseada em contratualização estabelecida com a ARS respectiva e sujeita a controle e avaliação externa.

Fonte:Elaboração da autora

Em Portugal, a atribuição de coordenação de equipe é descrita no Decreto-Lei

nº 298/2007. É atribuída ao profissional médico e deve ser designada pelo mesmo despacho que aprova a constituição da USF. Como principais atribuições, destacam-se: coordenar as atividades da equipe multiprofissional, prezando pelo cumprimento do plano de ação das USF; gerir os processos de trabalho; presidir ao conselho geral da USF assegurando a representação externa da USF; e assegurar a realização de reuniões com a população ou com os seus representantes (PORTUGAL, 2007).

Ainda no Decreto-Lei nº 298/2007 consta a obrigatoriedade de as USF portuguesas renovarem anualmente os seus compromissos assistenciais, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o diretor-executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A definição dos compromissos acordados por cada uma das USF sofre variação a depender das características da população assistida, do período de funcionamento e das atividades adicionais da carteira de serviço disponibilizada. A carta de compromissos deve conter, segundo o Decreto-Lei nº 298/2007:

- A definição da oferta e a carteira básica de serviços;
- Os horários de funcionamento da USF;
- A definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos usuários;
- A definição do sistema de renovação de prescrição;
- A definição do sistema de intersubstituição dos profissionais;
- A articulação com as outras unidades funcionais do centro de saúde;
- A carteira de serviços adicionais, caso exista;
- A aceitação expressa das condições, da dimensão e dos modos de monitoramento que permitam às entidades autorizadas, por despacho do Ministério da Saúde, avaliar os resultados da equipe e dos seus membros em termos de efetividade, eficiência, qualidade e equidade.

5.7 TERRITÓRIO E ADSCRIÇÃO



A concepção mais comum de território é a de um espaço geográfico delimitado por divisões administrativas, mas que guarda relação com ideia de posse, domínio e poder, correspondendo ao espaço geográfico socializado, independentemente da extensão territorial. No mesmo espaço territorial existem diferentes atores sociais, com diferentes interesses e forças; por isso, o território acaba sendo o resultado dessas transformações.

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002). Cada território tem as suas particularidades, as quais configuram diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, que, por sua vez, se encontram em constante transformação. Compreender a dinâmica territorial e sua implicação no processo de saúde-doença da população é parte importante do trabalho da Atenção Primária à Saúde.

Ao se apropriarem do território e das dinâmicas que nele se estabelecem, os serviços de saúde têm elementos para melhor compreender as especificidades da população, seu impacto no acesso e sua implicação para determinadas estruturas sociais. O território é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, processo que tem importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos.

Os sistemas de saúde reconhecem a relação do território com os processos de trabalho da Atenção Primária de forma distintas. Com relação aos dois países estudados, vale ressaltar que há de partida diferenças importantes relativas à extensão territorial, à geografia e à coexistência de aspectos culturais e étnicos, que impactam de forma distinta a dinâmica territorial brasileira quando comparada à de Portugal.

O Brasil opera os serviços da APS a partir da lógica de territorialização e adscrição territorial. O conceito de território, para a PNAB 2017, é:

[...] unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e/ou as populações específicas. (BRASIL, 2017)

A vinculação do usuário a uma equipe acontece no Brasil por meio da lógica de georreferenciamento a um serviço de saúde, utilizando-se como parâmetro o endereço de moradia. Até o lançamento do Programa Previne Brasil, não havia diferenciação de aspectos relacionados à vulnerabilidade e a especificidades populacionais no quantitativo de usuários cadastrados por uma ESF.

Para o Ministério da Saúde do Brasil, para fins de cobertura da ESF são considerados cadastros válidos aqueles com preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou o Cadastro de Pessoa Física (CPF) do cidadão.

Dessa forma, para que a vinculação ocorra é necessário que haja cadastramento domiciliar por profissional integrante da ESF, preferencialmente ACS, ou cadastramento na própria UBS, a partir da confirmação do endereço de moradia. Não há possibilidade de escolha por parte do usuário sobre os profissionais de saúde que integram sua equipe, uma vez que essa definição é feita pela gestão local no momento que há a composição da equipe no CNES.

É esperado que os cadastros individuais e familiares sejam constantemente atualizados para, dentre outras coisas, avaliar a dinâmica territorial e demográfica e reduzir os cadastros inativos, não havendo uma periodicidade para a inclusão ou a retirada de cadastros nem intervenção direta da gestão local nesse processo, ficando a própria equipe responsável por realizá-lo (BRASIL, 2007).

O Programa Previne Brasil definiu uma nova interpretação sobre o cadastramento e a transferência de recursos vinculados à população assistida pela APS. A capitação ponderada, a transferência do recurso *per capita*, leva em consideração características populacionais e a tipologia das equipes de saúde, de forma a atribuir valores ponderados sobre a população cadastrada, considerando necessidades de saúde e custos assistenciais, com vistas à garantia da equidade (BRASIL, 2019).

Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei nº 73/2017, a vinculação ocorre por meio de listas de inscrição, privilegiando-se a estrutura familiar para a inclusão

dos usuários em uma mesma lista, e considerando-se uma dimensão ponderada, que leva em conta o perfil de populações específicas para estabelecer uma pontuação a ser atribuída em fator de multiplicação, de forma a ajustar numericamente aspectos como vulnerabilidade e demandas clínico-assistenciais.

De forma operacional, o usuário deve comparecer à unidade de saúde de seu território e de sua escolha e inscrever-se em uma lista cujo número de usuários não tenha atingido o limite permitido. A partir daí, ele terá um médico e um enfermeiro de referência para a prestação de cuidados de saúde. Não há uma correspondência uniforme entre as duplas médico-enfermeiro, de forma que usuários inscritos na lista de um mesmo médico podem, por exemplo, estar inscritos em listas de enfermeiros distintos (PORTUGAL, 2007).

O olhar para a vulnerabilidade e as características populacionais tem reflexo no número de usuários por USF e na adscrição populacional. De acordo com o Decreto-Lei nº 298/2007, a lista de cada médico de família deve ter um número específico de unidades ponderadas. Cada condição específica do usuário ou de sua saúde que confirmam maior vulnerabilidade tem um fator de multiplicação atribuído. Como exemplo, um idoso tem fator de multiplicação de 2, em comparação a uma pessoa adulta não idosa. Dessa forma, um médico com mais idosos em sua lista, em comparação a outro médico, possivelmente terá menos usuários em número absoluto sob seu cuidado.

A periodicidade de avaliação sobre a permanência dos usuários com inscrição ativa por médico e por enfermeiro é atualizada trimestralmente no primeiro ano de atividade da USF, e no dia 1º de janeiro de cada ano nos anos seguintes.

5.8 CARTEIRA DE SERVIÇOS



A carteira de serviços é um documento norteador que descreve a definição de um amplo escopo de serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso a partir da APS.

O SUS compartilha a responsabilidade pela elaboração de uma carteira de serviços para as UBS com os gestores municipais, uma vez que aposta no potencial analítico para as demandas do território e na capacidade resolutiva de cada unidade

de saúde a depender dos contextos regionais.

Sendo assim, cabe a cada município mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e a resolutividade das equipes e dos serviços da sua UBS.

A PNAB define dois padrões de qualidade para classificar as ofertas de saúde no âmbito da APS brasileira:

Padrões Essenciais – ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e Padrões Ampliados – ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. (BRASIL, 2017)

Toda equipe da APS brasileira deve garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial, e recomendam-se também as ações e os serviços do Padrão Ampliado, de acordo com as necessidades e as demandas de saúde das populações.

Sendo assim, todo o país deve ofertar de forma equivalente os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e os materiais necessários, por meio da atuação tripartite de gestão.

Em Portugal, a carteira de serviços é um dos instrumentos utilizados para a contratualização por parte das USF. Por contratualização, entende-se que são firmados acordos construídos socialmente, negociados e discutidos, de grande complexidade e constante mudança organizacional.

A Portaria nº 1368/2007 aprovou a carteira básica de serviços e os princípios básicos da carteira adicional de serviços das Unidades de Saúde Familiar (USF). As regras de contratualização previam que as USF só seriam implementadas com o delineamento de metas claras relativas ao acesso, ao desempenho assistencial, à qualidade e ao financiamento. Aqui merece destaque o componente de corresponsabilização dos gestores públicos pelo desempenho das USF, em especial os das ARS, pois cabe a estas identificar as necessidades em saúde (SANTOS, 2008).

Quadro 10 – Eixos estruturantes das carteiras de serviços da APS do Brasil e de Portugal

Brasil	Portugal
Eixos assistenciais	Eixos assistenciais
Vigilância em saúde e promoção à saúde	Vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças nas diversas fases de vida
Promoção à saúde	Cuidados em situação de doença aguda
Atenção e cuidados centrados no adulto e no idoso	Acompanhamento clínico das situações de doença crônica e patologia múltipla
Atenção e cuidados centrados na criança e no adolescente	Cuidados no domicílio
Procedimentos na Atenção Primária à Saúde	Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspectiva de “gestor de saúde” do cidadão
Atenção e cuidados relacionados à saúde bucal – odontologia	

Fonte:Elaboração da autora

6 CONCLUSÃO

Os sistemas de saúde e os determinantes da sua evolução são de grande complexidade. Os últimos 30 anos de políticas de saúde em Portugal e no Brasil produziram várias mudanças de rumo e enfoque.

Parte importante do desafio posto à Atenção Primária em ambos os países é a garantia da diretriz constitucional da integralidade de ambos os sistemas de saúde.

Não há dúvidas de que o SUS e o SNS tiveram papel transformador para os cidadãos brasileiros e os portugueses nesses mais de 30 anos. O direito à saúde universal garantiu a expressão maior da cidadania e a oportunidade de acesso a cuidados em saúde anteriormente negados ou inviabilizados.

Muito embora haja similaridades desde a criação dos dois sistemas de saúde, é notório que Brasil e Portugal traçaram rotas diversas até os dias de hoje no que se refere às políticas públicas de saúde.

Portugal optou por fortalecer a governança do sistema de saúde desviando o foco dos “recursos” para os “resultados”, usando para isso a contratualização do desempenho. Estruturou a reformulação da APS a partir da ampliação do acesso, da contratualização de uma carteira de serviços com possibilidade de ampliação de ofertas a depender das características populacionais, de sistemas de informatização com regulação em rede, da adscrição por meio da criação de listas de pacientes e de componentes variáveis para pagamentos por desempenho aos profissionais.

Implementou também as “taxas moderadoras” de utilização dos serviços de saúde como forma de ampliar a arrecadação de recursos de financiamento do sistema e aumentar a responsabilidade, de forma a mitigar o impacto orçamentário do sistema.

No Brasil, embora o SUS configure um dos maiores sistemas universais do mundo, ainda há um caminho a ser percorrido para a plena conversão do modelo de atenção da APS em todo o território nacional e a expansão dos serviços da APS, bem como ajustes para o aumento do financiamento, da informatização e da interoperabilidade entre os sistemas de informação.

Os avanços percebidos do ponto de vista estrutural das práticas em saúde no SUS se ligam à implementação do modelo pautado na ESF, que traz aspectos relacionados a ofertas de cuidado ancorados em uma carteira de serviços ainda pouco personalizada de acordo com os contextos populacionais distintos, o trabalho

multiprofissional e a lógica territorial.

Destacam-se a capacidade do SUS de discutir e propor políticas públicas para a ampliação do acesso e do cuidado a populações específicas por meio de tipologias diferentes de equipes de saúde; a existência de núcleos multiprofissionais na APS para realização de matriciamento e ampliação da capacidade clínica das ESF (MEDEIROS, 2016); além de iniciativas federais de aprimoramento da informatização e estruturas físicas das UBS, que, mesmo ainda em expansão, trazem uma perspectiva de integração para o futuro.

Parte importante da sustentabilidade dos sistemas de saúde está relacionada com sua força de trabalho: os profissionais de saúde. Portugal demonstra uma tentativa de avanço quanto à qualificação dos profissionais ao reconhecer as especialidades da medicina de família e comunidade e da enfermagem de família e comunidade como pré-requisitos para a composição das equipes da APS. O Brasil não define como obrigatória a especialidade, porém reconhece sua importância ao descrevê-la como elemento a ser priorizado.

Muitos caminhos foram percorridos, aliados à notória melhoria dos indicadores de saúde tanto no Brasil quanto em Portugal. Há de se reconhecer que ambos os países apresentam diferenças estruturais importantes. Que a análise e reflexão acerca destes achados possam servir para uma reflexão sobre o momento presente e, sobretudo, sobre como experiências bem-sucedidas de sistemas universais podem contribuir para o futuro das políticas públicas brasileiras.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, JOÃO DUTRA DE et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2019.

BAGANHA, Maria Ioannis; RIBEIRO, Joana Sousa; PIRES, Sónia. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. **Oficina do CES**, v. 182, 2002.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00067218, 2018.

BARCELLOS, Christovam de Castro. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

BERTOLOZZI, Maria Rita e GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online] , v. 30, n. 3, 1996

BISCAIA, André Rosa; HELENO, Liliana Correia Valente. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 701-712, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; set 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017

BRASIL. Portaria nº 1.256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 102, p. 205-221, 2010.

CAMPOS, Celia Maria Sivalli; VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde e Sociedade**, v. 24, suppl. 1, p. 82-91, 2015.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate** 2017, v. 41, n. 115

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Os sentidos da**

integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00056917, 2018.

COMES, Yamila et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2729-2738, 2016.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. 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**, v. 10, suppl. 1, p. 15-27, 2010.

CORTES, Maria. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 80, 2016.

COSTA, Ana Maria; BARROS, Fernando Passos Cupertino de; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 11-14, 2019.

CUNHA, Elenice Machado da; VARGENS, José Muniz da Costa. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. *In*: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys (Orgs.). **Técnico de vigilância em saúde**: fundamentos. v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 71-112.

DA SILVA, Maria Angélica Carneiro; AGUIAR, Maria Geralda Gomes; MOREIRA, Thais Diniz Santos. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, 2016.

DA SILVA VECCHI, Marjorye Polinati; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva; FARAH, Beatriz Francisco. Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 4, 2017.

DE ALMEIDA, Deybson Borba; DE MELO, Cristina Maria Meira. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 816-816, 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ANDRADE, Selma Regina de; DRAGO, Livia Crespo. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 1, 2011.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

FARÃO, Elaine Miguel Delvivo; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As necessidades em saúde de usuários e sua interação com a atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2020.

FARIAS, Lunna; BERNARDINO, Ítalo de Macedo; MADRUGA, Renata Cardoso Rocha; D'AVILA, Sérgio; LUCAS, Rilva Suely de Castro Cardoso. Atitudes e práticas de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto à abordagem aos usuários de drogas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3867-3878, 2019.

FEKETE, Maria Christina. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. *In*: SANTANA, José Paranaguá de (Org.); colaboração do Ministério da Saúde e do Polo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG; NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000. p. 51-57.

FERREIRA, António Gomes. O sentido da educação comparada: uma compreensão sobre a construção de uma identidade. **Educação**, v. 31, n. 2, p. 124-138, 2008.

FERRUGEM, Renata Dutra; PEKELMAN, Renata; SILVEIRA, Lúcia Rublescki. Atividades educativas no serviço de atenção primária à saúde: a educação popular em saúde orienta os princípios dessas práticas? **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 409-423, 2015.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 25-57.

FLEURY, Sonia. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018. p 31-84.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018.

FRANCO, Maria Ciavatta. Quando nós somos o outro: questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. **Educação & Sociedade** [online]. , v. 21, n. 72, 2000.

GAVA, Marília; FERREIRA, Lisiane Seguti; PALHARES, Dario; MOTA, Eduardo Luiz Andrade. Incorporação da tecnologia da informação na atenção básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ALMEIDA, Patty Fidelis; ESCOREL, Sarah; SENNA, Mônica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA, Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GÖTTOMS, Leila Bernarda Donato e Mollo, Maria de Lourdes Rollemberg. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 54

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss; CYPRIANO, Camilla da Costa; GASTALDO, Denise; JACKSON, Suzanne; ROCHA, Caroline Gabriele; FAGUNDES, Eloi. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00214516, 2018.

KEMPER, Elisandrea Sguario et al. "Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. Cobertura universal de salud y el programa Más Médicos en Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública** vol. 42 e1. 2018

LAPÃO, Luís Velez; PISCO, Luís. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, suppl. 2, e00042418, 2019.

LAURELL, Asa Ebba Christina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2668, 2016.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEITE, Marinês Tambara; NARDINO, Janaine; HILDEBRANDT, Leila Mariza; SANTOS, Adriane Marinês dos; MARTINS, Ricardo Vianna. Gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família: revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 48, p. 106-115, 2016.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018.

MARINHO, Carolina Chacra Carvalho e; CONCEIÇÃO, Cíntia Santos; SANTOS, Maria Lizzia Moura Ferreira dos; CARVALHO, Soraia Martins de; MENEZES, Tânia Mara de Oliva; GUIMARÃES, Eleonora Peixinho. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vido o tecer dos fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 619-633, 2011.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben

Araujo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1165-1184, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, Katiucha Mendes de; POMPILIO, Maurício Antonio; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. A integração do cuidado: dificuldades e perspectivas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1052-1063, 2019.

MENDES, Lívia dos Santos et al. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade** [online]. 2011, v. 20, n. 2, pp. 522-532. 2011.

MIGUEL, José Pereira. A saúde em tempos de transição (1968-1974). **Anais da Academia Nacional de Medicina de Portugal**, v. 3, 2013.

MORENO, Ramon Alfredo. Interoperabilidade de Sistemas de Informação em Saúde. Interoperabilidade de Sistemas de Informação em Saúde. **Journal of Health Informatics** [Internet]. 2016

NASCIMENTO, Lilia Campos; ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; DOS REIS SOUZA, Fernanda. Concepções e práticas de integralidade em saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araujo. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou para uma teoria política da Reforma Sanitária). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 360-387, 1987.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FERRER, Ana Luiza; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira; MADUREIRA, Paulo Roberto; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; DANTAS, Deivisson Vianna; NASCIMENTO, Roberta. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Seminários Temáticos Permanentes**, ANVISA/ISC-UFBA, Brasília, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 15-28, 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online], 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; CASTRO, Ana Luisa Barros de; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón; BARBOSA, Ludmila Gonçalves; GERASSI, Camila Duarte; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 482-499, 2012.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R. Integralidade como princípio do direito à saúde. **Cuidado em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHO, Leandro Barbosa de; KANTORSKI, Luciane Prado; SAEKI, Toyoko; DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; SOUSA, Jacqueline de. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 835-846, 2007.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia e DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. 2006, v. 15, n. 2 [Acessado 30 Maio 2022] , pp. 56-71

PISCO, Luis. Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2841-2852, 2011.

PISCO, Luis; PINTO, Luiz Felipe. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1197-1204, 2020.

PORTUGAL. Decreto-Lei nº10. Lisboa, 1976

PORTUGAL. Lei n.º 56, de 15 de setembro. Lisboa. 1979

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 157 de 10 de maio. Lisboa. 1999

PORTUGAL. Lei nº 1/05, de 12 de agosto. Lisboa. 2005

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 298, de 22 de agosto. Lisboa. 2005

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 22 de 2012. Lisboa. 2012

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 18 de 10 de fevereiro. Lisboa. 2017

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 95, de 4 de abril. Lisboa. 2019

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p.

QUEIROZ, Maria João. SOAP revisitado. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.]; 2009, 25(2):221-7. ISSN 2182-5173.

RIBEIRO, Polyana da Costa, PEDROSA, José Ivo dos Santos., NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko & SOUSA, Maria Fátima de (2015). Perspectivas do planeamento sob o ponto de vista dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 8(4), Pág. 269-285.

REGO, Inês; RUSSO, Giuliano; GONÇALVES, Luzia; PERELMAN, Julian; BARROS, Pedro Pita. Economic crisis and Portuguese National Health Service physicians: findings from a descriptive study of their perceptions and reactions from health care units in the Greater Lisbon Area. **Acta Médica Portuguesa**, v. 30, n. 4, p. 263-272, 2017.

ROCHA, Paulo de Medeiros e SÁ, Armando Brito de. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 6

SANCHEZ, Raquel Maia, CICONELLI, Rozana Mesquita (2012) Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**;31(3) 260-268, mar. 2012.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia; BOTELHO, Henrique; SOUSA, Jaime Correia de. Desafios organizacionais para fortalecimento da atenção primária à saúde em Portugal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 359-369, 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SANTOS, Patrícia Alexandra Duarte Gonçalves dos. **O funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) em Portugal**: estudo de caso na Região Centro. 2008. 144 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Instituto

Superior Bissaya Barreto, Coimbra, 2008.

SCHNEIDER, Sérgio; SCHIMITT, Cláudia Job. O uso do método comparativo nas ciências sociais. **Cadernos de Sociologia**, v. 9, p. 49-87, 1998.

SHENGELIA B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. **Social Science & Medicine**, 2005;61:97–109

SILVA, Joyce Lane Braz Virgolino da et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 792-797, 2017.

SILVA, Marcos Valério Santos da, Miranda, Gilza Brena Nonato e Andrade, Marcieni Ataíde de Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2017, v. 21, n. 62

SILVA, Mônica de Fátima Freires da; SILVA, Eliél Martins da; OLIVEIRA, Sarah Lidiane Santos da Silva; ABDALA, Gina Andrade; MEIRA, Maria Dyrce Dias. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, suppl. 1, p. 394-400, 2018.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016.

SILVEIRA, Cláudia Hausman. Falando de modelos de assistência à saúde e do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. **Interthesis**, v. 5, n. 1, p. 78-103, 2008.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUSA, Maria Fátima de e MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Atenção Básica à Saúde no SUS: uma herança com testamento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 02, pp. 330-331.

SOUSA, Maria Fátima de; PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; LELES, Fernando Antonio Gomes; ANDRADE, Natália Fernandes de; MARZOLA, Rogério Fagundes; BARROS, Fernando Passos Cupertino de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Potencialidades da atenção básica à saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 82-93, 2019.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. especial, p. 884-894, 2009.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SUCHAREW, Heidi. Methods for research evidence synthesis: the scoping review approach. **Journal of Hospital Medicine**, v. 14, n. 7, p. 416-418, 2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes . A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. **Saúde em Debate** 2003, 27(65); 257-77.

VALENTINI, Willians; LEVAV, Itzhak; KOHN, Robert; MIRANDA, Claudio T.; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; MELLO, Marcelo Feijó de; RAMOS, Cássia P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 522-528, 2004.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 15, n. 2, p. 225-264, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008**: primary health care now more than ever. World Health Organization, 2008.

WONCA, CIAP-2. Classificação Internacional de Atenção Primária, segunda edição. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC**, 2009