



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO
NARRATIVA**

ANDERSON COUTINHO DA SILVA

Ceilândia/DF

2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO
NARRATIVA**

ANDERSON COUTINHO DA SILVA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Olga Maria Ramalho de Albuquerque

Ceilândia/DF

2015

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva sob a orientação da profa. Olga Maria Ramalho de Albuquerque.

ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO
NARRATIVA

ANDERSON COUTINHO DA SILVA

Aprovado por:

Olga Maria Ramalho de Albuquerque (Orientadora)

Vanessa Resende Nogueira Cruvinel (Banca 1)

Vagner dos Santos (Banca 2)

Ceilândia/DF

2015

Dedicatória

Dedico este trabalho a todo o corpo docente e discente da Universidade de Brasília que me proporcionou tamanho crescimento e amadurecimento e à minha família que me acompanhou e incentivou durante todos os momentos e dificuldades.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que tem me dado forças para vencer tantos desafios e mantido minha saúde em meio a tantas batalhas.

À minha família, meus pais Adelsio Pedrosa e Ione Coutinho, pela paciência, suporte financeiro, emocional e incentivo na caminhada.

À minha namorada Nathalia Felix da Rocha, pela paciência e auxílio na conclusão de mais uma importante etapa da minha vida.

Agradeço ainda a todos os professores que me acompanharam e muito me incentivaram durante a jornada acadêmica, incluídos os professores Sérgio Schierholt, Clélia Parreira, Priscila Andrade, Everton Nunes, Silvia Guimarães e todos os outros que participaram da minha vida acadêmica nesta universidade.

Agradeço aos meus colegas e amigos que me acompanharam durante a graduação, em especial à Angel Mariana e Andressa Veras, que tanto me apoiaram acompanhando minhas dificuldades e me suportando nas horas difíceis. Desejo que superem todos os desafios que lhe surgirem na vida.

Agradeço em especial à professora Olga Maria, que me aceitou como seu orientando e teve paciência com minha falta de tempo e minhas dificuldades, incentivando e me acompanhando na superação de todos os desafios que enfrentei durante a minha graduação e durante a elaboração deste trabalho.

Nunca me esquecerei de cada um de vocês.

Resumo

A Atenção Básica (AB) atualmente é um dos focos do Ministério da Saúde para a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). A principal porta de acesso do SUS é a AB. Porém, dificuldades de acesso são recorrentes, fazendo com que a Atenção Básica no Brasil não atenda aos fundamentos preconizados pela Declaração de Alma-Ata em 1978. Buscando entender a insatisfação do brasileiro com o acesso à saúde no Brasil, foi realizada uma revisão narrativa acerca do acesso à AB no Brasil, utilizando artigos, revistas, normas sobre o tema publicadas entre 2002 e 2014 disponíveis na Lilacs e Scielo. Foi elaborada uma tabela com a sistematização das referências utilizadas na revisão contendo o tipo de publicação, autor, título, objetivos, metodologia, resultados, resumo e ano de publicação. Além disso, foi elaborada uma tabela com os avanços entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e a de 2012. Atualmente a saúde é uma das grandes insatisfações do brasileiro. Tem se verificado a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), aumentando a cobertura da AB e com isso, diversos indicadores, dentre eles o de mortalidade infantil, têm melhorado. Porém pouco se observa na melhoria do acesso à saúde. Desafios como a falta de recursos humanos e a falta de qualificação são atuais. O acesso à saúde é o primeiro passo para a concretização do direito à saúde, porém é necessário garantir a resolutividade e a referência e contra-referência do sistema.

Palavras-chave: Atenção Básica; Acesso aos Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The Basic Attention (BA) today it's one of the focus from the Ministry of Health in Brazil for the reorganization of the Unic Health System (UHS). The main gateway from the UHS is the BA. However, difficulties of access are appellants, making the Basic Attention in Brazil doesn't meet concepts pre-arranged from Alma-Ata Declaration of 1978. Seeking understand the brazilian dissatisfaction with the access to public health, it was realized a narrative review about the access on BA in Brazil, utilizing article, magazines and norms about the subject published between 2002 and 2014 available on Lilacs and Scielo. It was elaborate one table with systematization of references utilizing in review containing the type of publication, author, title, objectives, methodology, results and the year of publication. Besides it was elaborate one table with the advance between Basic Attention National Policy (BANP) of 2006 and 2012. Today the health it's a major brazilian dissatisfaction. It has been found the expansion of Family Health Strategy (FHS), raising the coverage of BA and with that, many indicators, among them the infant mortality it has improved. But bit was observed in the improved access of health. Challenges as the lack of human resource and the lack of qualification are current. The access to health is the first step to the concretion of the right to health, but is necessary warrant the resolutivity and reference and counter reference of the system.

Key words: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Family Health Strategy.

Lista de abreviaturas

AB - Atenção Básica

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade

AP - Atenção Primária

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CER - Compensação de Especificidades Regionais

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Cnes - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Cosems - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

DAB - Departamento de Atenção Básica

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DF - Distrito Federal

EACS - Estratégia Agentes Comunitários de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

Nasf - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS - *National Health Service*

NOAS-SUS - Norma Operacional da Assistência à Saúde - Sistema Único de Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa de Avaliação e Melhoria da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNS - Plano Nacional de Saúde

Proesf - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

Provab - Programa de Valorização da Atenção Básica

PSC - Programa Saúde em Casa

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

RA - Região Administrativa

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SB - Saúde Bucal

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SF - Saúde da Família

SI - Saúde Indígena

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UBS - Unidade Básica de Saúde

UnA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

USC - Unidade de Saúde Convencional

USF - Unidade de Saúde da Família

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Lista de Figuras

Figura 1 – Linha do tempo a partir da institucionalização da Estratégia Saúde da Família no Brasil.....	29
Figura 2 – Fluxograma de busca dos artigos utilizados na revisão	37
Figura 3 – Proporção da população que almeja ter um plano privado de saúde no Brasil, 2014	63
Figura 4 – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no DF em 2002 e de 2010 a 2014	67
Figura 5 – Número de equipes da Estratégia Saúde da Família no DF em 2002 e de 2010 a 2014	67
Figura 6 – Médicos por 1000 habitantes por regiões no Brasil em 2012	77
Figura 7 – Média de gastos em AB nas 3 esferas de governo no ano de 2011	81

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Novos programas e estratégias da PNAB 2012.....	27
Tabela 2 – Tabela com a sistematização dos artigos, textos e revistas utilizados na revisão...	39
Tabela 3 – Tabela de comparação entre as PNAB de 2006 e de 2012	59

Sumário

1. Introdução	13
2. Referencial teórico	14
3. Justificativa	32
4. Objetivos	34
4.1. Geral.....	34
4.2. Específicos	34
5. Metodologia	34
6. Resultados	36
6.1. O acesso à saúde na Atenção Básica	64
6.2. A falta de qualificação e de médicos na ESF.....	75
6.3. Financiamento.....	80
6.4. Desafios	82
7. Considerações finais	85
8. Referências	87

1. Introdução

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde apresentou a Declaração de Alma-Ata (1978), que trazia a importância da Atenção Primária à Saúde para os sistemas de saúde do mundo inteiro. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é referida como Atenção Básica (AB), devido a desentendimentos sobre o significado dos termos. As normas vigentes atualmente para a Atenção Primária à Saúde no Brasil utilizam o termo Atenção Básica, sendo este o termo utilizado neste trabalho.

A Atenção Básica, segundo Starfield (2002), atua sobre os determinantes de saúde que englobam o ambiente físico e social, as características do ambiente e a prática médica. Sendo assim, a situação de saúde de uma população ou indivíduo é “determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida” (STARFIELD, 2002, p. 22).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a AB engloba cuidados essenciais e é baseada em tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, direcionando-se aos principais problemas de saúde da comunidade e servindo de primeiro nível de acesso ao sistema de saúde. Segundo Conass (2007), o primeiro contato significa acesso e utilização do serviço de saúde. O serviço passa a ser a porta de acesso quando é identificado como primeiro recurso de saúde a ser buscado, envolvendo aspectos diversos além do geográfico.

Observa-se atualmente que uma das grandes insatisfações do brasileiro é a saúde e, principalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BEDÊ, 2014). A partir da experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi criada pelo Ministério da Saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi expandida a todo o país. Esta estratégia, incorporada à Atenção Básica, representa a atual estratégia prioritária para a reorganização do Sistema Único de Saúde com base nos conceitos apresentados em Alma-Ata (BRASIL, 2012a).

Atualmente ocorre no Brasil um aumento progressivo da cobertura da ESF na AB, porém persistem dificuldades de acesso à saúde no país. Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a AB deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde de modo equitativo.

A partir dessa perspectiva, foi feita uma revisão narrativa com artigos, normas e revistas publicadas entre 2002 e 2014. Buscou-se verificar as dificuldades de acesso à saúde pública no Brasil, principalmente em relação à AB, mostrando também o que tem sido feito para alterar essa realidade, na busca por um Sistema Único de Saúde de fato universal e que seja acreditado pela população.

2. Referencial teórico

O marco histórico mundial da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu no ano de 1978 em Alma-Ata, na antiga União Soviética, que hoje é a atual capital do Kazaquistão, no período de 6 a 12 de setembro. A conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e contou com a participação de 134 governos com cerca de três mil delegações e 64 organizações internacionais (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010). Seu principal produto foi a Declaração de Alma-Ata (1978) que trazia a síntese da conferência, coroando o processo de questionamento dos modelos verticais e do modelo médico hegemônico superespecializado e intervencionista. Foi consenso que essas intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a da Atenção Primária à Saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010), que equivale à Atenção Básica no Brasil.

A Declaração de Alma-Ata (1978) traz em três páginas os pontos mais enfatizados na conferência, que representam pactuações das entidades participantes. A Declaração ressalta ainda que a saúde é um direito humano fundamental e que exige intersetorialidade, ou seja, o trabalho de diversos setores (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978). A definição de saúde adotada no documento citado é a vigente desde 1946 e sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua constituição, que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 1946).

É possível perceber, no entanto, que as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade. Apenas recentemente vem havendo uma crescente preocupação não só com a frequência e a

severidade das doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção/*status* funcional, que traz a percepção de perda de qualidade de vida durante o período de adoecimento (FLECK, 2000).

O “completo bem estar...” então parece uma visão utópica, idealizada, não realista. Ainda que uma pessoa esteja apresentando “disfunções” de natureza física ou psíquica, mas continue integrada ao seu grupo de relações e inserida no processo produtivo do ponto de vista social ela é considerada saudável a despeito de seu comprometimento físico. O conceito da OMS (1946) engloba todas as atividades humanas e não faz referência a atividades específicas da saúde, dificultando sua aplicação como base de uma política pública de saúde (EVANS; STODDART, 1990).

A Declaração Internacional de Alma-Ata (1978) rompe com a visão tradicional que associa saúde a intervenções curativas a partir do momento em que associa questões como pobreza, dependência econômica e justiça social a níveis de saúde e se compromete com a Atenção Básica.

Conforme as recomendações da Declaração de Alma-Ata (1978), a implementação da Atenção Básica se fundamenta na adoção dos cuidados em saúde baseados em evidência científica, no emprego de métodos socialmente aceitáveis e de tecnologias acessíveis a indivíduos e a famílias mediante a sua participação em todos os estágios de desenvolvimento com espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Esses elementos constitutivos da AB em saúde se integram ao sistema de saúde do país, cujo foco principal é o desenvolvimento social e econômico da comunidade. Entendida como primeiro nível de contato entre indivíduos e famílias com o sistema de saúde, a Atenção Básica traz os cuidados em saúde tão próximo quanto possível do lugar onde as pessoas vivem, moram e trabalham, visando eliminar principalmente as barreiras geográficas, se configurando como primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados em saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

A OPAS em um documento de posicionamento (OPAS/OMS, 2007 p. 8) cita que

Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universais a

serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação.

A Declaração Internacional de Alma-Ata (1978) propõe ainda:

- a Atenção Básica como chave para atingir a meta de saúde para todos e como parte de um desenvolvimento que ocorra dentro de um espírito de justiça social;
- a promoção e a proteção da saúde como elemento indispensável para o desenvolvimento econômico e social e para alcançar a paz mundial;
- a participação e o esforço coordenado de todos os setores e campos de atividade ligados ao desenvolvimento, da agricultura, passando pela indústria, até a comunicação;
- o direito à participação do povo no planejamento e aplicação da Atenção Básica em Saúde;
- a orientação aos principais problemas de saúde da comunidade;
- a saúde como direito humano fundamental e objetivo social;
- que seja inaceitável do ponto de vista político, econômico e social a desigualdade em saúde existente dentro dos países e entre os países;
- que seja retomada a proposta da XXX Conferência da OMS (OMS, 1977);
- que no ano 2000 os povos do mundo alcancem um nível de saúde que permita viver uma vida social e economicamente produtiva;
- atividades a serem desenvolvidas como educação em saúde, abastecimento de alimentos e água, saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização e luta contra enfermidades endêmicas locais;
- a auto-responsabilidade e a participação do indivíduo e da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da Atenção Básica, empregando de forma eficiente os recursos disponíveis e;
- o uso de tecnologia apropriada, adequada às necessidades coletivas e adequação dos custos da tecnologia disponível.

Com base nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata (1978) para os Cuidados Primários em Saúde, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que foi realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Produto dessa conferência foi a Carta de Intenções, chamada Carta de Ottawa, que iria contribuir para se atingir a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Na Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, definiu-se Promoção da Saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986 p. 1) como:

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

É possível perceber que tanto a Declaração de Alma-Ata (1978) como a Carta de Ottawa (1986) partilham diversos conceitos e desafios, dentre eles a intersetorialidade. Ambas citam a importância de se desenvolver social e economicamente as comunidades, visando saúde e assim alcançando uma melhor qualidade de vida. Enquanto a Atenção Básica se foca na organização do sistema, a Promoção da saúde se foca nas relações sociais e na própria comunidade. Segundo a Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde, sendo que o ator principal deste processo é a própria comunidade, que passa a ter poder sobre o seu próprio destino, o chamado *empowerment*, ou empoderamento (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a Atenção Básica AB refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que são consideradas a base para um sistema de saúde que tenha como centro o usuário. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde – organizado hierarquicamente – referidos na Atenção Primária à Saúde (APS). Este nível se direciona ao atendimento das condições mais comuns de saúde, tendo concepções abrangentes e preconizando a intersetorialidade de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008 p. 586-587), existem atributos que são considerados essenciais nos serviços de Atenção Básica. Entre os quais:

primeiro contato – serviços procurados regularmente (...) e porta de entrada do sistema de saúde (...); longitudinalidade – a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente, com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida (...);

integralidade – reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde e oferecer serviços preventivos e curativos (...); coordenação – coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas; orientação para a comunidade – conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita (...), conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade e participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde; centralidade na família – consideração do contexto e dinâmica familiar (...) e conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde e; competência cultural – reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Para enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde é necessário que os serviços de AB estejam orientados à comunidade e conheçam suas necessidades de saúde, para que possam responder às demandas e para que tenham competência cultural para atuar sobre elas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A Atenção Básica difere da atenção por consulta, de curta duração referida no nível de atenção secundário e do manejo da enfermidade a longo prazo, referido no nível de atenção terciário. A AB busca lidar com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como centros de saúde, escola, lares ou outros locais inseridos dentro da comunidade. Os pacientes têm acesso a uma fonte adequada de atenção e que é continuada ao longo do tempo, mantendo uma relação entre com a equipe de saúde, além de incluir os serviços curativos e, com atenção especial, os serviços preventivos. Na atenção especializada, que abrange tanto os níveis secundário e terciário, normalmente os pacientes são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar (STARFIELD, 2002).

O acesso é o primeiro contato com o serviço de saúde. Para ser caracterizado como serviço de primeiro contato, é necessário que o serviço seja o primeiro recurso de saúde a ser buscado pelos usuários quando se há uma necessidade em saúde. É necessário que o serviço esteja disponível e seja de fácil acesso, caso contrário, outros níveis do sistema podem ser afetados, ou ainda, a procura seja adiada, aumentando o risco de agravamento. Os principais componentes de acesso são: o acesso geográfico, englobando as características geográficas como distância, transporte público, custo de locomoção e outros e; o acesso sócio-organizacional, envolvendo características motivadoras ou desmotivadoras aos usuários para a busca dos serviços de primeiro contato, como horário de funcionamento, forma de marcação, filas e outros (CONASS, 2007).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde divulgado pela OMS (2008), a Atenção Básica abre oportunidades para a prevenção da doença e para a promoção da saúde, portanto, não seria aceitável que em países de baixa renda, a Atenção Básica sirva apenas para o tratamento das doenças mais comuns. A diversidade das necessidades em saúde que as pessoas enfrentam não se encaixam necessariamente em categorias de diagnósticos descritas em livros de promoção da saúde ou de cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação, não estando portanto, restrita a algum nível de atenção à saúde. Ela exige o uso de diversos recursos que podem incluir desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou outros serviços (OMS, 2008).

No Brasil, os primeiros estabelecimentos que tinham o objetivo de prestar assistência em saúde, com foco na Saúde Pública, surgiram em 1916. Anteriormente a isso existiam as Delegacias de Saúde, que faziam principalmente o controle sanitário de alimentos, estabelecimentos e outros. Nesta época foi necessário aumentar a participação do governo na saúde, principalmente devido ao fato de que o risco de doenças endêmicas e epidêmicas havia crescido. Surgiram então os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, iniciativa que veio mudar a estratégia que antes era restrita a iniciativas isoladas ou expedições de médicos sanitaristas (CAMPOS, 2006).

A partir daí surgiram os primeiros Centros de Saúde, em 1925, que prestavam serviços de prevenção e realização de exames periódicos. Os Centros de Saúde se multiplicaram pelo país, formando uma rede básica de assistência. Um novo crescimento na rede Básica só veio a ocorrer na década de 1980, em meio ao movimento de Reforma Sanitária, quando os Centros de Saúde passaram também a prestar assistência nas áreas de clínica, pediatria e gineco-obstetrícia (CAMPOS, 2006).

Em 1930, durante a ditadura de Getúlio Vargas, a saúde foi pela primeira vez institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, sendo que havia ainda o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio que era responsável pela Previdência Social e pela Saúde Ocupacional, que era o foco do governo na época. Houveram na mesma época campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose (PAIM et. al., 2011). O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio era o foco dos recursos financeiros destinados à saúde e o responsável pela assistência à saúde dos trabalhadores, enquanto o Ministério da Educação e Saúde Pública era responsável pelas ações e campanhas em saúde pública.

Na década de 40, foi aprofundada a atuação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que de modo centralizado e vertical, realizava ações de saúde pública voltadas à doenças específicas como malária, hanseníase, tuberculose e outros. Nas décadas de 40 a 50 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública que, atuando em unidades primárias, adotava um caráter mais abrangente. Eram articuladas ações coletivas e preventivas, sendo aplicado principalmente nas regiões norte e nordeste, onde haviam áreas estratégicas da produção de matérias-primas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). É possível perceber que o foco do governo na época ainda era a classe trabalhadora. Segundo Giovanella e Mendonça (2008), Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, porém isso não alterou a divisão entre serviços de saúde pública e assistência médica.

A década de 60 foi marcada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a possibilidade da adoção de um novo modelo de assistência, pautado na descentralização e soluções médicas próximas da realidade da população. Após a conferência, no entanto, o que se consolidou foi a ampliação da cobertura populacional da previdência social, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966. Observou-se nessa época o crescimento do setor privado de assistência à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Na década de 1970, já na Ditadura Militar, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, que era o grande responsável pela prestação de assistência à saúde aos trabalhadores de carteira assinada, os únicos que tinham direito à saúde na época. Já nesta época a Previdência Social passava por uma crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica, que se mostrava insuficiente. No final da década de 1980 o INAMPS adotou uma série de medidas que estendeu a cobertura a praticamente toda a população brasileira, culminando na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (SOUZA, 2002). Nesta época, segundo Giovanella e Mendonça (2008), surgiram experiências de medicina comunitária, que recebiam financiamento internacional e eram articulados por estados e municípios. As escolas médicas passaram então a executar atividades de AB nas comunidades. Essa atuação culminou no desenvolvimento de propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro como política social.

Em 1982, frente à crise do setor previdenciário, o sistema de saúde adotado e o movimento de Reforma Sanitária, os secretários de saúde, visando aumentar sua representatividade e poder de negociação, juntamente com o Governo Federal, criaram o

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que foi e tem sido um ator fundamental para a implantação do novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), e de outras políticas públicas no Brasil (BRASIL, 2009).

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema de saúde, que foram utilizadas na elaboração da Constituição Federal de 1988. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988 art. 196) defende que

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.

Já no artigo 198 da CF de 1988 (BRASIL, 1988 art. 198), são definidas as diretrizes do novo sistema, chamado Sistema Único de Saúde. São elas:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

O sistema de saúde brasileiro, Sistema Único de Saúde, vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. Foi constituído formalmente a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), porém, sua origem remonta à crise do modelo de assistência médico hegemônico, na segunda metade do século XX. No mesmo período em que internacionalmente ocorriam as Conferências de Atenção Primária à Saúde, no Brasil surgia o Movimento da Reforma Sanitária, envolvendo entidades que foram criadas na mesma época, como o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) (BRASIL, 2009).

Após a Constituição Federal de 1988, foram criadas ainda leis que vieram para regulamentar o Sistema Único de Saúde. Dentre elas podemos citar a Lei 8.080 (BRASIL, 1990 art. 7º), que estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde, a saber:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua

utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

É possível perceber que as bases doutrinárias que foram levantadas na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e utilizadas na CF de 1988 e na Lei 8.080 são semelhantes às que vinham sendo discutidas em movimentos internacionais pela Atenção Primária à Saúde. Dentre elas: a descentralização e a democratização das instâncias gestoras, além da necessidade de se trabalhar integralmente e de forma a envolver diversos setores para gerar saúde.

O projeto de Saúde Coletiva no Brasil esteve presente neste contexto buscando um novo modelo no processo saúde-doença e cuidado. A expansão da Atenção Básica implicava em organizar o sistema de serviços de saúde, que contava em sua grande maioria na época, com unidades ambulatoriais. Com isso, buscou-se organizar a atenção à saúde no país com base nas necessidades da população, contemplando o que havia sido discutido na Conferência de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A partir de 1990, quando foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, foi necessário reformular as prioridades. Levando-se em conta o processo de expansão da APS no mundo, o Brasil passou a organizar o sistema de saúde com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade, dentro do território, expandindo para tanto a quantidade de UBS, visando diminuir as barreiras geográficas existentes para o acesso (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Passou-se então a priorizar a Atenção Primária a Saúde no sistema de saúde brasileiro. Diferentemente da tendência mundial em adotar o termo Atenção Primária à Saúde, o Brasil oficializou o uso do termo Atenção Básica que, na prática, representa o mesmo nível de atenção. Isso ocorreu devido questões de interpretação. Mesmo não procedendo, houve na época um falso entendimento por parte de alguns de que a Atenção Primária remeteria a algo primitivo, uma medicina pobre para pobres. Atualmente, mesmo os documentos oficiais

brasileiros vêm mostrando incerteza sobre a terminologia mais adequada (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde divulgou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), que trouxe as principais portarias voltadas à Atenção Básica no Brasil, visando o fortalecimento e a orientação desta. Em 2012 foi lançada uma nova PNAB, que traz a atualização das principais portarias vigentes até então para a Atenção Básica país. A PNAB se fundamenta nos princípios e diretrizes do próprio SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e o controle social, estabelecendo ainda os fundamentos e diretrizes da AB, as responsabilidades de cada ente federativo, regras de financiamento e outros (BRASIL, 2012a).

Segundo a PNAB de 2006 (BRASIL, 2006a p. 11), “a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”. Já a PNAB de 2012 (BRASIL, 2012a p. 20 e 21) coloca a Atenção Básica como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Orienta-se ainda pelos fundamentos e diretrizes de: território adscrito sobre o mesmo; acesso universal e contínuo a serviços caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo com a comunidade, garantindo a longitudinalidade; coordenação da integralidade em seus vários aspectos; e estimulação da participação dos usuários de forma a ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde de si e das coletividades. Além disso, a PNAB 2012 (BRASIL, 2012a) define a organização das Redes de Atenção à Saúde como estratégia para um cuidado integral, orientada na Atenção Básica.

A PNAB de 2012 (BRASIL, 2012a) define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e outros, sendo desenvolvidos por meio de práticas participativas em territórios bem delimitados, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, sendo o contato preferencial dos usuários.

A primeira PNAB (2006a) foi lançada pelo Ministério da Saúde fazendo parte da série Pactos pela Saúde. A série Pactos pela Saúde, segundo a Portaria número 399 de 22 de

fevereiro de 2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), foi criada em conjunto com gestores de todo o país na intenção de superar as dificuldades do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um compromisso público, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, que auxiliará na definição de prioridades em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A PNAB 2006 traz em 60 páginas as portarias vigentes no ano de 2006, são elas: número 648/GM de 28 de março de 2006, número 649/GM de 28 de março de 2006, número 650/GM de 28 de março de 2006 e número 822/GM de 17 de abril de 2006. Diversas portarias anteriores foram revogadas com a publicação deste documento. Trata-se de uma revisão da regulamentação e operacionalização da Atenção Básica vigentes até o ano da publicação.

A PNAB 2012 foi lançada em uma publicação do Ministério da Saúde e traz em 114 páginas as portarias vigentes até o ano de sua publicação, revogando a portaria número 648 da PNAB 2006 e outras portarias de anos posteriores. A PNAB 2012 faz uma revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, atualizando as alterações ocorridas desde a última PNAB (2006a). Além disso, a PNAB 2012 traz uma introdução à Atenção Básica no país e alguns dos avanços alcançados com a PNAB de 2006, utilizando uma linguagem mais simples que sua antecessora.

Em relação às competências de cada ente federativo, as Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006 e 2012 diferem principalmente em virtude do momento histórico de construção do SUS. Na PNAB de 2006 (BRASIL, 2006a), foram definidas as seguintes competências ao Ministério da Saúde: contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, por meio do apoio à AB e à ESF como estruturante do sistemas municipais de saúde; garantir recursos para compor o PAB fixo e variável; prestar assessoria técnica aos estados e municípios na consolidação da AB e ESF; estabelecer diretrizes para a educação permanente na AB; articular com o Ministério da Educação estratégias para indução a mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde, especialmente em medicina, enfermagem e odontologia, visando adequá-los ao perfil da AB; analisar dados da Atenção Básica de interesse nacional e divulgar os resultados obtidos; articular com demais gestões a institucionalização da avaliação da AB; monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, divulgando os resultados; promover a troca de experiências e fomentar pesquisas voltadas à AB; e viabilizar parcerias para o fortalecimento da AB e da ESF no país.

Já na PNAB de 2012 (BRASIL, 2012a) a primeira mudança notada é em relação ao termo utilizado. São citadas além das competências de cada esfera, as responsabilidades comuns a todas as esferas. Segundo a PNAB 2012, é competência do Ministério da Saúde (MS), em relação à Atenção Básica: rever periodicamente as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; garantir fontes de recursos federais para financiar a Atenção Básica; prestar apoio institucional aos Estados, municípios e Distrito Federal (DF) no processo de qualificação e de consolidação da AB; definir estratégias de forma tripartite para avaliação e qualificação da AB; articular com o Ministério da Educação estratégias para a indução a demandas de mudanças curriculares nos cursos da área da saúde; e apoiar a articulação com instituições para a formação e educação permanente de profissionais para a Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Estão entre as competências estaduais, incluído o DF, previstas na PNAB 2006: pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estratégias, diretrizes e normas para a ESF, estabelecendo metas e prioridades no Plano de Saúde estadual; submeter à CIB propostas de implantação ou expansão da ESF e outros; analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de ESF, Saúde Bucal e ACS; enviar mensalmente ao Ministério da Saúde o consolidado de informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência de recursos; monitoramento, controle e avaliação da utilização dos recursos de incentivo da ESF; prestar assessoria aos municípios; articulação com instituições formadoras de recursos humanos de acordo com as necessidades pactuadas na CIB; e acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da ESF nos municípios garantindo suporte às adequações necessárias (BRASIL, 2006a). A PNAB 2006 separa o Distrito Federal, definindo a este quatro competências: estabelecer no Plano de Saúde do Distrito Federal metas e prioridades para a ESF; analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento da ESF, Saúde Bucal e ACS; responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento e avaliação da utilização dos recursos da ESF destinados ao Distrito Federal; e acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal (BRASIL, 2012a).

As responsabilidades estaduais, incluído o DF, definidas na PNAB 2012 são: pactuação de estratégias, diretrizes e normas com a CIB; destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite; monitoramento da utilização dos recursos federais e

tomando providências legais em caso de irregularidades; sistematizar e analisar os arquivos de sistemas de informação que são enviados pelos municípios antes de encaminhá-los ao Ministério da Saúde; definir estratégias com as gestões municipais; e articular parcerias entre instituições e as secretarias municipais de saúde, promovendo ainda o intercâmbio de experiências entre municípios (BRASIL, 2012a).

Segundo a PNAB 2006, compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal: inserir a ESF em sua rede de serviços, visando à organização do sistema local de saúde; definir metas, objetivos e métodos de acompanhamento da ESF; garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de ESF, Saúde Bucal e ACS, com recursos e equipamentos necessários; assegurar o cumprimento de horário integral dos profissionais da ESF e de Saúde Bucal; realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS e outros profissionais, bem como da população residente; e estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais da ESF (BRASIL 2006a).

Já segundo a PNAB 2012, compete aos municípios e ao Distrito Federal: pactuar com a CIB, estratégias, diretrizes e normas de implementação da AB no Estado; destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite; ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios; inserir a ESF em sua rede de serviços como tática para organização da Atenção Básica; gerir serviços e ações de AB dentro de seu território; prestar apoio institucional às equipes e serviços na consolidação da ESF; definir estratégias para institucionalização da avaliação da AB; desenvolver ações e articulações para a formação e garantia da educação permanente; selecionar, contratar e remunerar os profissionais das equipes de AB; garantir a infraestrutura física necessária às equipes de AB, bem como recursos materiais, equipamentos e insumos; programar as ações de AB a partir de sua base territorial; alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação e utilizá-los no planejamento; organizar o fluxo de usuários com vistas à referência e contra-referência; manter atualizado o cadastro nacional de profissionais de saúde; e assegurar o cumprimento da carga horária integral dos profissionais da equipe de Atenção Básica, de acordo com as jornadas especificadas em norma (BRASIL, 2012a).

Além das competências de cada esfera, a PNAB de 2012 trouxe ainda as responsabilidades que seriam comuns a todas as esferas, deixando claro que a Atenção Básica

exige um esforço coletivo. São elas: contribuir para a reorientação do modelo de gestão; apoiar e estimular a adoção da ESF pelos municípios para consolidação da AB; garantir a infraestrutura para a AB; contribuir com o financiamento tripartite; estabelecer estratégias e metas para a Atenção Básica; valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente de equipes; desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informação da AB, de acordo com suas responsabilidades; planejar, monitorar e avaliar a AB; divulgar resultados alcançados; promover intercâmbio de experiências e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; viabilizar parcerias entre setores; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012a).

Além das atualizações citadas, a PNAB 2012 trouxe novas possibilidades à Atenção Básica, com novos programas e estratégias, dentre elas:

Tabela 1 – Novos programas e estratégias da PNAB 2012

Nova estratégia/programa	Descrição
Redes de Atenção à Saúde (RAS)	Oficializada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL 2010), traz as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral e explicita as funções da AB para contribuir com o funcionamento das RAS.
Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	A Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a) traz o anterior Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), suas especificidades e normas.
Equipes de AB para populações específicas	A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b) traz a possibilidade de criação de equipes de AB para populações específicas como os consultórios de rua e equipes para atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	A Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b) traz a ampliação do Nasf, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB e assim sua resolubilidade, definindo ainda o Nasf tipo 1, tipo 2 e tipo 3, separando-as pela soma de carga horária semanal dos membros das equipes.
Programa Saúde na Escola (PSE)	Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007) traz o PSE como política intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, visando a atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico.

Fonte: BRASIL, 2012a. Tabela de elaboração própria.

Além destes avanços, a PNAB de 2012 (BRASIL, 2012a) cita detalhes das portarias, sobre o financiamento, outras competências e outras responsabilidades e os novos caminhos da Atenção Básica no Brasil, como a universalização do Programa Saúde na Escola, acordos para alimentação saudável nas escolas, o Telessaúde como forma de ampliar a resolutividade da AB e a implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde até o ano de 2014.

Segundo o capítulo II da PNAB (BRASIL, 2006a), a Estratégia Saúde da Família visa à organização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do SUS. É possível perceber que o mesmo se mantém na PNAB 2012, onde é citado (BRASIL, 2012a p. 54) que

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

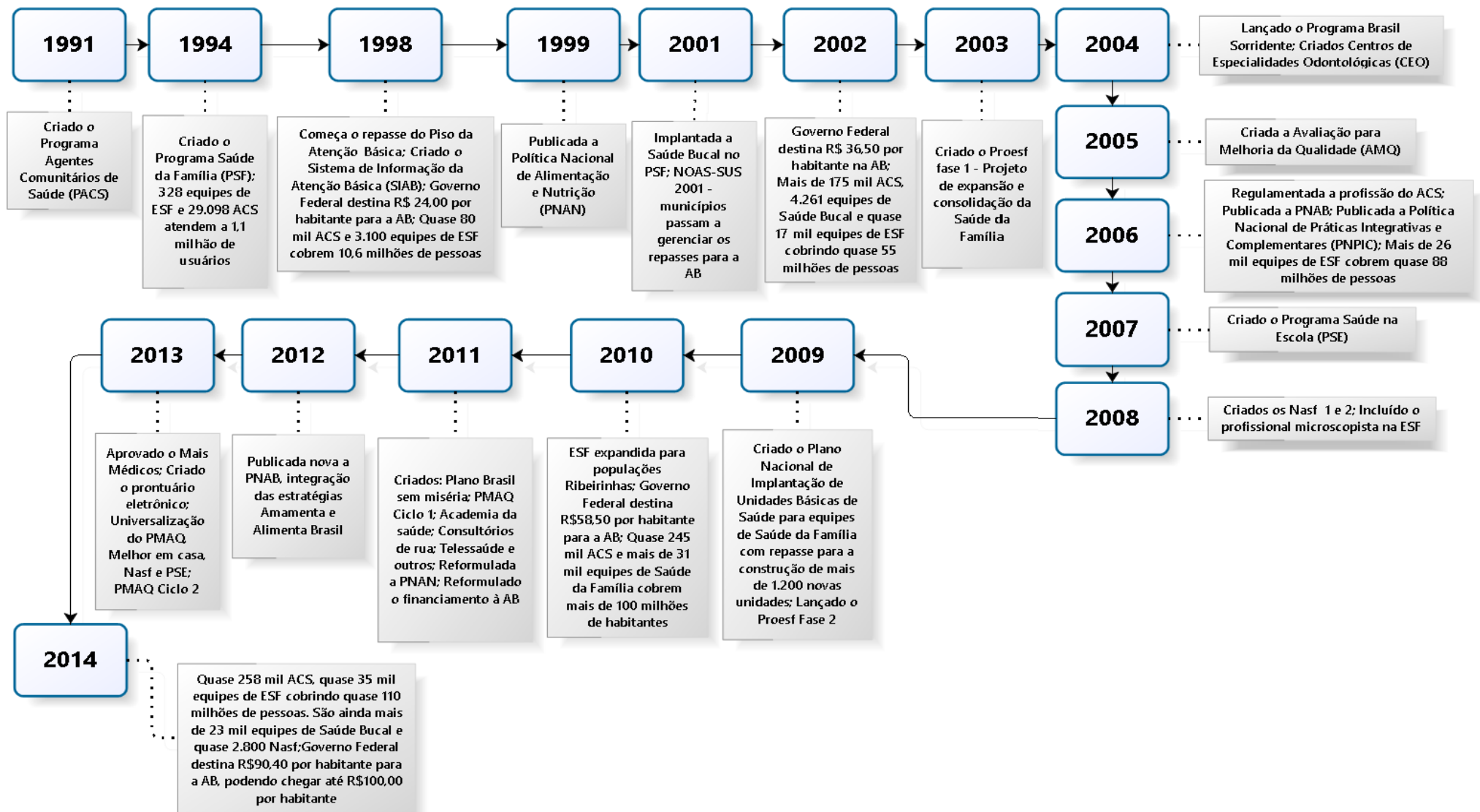
A Estratégia Saúde da Família apresenta uma nova maneira de trabalhar a saúde, levando a família e não o indivíduo, para o centro da atenção à saúde. A partir disso, a intervenção em saúde passa a partir da equipe de saúde e não da população. Ou seja, os serviços de saúde não esperam que a população procure os serviços de saúde, ocorrendo o contrário do que acontecia até então no modelo de assistência (ROSA; LABATE, 2005).

Segundo Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde da Família teve início quando o Ministério da Saúde formulou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, visando a redução da mortalidade infantil e materna nas regiões norte e nordeste. A partir da experiência do Ceará com o PACS, se percebeu a importância dos Agentes Comunitários de Saúde nos serviços básicos de saúde e a centralidade na família. Passou-se então a priorizar a família como unidade de ação, sendo criado assim o Programa Saúde da Família, que teve como importante referência movimentos que aconteciam em países como o Canadá ou Cuba.

O PSF, para além de um programa da AB, tem o objetivo de orientar o sistema de saúde, sendo por si só a própria AB, sendo uma expansão da APS e não sua simplificação. Segundo Rosa e Labate (2005), alguns dos municípios implantaram o PSF e não fizeram uma discussão aprofundada sobre, o que acabou limitando sua capacidade resolutiva.

A seguir uma linha do tempo da Estratégia Saúde da Família a partir de sua institucionalização no Brasil.

Figura 1 – Linha do tempo a partir da institucionalização da Estratégia Saúde da Família no Brasil



Fonte: REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2013.

A ESF vem trazer os profissionais de saúde para próximo do seu objeto de trabalho, que são as pessoas e, principalmente, as famílias, atendendo ao quesito de centralidade na família, preconizado para uma AB resolutive. Com isso é possível garantir o acesso, tendo o apoio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, além de identificar com mais propriedade os fatores de risco associados e seus determinantes e condicionantes de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Sendo operacionalizada a partir da definição territorial da clientela, a ESF pressupõe um diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas. Para tanto, o primeiro passo da ESF é o cadastro das famílias da área adscrita a partir de visitas, podendo uma mesma área ser atendida por uma ou mais equipes multiprofissionais. Cada equipe é responsável por, em média, 600 a 1000 famílias, sendo que este número não pode ultrapassar o de 4000 habitantes. O cadastro é registrado atualmente no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que sistematiza os dados (FIGUEREDO, 2011).

Segundo Figueredo (2011), a equipe da Estratégia Saúde da Família, em sua formação básica, é composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando a equipe possui os profissionais citados, a equipe passa a ser consistida ou consolidada e passa a entrar no quantitativo de equipes da Estratégia Saúde da Família. As equipes que não são consistidas são abarcadas em outros programas ou estratégias, como a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que possui uma equipe e fins diferenciados da ESF. De acordo com a PNAB de 2006 (BRASIL, 2006a), também podem compor a equipe de Saúde da Família os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Esses profissionais permanecem possibilitados de fazer parte do quadro de profissionais da equipe de Saúde da Família na PNAB de 2012 (BRASIL, 2012a). Outros profissionais podem fazer parte de equipes auxiliares à Estratégia Saúde da Família, a equipe de Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (Nasf).

De acordo com a Portaria número 3.124 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), o Nasf possui três modalidades. Na portaria são definidas as cargas horárias e condições para se consolidar equipes do Nasf e receber recursos federais. O que difere os Nasf 1, 2 e 3 é a carga horária e o número de equipes da ESF às quais o Nasf está vinculado. Segundo Oliveira et. al. (2012), o Nasf é pautado na integralidade e na interdisciplinaridade. Este núcleo visa apoiar a

equipe de ESF em seu território, aumentando o escopo de serviços ofertados, melhorando assim a sua resolubilidade. A PNAB 2012 cita os profissionais que podem fazer parte das equipes de Nasf. Nota-se que os profissionais que podem compor o Nasf 3 são os mesmos que podem compor os Nasf 1 e 2, embora a PNAB de 2012 não cite os profissionais que podem compor o Nasf 3. Os profissionais que podem compor os Nasf são (BRASIL, 2012a p. 72):

Poderão compor os Nasf 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A equipe de Estratégia Saúde da Família desempenha diversas atividades, dentre as quais algumas são citadas no Módulo Político Gestor de especialização em Saúde da Família (FIGUEREDO, 2011 p. 58-59), a saber:

Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território; planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias; acolhimento e marcação de consultas; Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; consultas médicas, de enfermagem e de odontologia; realização de procedimentos odontológicos, médicos e de enfermagem, como imunizações, inalções, curativos, drenagem de abscessos e suturas; administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação, entre outras; acolhimento e urgências básicas de enfermagem, de medicina e de odontologia; e realização de encaminhamento adequado das urgências e de casos de maior complexidade.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), em outubro de 2014, 5.451 municípios possuíam a Estratégia Saúde da Família implantada, totalizando 38.882 equipes consistidas em funcionamento no país. A proporção de cobertura populacional dessas equipes era de aproximadamente 62% da população nacional.

Ainda segundo dados do DAB (BRASIL, 2014a), em outubro de 2014 existiam no país 2.280 equipes do Nasf tipo I, 734 equipes do Nasf tipo II e 746 equipes do Nasf tipo III.

Em relação ao Distrito Federal, o total de equipes consolidadas da ESF em outubro de 2014 era de 237 equipes, proporcionando uma cobertura de aproximadamente 31% da população desta unidade federativa. O Distrito Federal conta ainda com 7 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2014a).

Quanto às UBS, o Distrito Federal possui, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) de 2014 (BRASIL, 2014b), 1.703 estabelecimentos de UBS, totalizando 6.032 estabelecimentos de saúde na unidade federativa, o que representa apenas 2,07% do total de estabelecimentos de saúde cadastrados no país.

Em 2002, 75% do total de estabelecimentos ambulatoriais que não realizam internação no Brasil eram públicos, sendo que a maioria corresponde a postos e centros de saúde, que correspondem a serviços de AB. Aproximadamente 21% eram privados e aproximadamente 3% eram filantrópicos. Dentre os serviços públicos de atendimento ambulatorial fazem parte os postos e centros de saúde, policlínicas e ambulatórios de hospitais. Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, 52% da população afirma que a modalidade regular de procura de assistência à saúde é o posto ou centro de saúde. Este dado deixa claro que o maior responsável pela implantação e desenvolvimento da Atenção Básica no país é o poder público. A partir de 1980 a rede de estabelecimentos de saúde públicos sem internação aumentou bastante. Em 1980 eram 8.828, chegando a 19.649 em 1988 e 35.086 em 2002. Porém, ainda é necessário consolidar estes avanços e unificar a Rede de Atenção à Saúde, com base na referência e contra-referência da Atenção Básica, para assim viabilizar um sistema de saúde em sua complexidade como o SUS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

3. Justificativa

Os anos 60 foram marcados pela disseminação da ideia da medicina preventiva e das práticas de Atenção Primária no mundo todo. Nos anos 70, iniciou-se a institucionalização de programas que seguiam essa linha de pensamento no Brasil, mais precisamente no nordeste brasileiro. A partir da Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, a APS foi considerada a principal estratégia para a consecução da meta estabelecida de Saúde para Todos no Ano 2000 (IBAÑEZ et. al., 2006).

Além dos indicadores de saúde, a AB torna o sistema de saúde mais viável em termos econômicos, visto os gastos crescentes em saúde. Prevenir os problemas de saúde e tratá-los de forma mais efetiva, reduzindo as internações e intervenções de média e alta complexidade, ao mesmo tempo que melhoram os indicadores, barateiam os custos da assistência (IBAÑEZ et. al., 2006).

Segundo Macinko, Dourado e Guanais (2011 p. 2), “as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas e diabetes – matam três em cada cinco pessoas no mundo”. O Brasil segue a tendência mundial e vem passando por transformações epidemiológicas quem tem alterado os indicadores de morbimortalidade no país. Segundo Harzheim (Org.) (2013), a tripla carga de doenças – doenças agudas, doenças crônicas e causas externas – são fortemente aliadas à vulnerabilidade social e ao envelhecimento populacional, que tem se apresentado como um desafio para o Sistema Único de Saúde.

Os custos com o tratamento das doenças crônicas é alto e crescente. Isso se deve a essas doenças necessitarem de tratamento contínuo e, muitas vezes, por toda a vida. Apesar disso, a maioria das mortes causadas pelas DCNT poderiam ser evitadas. A Atenção Básica tem a capacidade de prevenir as DCNT através da prevenção dos fatores de risco associados a elas. Para que a AB possa contribuir para o controle das doenças crônicas, seria necessário melhorar o acesso e monitoramento, aumentar a capacidade da equipe e reforçar as Redes de Atenção à Saúde (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011).

É possível verificar a diminuição dos custos da assistência à saúde em virtude do fortalecimento da AB a partir da análise das internações por condições sensíveis à Atenção Básica. Rehem (2011), em pesquisa, mostra que em São Paulo, apesar da recente expansão da cobertura da ESF, a redução das internações por condições sensíveis à AB tem sido tímida. Segundo ela, isso pode ser devido ao não alcance da qualidade necessária ou à expansão de forma irregular no território, embora o estudo não faça relações de causalidade. Ao mesmo tempo, tem-se verificado uma diminuição no Estado nas internações por diabetes, que é uma dos males mais sensíveis à Atenção Básica, e outras doenças como infecção de ouvido, nariz e garganta, asma e doenças pulmonares, mesmo que haja dificuldades de organização.

A Atenção Básica deve ser porta de entrada do sistema e a ESF, como parte da AB, estratégia para a reorganização do Sistema Único de Saúde, de acordo com a PNAB 2012 (BRASIL, 2012a). A cobertura da ESF no Brasil tem aumentado substancialmente, de acordo com dados de Sousa (2014). Porém, a satisfação com o SUS não tem aumentado, além disso, verifica-se diversas queixas de dificuldades de acesso por parte dos usuários, de acordo com dados de Souza et. al. (2008).

4. Objetivos

4.1. Geral

Analisar a literatura científica publicada acerca do acesso à AB no Brasil existente na Lilacs e Scielo, além de normas, revistas e livros, publicados entre 2002 e 2014.

4.2. Específicos

Sistematizar os artigos, textos e normas utilizados na pesquisa;

Caracterizar as principais avanços e diferenças entre a PNAB de 2006 e de 2012;

Explicitar os avanços e desafios da Atenção Básica no Brasil;

Analisar o acesso à Atenção Básica no Distrito Federal;

Sugerir novos avanços ao sistema.

5. Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa feita a partir da seleção e análise crítica de artigos nacionais sobre a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Segundo Vosgerau e Romanowski (2014), a revisão de literatura tem dois propósitos: a construção de uma contextualização; e a análise das possibilidades presentes na literatura para o tema. São utilizadas principalmente fontes científicas. É possível, segundo eles, na revisão de literatura, compreender o movimento da área, sua configuração, propensões e a análise crítica de tendências, recorrências e lacunas.

A revisão narrativa é um tipo de revisão que deriva da revisão de literatura, sendo que na revisão narrativa são analisadas as produções bibliográficas sobre determinado assunto, evidenciando ideias e subtemas que são mais recorrentes. Por na maioria das vezes se tratar de um volume grande de referências, é necessário se estabelecer o campo e tema pesquisado, o período e a fonte dos dados. É possível, na revisão narrativa, não só identificar o estado do

conhecimento, mas também analisá-lo, categorizá-lo e revelar novos enfoques e/ou perspectivas (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Foi feita uma busca nos artigos disponíveis na base de dados das bibliotecas virtuais Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), contidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), buscando evidenciar o que é proposto neste trabalho.

Como método de busca na base de dados da Lilacs, foi utilizado a pesquisa avançada nas bases de dados individuais (iAH), utilizando como primeiro critério os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária de Saúde, Atenção Básica e Atenção Básica à Saúde. O segundo critério utilizado para pesquisa foi o tipo de publicação, selecionando os tipos: artigo clássico, artigo histórico e estudo de avaliação. O terceiro e último critério de busca foi o ano e país de publicação, selecionando-se o país Brasil e os anos de 2002 a 2014.

O operador booleano utilizado em todos os critérios de pesquisa na base de dados da Lilacs foi o “e”, apresentado no site como “*and*”, para que o resultado fosse o mais refinado possível e trouxesse apenas os artigos que apresentassem todos os critérios escolhidos. Para pesquisa na base de dados da Scielo, foi utilizada a pesquisa simples do site com método integrado e para localidade o Brasil, sendo feita a pesquisa de temas chave para agregar conteúdo ao trabalho.

O período utilizado para a inclusão dos textos visa obter um retrato atualizado do SUS de modo a comparar os últimos avanços a partir da mudança de foco do sistema para a reorganização para a Atenção Básica. Visando identificar os aspectos mais relevantes de cada publicação utilizada para a revisão, foi elaborado um tabela que contém o tipo de texto, autores, título, objetivos, método, resultados, resumo e ano de publicação.

O trabalho não possui financiamento, visto que se trata de uma revisão de literatura que utiliza como base de pesquisa publicações disponíveis em sites de acesso livre. O mesmo não será submetido ao comitê de ética em pesquisa, por se tratar de uma pesquisa que utiliza dados secundários.

6. Resultados

A busca na Lilacs apresentou 92 referências, sendo todas de artigos. É importante citar que as referências encontradas na Scielo, em sua grande maioria, foram encontradas na Lilacs e redirecionadas àquela. A partir da leitura dos resumos dessas referências, foram selecionados os textos que traziam temas relacionados à Atenção Básica. Foram elencados 10 assuntos, sendo que o critério de seleção foi a identificação, nos artigos que tratam do tema Atenção Básica, dos seguintes assuntos: 1 - reforma da APS; 2 - formação de profissionais; 3 - organização e estrutura; 4 - equidade na APS; 5 - acesso; 6 - reorganização da APS com a Estratégia Saúde da Família; 7 - desafios; 8 - avaliação; 9 - percepção dos usuários; e 10 - políticas do Ministério da Saúde para a APS. Após esse processo de seleção, restaram 12 artigos. A partir da leitura dos artigos selecionados, foram identificadas em suas referências 3 outras referências que tratavam do objeto de pesquisa e respeitavam os critérios de seleção. Estas referências foram acrescentadas ao corpo bibliográfico deste trabalho. Nota-se que foram considerados artigos todos os textos que possuíam os itens metodologia, objetivos e/ou resultados descritos. Os que não obedeciam a este critério foram considerados textos.

As referências adicionais buscadas na base de dados da Scielo, também respeitaram os mesmos critérios de seleção das referências encontradas na Lilacs. Neste processo, foram agregados mais 12 artigos, dentre os quais 5 foram utilizados para melhorar a compreensão sobre o tema e 7 para fornecer outros pontos de vista. Totalizou-se 25 artigos para o alcance dos objetivos propostos, além de 1 tese de doutorado e 1 monografia. As normas utilizadas são as normas da AB e foram consultadas em sites oficiais.

O fluxograma a seguir explicita o percurso para a composição do corpo bibliográfico dos artigos utilizados na revisão.

Figura 2 – Fluxograma de busca dos artigos utilizados na revisão

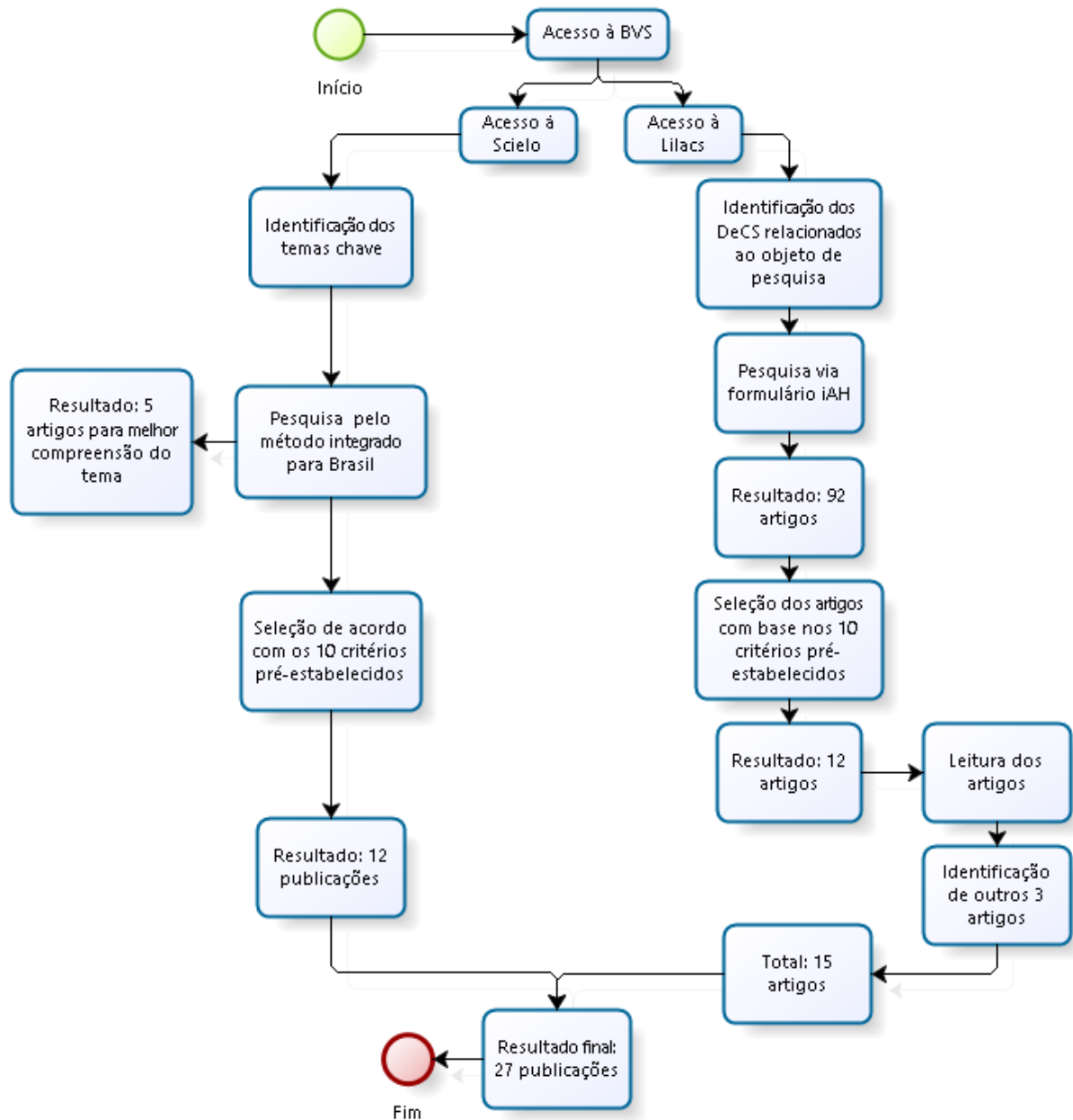


Figura de elaboração própria.

Além dos artigos utilizados, foram utilizadas ainda referências básicas de indicação da professora orientadora, que foram: Giovanella. e Mendonça, (2008); e Starfield (2002). Além dessas referências, foi incluída ainda a Declaração Internacional de Alma-Ata (1978) como referência básica.

Foram utilizadas ainda, para complementação da discussão, outras referências de textos e publicações relacionados ao tema, dentre periódicos, revistas, livros, pesquisas,

publicações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), publicações e portarias do Ministério da Saúde (MS), legislação vigente e outros.

A seguir é apresentada a tabela com a sistematização dos artigos, textos e revistas utilizadas na revisão contendo o tipo de publicação, autor, título, objetivos, metodologia, resultados, resumo e ano de publicação. A tabela visa uma rápida visualização de todo o conteúdo agregado no trabalho.

Tabela 2 – Tabela com a sistematização dos artigos, textos e revistas utilizados na revisão

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Texto	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE	Declaração de Alma-Ata	Consolidar o resultado das discussões ocorridas na conferência.	Não se aplica.	Não se aplica.	Expressa a ação urgente dos governos e dos trabalhadores da saúde para a defesa da saúde de todos os povos. Enfatiza um conceito ampliado de saúde, destacando ainda a chocante desigualdade no mundo, principalmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. É preciso desenvolver de modo sustentável e cuidando da saúde dos povos. Defende ainda a meta de saúde para todos no ano 2000.	1978
Texto	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Carta de Ottawa	Consolidar o resultado das discussões ocorridas na conferência.	Não se aplica.	Não se aplica.	Feita em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, a conferência, baseada nos progressos alcançados desde Alma-Ata, trouxe a Promoção da Saúde e a intersectorialidade, defendendo a saúde como um recurso para a vida. Defendeu a criação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, a ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais.	1986
Texto	SOUZA, R.	O sistema público de saúde brasileiro	Descrever a construção do sistema público de saúde brasileiro, enfocando o processo de descentralização de recursos e responsabilidades do nível federal para os níveis subnacionais de governo.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Apresentam-se informações geográficas e sociais sobre o Brasil, visando situar o modelo de sistema de saúde brasileiro no contexto de um país com disparidades regionais marcantes. Em seguida, descreve-se o modelo federativo brasileiro e suas peculiaridades, assim como o histórico do SUS e seu processo de descentralização	2002
Texto	STARFIELD, B.	Atenção Primária e Saúde. IN: Atenção Primária: Equilíbrio	Definir APS, determinantes de saúde e doença, apresentar o contexto histórico da APS, apresentar benefícios da APS,	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Saúde com o objetivo de diminuir desigualdades, valores dos sistemas de saúde: dignidade, equidade, solidariedade e ética, foco e responsabilidade na pessoa, modelo hegemônico com ênfase na doença e na subespecialização, determinantes sociais de saúde, países com APS possuem melhores níveis de saúde, melhores	2002

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
		entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.	comparar países com APS e sem APS.			níveis de satisfação do usuário e custos mais baixos.	
Artigo	CONASS.	Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária. Um diagnóstico preliminar.	Verificar quais são as dificuldades das SES em acompanhar seus municípios e para saber como esse acompanhamento é feito.	O instrumento utilizado para esse diagnóstico foi desenvolvido a partir da experiência dos pesquisadores canadenses e brasileiros, de informações de técnicos do Conass que apontavam dificuldades das SES. Trata-se de um questionário semi-estruturado, distribuído durante a Oficina de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Conass, em 2004, para as SES. Universo da pesquisa é de 24 unidades federadas.	Apresentação do papel da SES na APS, infraestrutura de pessoal para monitoramento e avaliação, infraestrutura de materiais para avaliação e monitoramento, os problemas identificados em cada caso, quais as SES que fazem a avaliação da APS, mais dois textos que explicam a relação da SES com a APS.	Questionário aplicado nas SES para saber sobre as equipes que acompanham os municípios em cada estado. Equipes formadas sem critério, sem treinamento, dificuldades com equipamentos e espaços, método do Pacto da Atenção Básica, falta de respeito à hierarquia, tamanho da equipe. Outros textos	2004
Texto	CAMPOS, C.	A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil	Analisar a trajetória dos serviços de APS com base nos princípios organizativos e assistenciais e descrever as principais tendências da APS no SUS	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	A trajetória de 90 anos da AB no país passou por momentos de crescimento e momentos de estagnação. O sistema de financiamento dos recursos oriundos do PAB induziram a uma reorganização da forma de atenção. A distribuição de recursos através da implantação de programas prioritários contribuiu para amadurecer municipalmente o país.	2005

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Artigo	ROSA, W.; LABATE, R.	Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência	Refletir sobre as potencialidades e contradições do ESF no processo de mudança do modelo assistencial.	Metodologia descritiva reflexiva, embasada em literatura pertinente sobre o assunto, para uma revisão histórica das políticas de atenção à saúde no Brasil, a ESF e o processo de mudança do modelo assistencial.	É apresentado um histórico da atenção à saúde no Brasil, mostrando que a maioria das ações promovidas pelo governo eram de alcance coletivo. A partir do início da ESF, iniciou-se o processo de mudança do modelo assistencial, baseado no sucesso do PACS. A ESF tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS.	A ESF surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. Partindo desses pressupostos, o artigo busca refletir sobre as potencialidades e contradições da ESF no processo de mudança do modelo assistencial. A análise possibilitou perceber o trabalho em equipe e com a família como um progresso da ESF, entretanto, se faz necessário ter um olhar mais amplo para a formação dos profissionais para a proposta e, também, na implantação das equipes.	2005
Normas	BRASIL	Política Nacional de Atenção Básica – Pactos pela Saúde	Expressar o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil.	Não se aplica.	Não se aplica.	Ver tabela de comparação entre as PNAB de 2006 e 2012.	2006
Artigo	GIL, C.	Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro	Evidenciar como vem se dando este debate no âmbito da reforma sanitária e desenvolvimento do SUS, por meio da análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde e revisão de literatura.	Análise de documentos oficiais do MS, no período de 1990 a 2005, nos quais se procurou evidenciar como esse órgão tem apresentado tais concepções e se as mesmas têm sido orientadoras das propostas de desenvolvimento das ações básicas de saúde no âmbito do SUS.	Na NOB-93 e nas Leis Orgânicas não há indicativos sobre modelos de atenção à saúde e não foram encontradas referências sobre ações específicas que deveriam estar asseguradas pelo SUS nos diferentes níveis de complexidade. Explicitamente citadas estão apenas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição e saneamento básico.	As interpretações de APS variam de: (1) APS como estratégia de reordenamento do setor saúde; (2) APS como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e (3) APS como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade. A ESF, embora tenha crescido sobremaneira no país, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. É fundamental potencializar os debates acerca das fragilidades dessa estratégia.	2006
Artigo	IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.; CASTRO, P.; RIBEIRO, M.; FORSTER, A.; NOVAES, M.; VIANA, A.	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Apresentar os resultados da avaliação de desempenho da atenção nos serviços de Atenção Básica.	Foi selecionada uma amostra de municípios do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes e agrupados em clusters, totalizando 62, nos quais a ESF assume	Em relação aos usuários, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, sendo possível constatar o papel feminino nuclear no cuidado da família. Não houve diferença significativa nos resultados de cada cluster. Em relação aos profissionais, os profissionais da	A avaliação feita por usuários e acompanhantes aponta o índice geral de 50%, o que qualifica como pouco satisfatória. Quanto à análise por dimensões há maior nível de satisfação nos clusters com indicadores sociais mais favoráveis em todas as dimensões estudadas, com exceção de elenco de serviços e orientação comunitária. Nos municípios com indicadores sociais menos	2006

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
				características diferenciadas. O município de São Paulo foi analisado à parte.	ESF avaliavam o desempenho do seu trabalho melhor em relação às UBS tradicionais. O mesmo aconteceu nas dimensões de acessibilidade e vínculo. Observa-se que a satisfação dos usuários pouco varia entre as unidades.	favoráveis é possível evidenciar que as dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária foram mais bem avaliadas pelos profissionais do ESF.	
Texto	BRASIL	O Papel da Atenção Primária na Construção do SUS. IN: Atenção Primária e Promoção da Saúde.	Apresentar o papel da APS na construção do SUS, a importância da APS na assistência à saúde, a evolução do termo APS, a visão do Conass sobre a APS e a ESF, promoção da saúde e desafios da ESF.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Países com sistemas de saúde universais se cria um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, a superespecialização e ao abuso de tecnologias. Estudos apresentam a efetividade da ESF junto à AB, sinais de esgotamento do modelo médico atual, Política Nacional de Promoção da Saúde, estratégia prioritária: ESF. Atenção primária além de centros, caracteriza-se por justiça social, equidade, auto-responsabilidade, solidariedade e um conceito amplo de saúde. ESF como gerador de equidade, aumentando o IDH de municípios com o índice mais baixo. Desafios principais: valorização da APS política e socialmente, recursos humanos e financiamento.	2007
Texto	OPAS	Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas	Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) que visa ser referência aos países que buscam fortalecer seus sistemas de atenção em saúde.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Motivada pelo aniversário da Declaração de Alma-Ata, reavalia os valores e os princípios que inspiraram a declaração revendo seu legado nas Américas. A estratégia resultante, apresentada neste documento, fornece uma visão e um sentido renovados de propósito para o desenvolvimento de sistemas de saúde: o Sistema de Saúde com Base na APS, delineando os passos para alcançar essa visão ambiciosa.	2007
Artigo	CONILL, E.	Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de	Ilustrar a trajetória da atenção primária através da descrição dos casos das reformas na Província de Québec, Canadá, e do NHS da Inglaterra, a trajetória no Brasil e a apresentação de uma	Enfocar a trajetória da atenção primária enquanto política de reforma setorial, reunindo observações de estudos complementados com trabalhos mais recentes	Reformas sanitárias e atenção primária de saúde: idas e vindas de um discurso, sobre as origens e implantação da Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família na reforma brasileira, nem cavalo de Tróia nem travessia messiânica para o SUS: considerações finais acerca da Estratégia Saúde da	O trabalho foca a experiência com a Atenção Primária para a reorganização do sistema de saúde. Houve uma mudança do discurso da saúde com ênfase na integração dos serviços. Apesar das dificuldades de acesso, infraestrutura, formação profissional e organização do trabalho, as unidades de Atenção Primária à Saúde têm sido mais efetivas que as unidades de saúde tradicionais. Além disso, outras dificuldades como a falta de	2008

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
		serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil	síntese das pesquisas realizadas a partir da implantação dessa estratégia.	feitos para o caso brasileiro.	Família enquanto política de reforma da AB.	financiamento, a persistente segmentação do sistema e a falta de integração com os outros níveis de atenção ainda ocorrem.	
Texto	GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.	Atenção Primária à Saúde.	Definir APS, conceitos, atribuições e principais atributos.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Definições básicas da APS e histórico no Brasil, Alma-Ata, PACS, início do ESF, introdução ao PNAB. Atributos: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.	2008
Artigo	JR, K.; CAMPOS, E.; BUSTAMANT E-TEIXEIRA, M.; MASCARENHAS, M.; MAUAD, N.; FRANCO, T.; RIBEIRO, L.; ALVES, M.	Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade	Apresentar parte dos dados de uma avaliação da AB, implementada como parte de uma pesquisa com financiamento do Ministério da Saúde durante o ano de 2005. Trata-se de uma análise de implantação das intervenções, conforme a classificação proposta por Contandriopoulos.	Foram utilizadas várias técnicas aplicadas em duas fases: estudo de caso em quatro municípios e estudo de caso em um grupo maior de municípios. Os dados são provenientes de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e análise de documentos.	Dividido em dimensões: Cuidado integral e organização - A síntese da análise expressa a política de governo, isto é, o comportamento das categorias na rede básica foram avaliadas considerando sua expressão enquanto política e diretriz de construção do ESF e da Rede Básica nas respectivas dimensões analisadas. O Proesf é indutor de política para a Atenção Básica? Capacidade instalada, controle social, existe trabalho em equipe? Acolhimento, intersectorialidade.	O acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, podendo ser divididos nas dimensões: postura, atitude; técnica, instrumentalização e; reorientação de serviços norteador. A dimensão político-institucional é dividida em: projeto de governo; capacidade de governo e; governabilidade. Em relação ao projeto de governo, a Proesf não tem sido indutora de políticas na maioria dos municípios. Em relação à capacidade de governo, o Proesf teve um papel importante na consolidação, implantação e/ou expansão da ESF e de alguns serviços básicos nos municípios. Em relação à governabilidade, foi encontrado um quadro favorável, havendo aprendizagem institucional.	2008
Texto	OMS	Relatório mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde – agora mais do que	Identificar os caminhos mais importantes para os sistemas de saúde e apresentar os avanços mundiais em relação à APS com a perspectiva do avanço.	Revisão de conceitos. Exposição de dados e indicadores.	Não se aplica.	Apresenta a visão global da APS e os desafios contemporâneos, visto as mudanças globais; a APS como direito de todos, com o papel centrado na equidade e buscando a universalidade; a busca pela efetividade do governo e das políticas públicas e a priorização do ser humano e; a busca pela adaptação aos contextos locais, tanto econômicos, quanto sociais e as dificuldades quanto	2008

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
		nunca				ao custo crescente.	
Artigo	ROCHA, P.; UCHOA, A.; ROCHA, N.; SOUZA, E.; ROCHA, M.; PINHEIRO, T.	Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios	Apresentar o desenho metodológico do estudo da implantação do Proesf, discutir seus principais resultados e compartilhar as lições aprendidas.	Adotou-se a perspectiva de avaliação por triangulação de métodos. Significou integrar a análise das estruturas, processos, percepções de diferentes atores e resultados na reorganização da AB, com vistas à ampliação e consolidação do ESF. A pesquisa trabalhou as dimensões: político-institucional, organização da atenção e cuidado integral com outras sub-dimensões. Foram feitas entrevista semi-estruturadas com gestores (secretário de saúde e coordenadores da AB ou do ESF); entrevistas estruturadas (usuários e profissionais das equipes de saúde da família) e análise documental. Foram incluídos todos os gestores municipais e coordenadores de AB/ESF (total de 42 entrevistas).	Dividido em: dimensões político-institucional – a intenção de ampliar e consolidar a ESF para reorganização da AB, governabilidade. Organização da atenção – mecanismos de participação social, instrumentos de planejamento e programação, independência financeira, assistência farmacêutica e estrutura das unidades. Cuidado integral – relação paciente/profissional como algo positivo, reconhecimento da porta de entrada e territorialização, filas, grande demanda, falta de atitude dos profissionais, acolhimento em roda de conversa, grupos prioritários gerando exclusão, dois turnos dificultam o acesso.	A substituição do modelo tradicional pela ESF implica custos e um conjunto de mudanças. As mudanças incluem as dimensões gerencial, político-institucional e organizativa, devendo haver uma sinergia entre elas. O cuidado é tido como uma tecnologia de saúde complexa, presente em todos os níveis do sistema. Existe a vontade municipal em expandir a cobertura pela ESF, o que foi extremamente reforçado pela questão do financiamento do Ministério da Saúde. Porém há pouca priorização por parte dos municípios na Atenção Básica. Nos municípios pesquisados foram observadas dificuldades em acesso a consultas especializadas, exames e outros. As UFS tem avançado no reconhecimento da população, principalmente em relação ao trabalho dos ACS. É necessário avançar na melhoria do atendimento às populações de grandes centros urbanos, direcionando a organização da AB na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde.	2008

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Artigo	SOUZA, E.; VILAR, R.; ROCHA, N.; UCHOA, A.; ROCHA, P.	Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: Uma Análise da Percepção dos Usuários e Profissionais de Saúde	Relatar o resultado final da pesquisa de Estudo do cuidado integral, destacando o acesso e o acolhimento	Parte dos Estudos de Linha de Base (expansão e consolidação da ESF) realizado em três capitais do nordeste em 6 unidades consideradas as melhores, sendo 3 convencionais e 3 de ESF. Utilizada dinâmica de grupo (profissionais e usuários) e tudo foi gravado e transcrito. Aprovado por comitê de ética.	Falhas dos usuários: UBS – filas, marcação não funciona, distância no primeiro contato; USF – acesso a exames, demora para atendimento na unidade, falta de medicamentos, acesso a consultas especializadas, forma de agendamento, organização das filas, acolhimento; USF ampliada – sistema ruim, falta de medicamentos, ter de passar pelo enfermeiro, má educação de alguns.	ESF na busca da mudança do modelo assistencial, inclusão de novos cenários sociais, além da medicina científica, no âmbito da saúde, pesquisa sobre acesso (acesso, consultas, dificuldades e impressões) e acolhimento (dificuldades e impressões, humanização, atendimento e recepção).	2008
Texto	CONASS	SUS 20 anos	Registrar os significativos avanços dos 20 anos do SUS e refletir sobre o futuro do sistema.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Após a luta política para sua implantação, o SUS tem sido capaz de consolidar um sistema público de saúde, porém diversos desafios ainda persistem: gestão e gerência; financiamento; planejamento; educação permanente; participação social; incorporação de tecnologias; RAS; e outras.	2009
Artigo	GÖTTEMS, L.; EVANGELIST A, M.; PIRES, M.; SILVA, A.; SILVA, P.	Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo o histórico	Analisar a trajetória das políticas de saúde a partir da identificação espaço-temporal da APS no Distrito Federal e identificar as tendências predominantes nas diferentes gestões do sistema de saúde local, considerando os marcos teóricos do neo-institucionalismo e da dependência de trajetória	Pesquisa teórico documental integrante de projeto de tese de doutorado com enfoque qualitativo, orientada para a reconstrução de teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes. A revisão utiliza textos das bibliotecas virtuais com o uso das palavras-chave políticas públicas, neo-institucionalismo, <i>path dependence</i> , política de saúde, e expressões-	Criada em 1960, Brasília tinha planos de ter uma estrutura de saúde moderna, porém, até hoje perduram os modelos de Bandeira de Mello (1960) e de Jofran Frejat (1979). Ao final de 1970, cerca de 70% dos atendimentos ocorriam em prontos-socorros. A partir de 1979 iniciou-se um modelo inspirado em Alma-Ata. Desde então, o DF não contou com uma real expansão em sua rede básica de saúde.	A retrospectiva dos 47 anos de gestão da saúde no Distrito Federal mostra investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais. As iniciativas para a expansão da AB foram diversas vezes descontinuadas e desarticuladas. Os Planos Bandeira de Mello e Jofran Frejat responderam pelas principais diretrizes para organização de ações e serviços de saúde no DF, destacando-se como marcos que ainda vêm norteando a política de saúde e percorrendo uma trajetória que afetou o conjunto de opções de políticas públicas posteriores. Porém, ainda observa-se a manutenção das metas de construção de hospitais.	2009

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
				chave atenção básica e/ou atenção primária à saúde. Utilizado ainda o acervo das bibliotecas da SES-DF			
Artigo	MELLO, G.; FONTANELLA, B.; DEMARZO, M.	Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais	Descrever e discutir as origens históricas e diferenças conceituais sobre as expressões relacionadas à AB, conforme aparecem na literatura, com o intuito de contribuir para o debate e o entendimento das propostas para essa área no Brasil.	Levantamento de bibliografia já publicada sobre o tema e sua análise contextual. Para a coleta de informações, foi utilizada a técnica da leitura informativa, abrangendo suas quatro fases: reconhecimento ou pré-leitura, seletiva, crítica ou reflexiva, e a interpretativa.	A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos. O conceito de APS é cada vez mais expansivo e confuso.	Não é possível distinguir AB, AP, APS e suas variantes. No Brasil, a acentuada desigualdade social, como não poderia deixar de ser, estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a AB do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Isso torna-se um problema quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos.	2009
Artigo	VILLELA, W.; ARAÚJO, E.; RIBEIRO, S.; CUGINOTTI, A.; HAYANA, E.; BRITO, F.; RAMOS, L.	Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil	Realizado um estudo de caso incluindo as cinco unidades que compõem a rede de atenção básica do distrito de saúde da Vila Mariana, na cidade de São Paulo, visando mapear as concepções dos profissionais a respeito do seu trabalho neste nível de atenção à saúde.	Coleta de dados através de um roteiro de entrevistas para os gerentes, um roteiro de entrevistas para os profissionais e um para grupos focais com as equipes de ESF, no período de dezembro de 2006 a junho de 2007. Foram realizadas 44 entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas	Para os gerentes, a ideia de integralidade se confunde com a ideia do cuidado, sendo que há unanimidade nas dificuldades de concretização desta integralidade. A maioria da demanda das unidades é de mulheres com mais de 40 anos com queixas como hipertensão, alteração psicológica, estresse. Paradoxalmente, a oferta das unidades é voltada ao atendimento ginecológico e ao pré-natal, sendo que a violência contra a mulher não é reconhecida como um objeto de trabalho.	O método de pesquisa foi adequado aos propósitos do trabalho. Chamou a atenção a semelhança das dificuldades enfrentadas pelos profissionais das UBS tradicionais e das unidades de ESF. A adequação da oferta às necessidades da população é um desafio. Seriam necessários modelos mais flexíveis de organização dos serviços que permitissem a vinculação ao serviço tendo em conta as particularidades. A universalização da atenção à saúde que orienta o SUS deve enfrentar o desafio de ofertar ações de saúde a uma população heterogênea e marcada pela desigualdade social, buscando, ademais, contribuir para que os sujeitos se sintam mais potentes para gerir suas vidas.	2009
Artigo	BORGES, C.; BAPTISTA, T.	A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de	Problematizar o discurso do gestor nacional quanto à ABS, desde os anos 1990. Questões norte: Quais os significados de prioridade atribuídos à	A revisão não se pretendeu exhaustiva, mas suficiente diante da metodologia de análise do discurso proposta por Foucault. Nesse sentido,	Trata-se de uma análise do discurso gestor atual. Parte do discurso relacionado à política de AB Agenda governamental, prioridade política e institucionalidade, utilizados para identificação dos rumos e estratégias	Ao ser implementada no nível municipal, a política de atenção básica tem efeitos de difícil avaliação por causa da diversidade de contextos locais. Não é a simples continuidade no tempo que transforma uma política em institucional. Determinado conjunto de ações pode constar em um programa de governo por anos, em	2010

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
		prioridades	ABS desde a entrada desta política na agenda governamental? Tomada como política prioritária de governo, foi possível à ABS construir maior institucionalidade e obter mais recursos de poder? O que a trajetória de implementação do Programa de Saúde da Família e os resultados obtidos com sua expansão trazem de lições para a análise dos rumos da política?	partiu-se de uma revisão dos principais documentos oficiais que tratam da política de atenção básica no Brasil e de uma revisão da literatura acadêmica que produziu análises sobre a implementação da política, em especial os resultados dos estudos de avaliação realizados no âmbito das pesquisas de Linhas de Base incentivadas pelo Programa de Expansão da ESF.	adotadas pelos governos no desenvolvimento de ações e definição de políticas públicas. O discurso da prioridade na AB, discursos de avaliação da AB, para que servem os enunciados de prioridade e de institucionalidade de uma política.	distintas gestões, mas nem por isso mobiliza a gestão, planejamento, participação social, recursos humanos e financeiros e outros. A institucionalidade é dada pela mobilização de esforços de continuidade sempre acompanhado de avaliações e reiterações e retificações de processo. A AB foi afirmada nos últimos anos como prioridade. O fato de a AB ser executada e gerida por municípios e estados, mas com sustentação financeira do governo federal, pode ser um meio de desmonte dessa política caso uma futura gestão ministerial recue da ESF.	
Artigo	CASTRO, A.; MACHADO, C.	A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal	Analisar a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2008, com foco nas regulação e financiamento da APS	Realização de revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de sete entrevistas semi-estruturadas com atores-chave da política, escolhidos segundo os critérios de cargo ocupado e tempo de atuação na política de APS.	Foi possível identificar elementos tanto de continuidade quanto de mudança na condução federal sobre a política de AB. O processo de descentralização está sendo concretizado, principalmente quando se observa que são poucos os hospitais ainda sobre administração federal. Em síntese, ainda que em uma nova conjuntura, o poder de regulação do Ministério da Saúde permaneceu sendo exercido usando-se a edição de centenas de portarias federais.	O conteúdo da produção normativa relativa à atenção primária à saúde expressou a valorização desta política e da estratégia de saúde da família em todo o período estudado, principalmente a partir de 2006. Observa-se o aumento do financiamento da Atenção básica, refletindo o esforço federal neste programa que é prioritário. Porém, permanece o financiamento federal fragmentado, voltado para a indução de programas específicos, delimitando assim a decisão dos gestores locais sobre a utilização destes recursos. Permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, a fim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no país.	2010
Artigo	JUNIOR, N.; JESUS, C.; CREVELIM, M.	A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em	Descrever a experiência na implantação da ESF para atenção à saúde da população em situação de rua na cidade de São Paulo, apresentando a	Relato da experiência da implantação da ESF na cidade de São Paulo	O acesso é influenciado por fatores relacionados ao consumo e à oferta, podendo ser agrupado em: disponibilidade; acessibilidade e; aceitabilidade. Há uma grande concentração de moradores de rua me	Frente ao quadro dos moradores de rua das grandes cidades, são necessários novas abordagens e novos processos de trabalho na atenção à saúde dessa população, os quais introduzam em suas formulações a equidade no acesso aos serviços de saúde. O trabalho intersetorial é fundamental no enfrentamento dos	2010

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
		situação de rua em grandes centros urbanos	exposição de determinada política pública e também uma contribuição para o debate sobre a organização da equidade no acesso às ações de saúde no SUS.		grandes centros urbanos e uma dificuldade de acesso dessa população à serviços de saúde. O projeto a gente na rua é resultado de várias articulações e operacionalizado pelo PACS e pode ser considerado uma experiência singular, transformadora de valores e concepções.	determinantes do processo saúde-doença.	
Artigo	MANDÚ, E.; FREITAS, M.	Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família: Análise de Políticas de Saúde Brasileiras.	Analisar as políticas atuais do Ministério da Saúde com implicações para a ESF destacando proposições relativas à promoção da saúde. Interpretação crítica das políticas governamentais nacionais	Pesquisa documental qualitativa a partir das políticas disponíveis no site. Análise do PNAB (2006), Pacto pela saúde (2006), PNPS e documento ESF uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de 1997. Técnica: Análise temática.	Acesso a medidas e bens vinculados à qualidade de vida (promoção da saúde, intersetorialidade, universalidade, integralidade); Acesso à autonomia e participação na defesa de políticas e ações de promoção da saúde (participação e controle social, educação em saúde).	Relação entre ESF e promoção da saúde, pesquisa entre 2007 e 2008 de análise de documentos da política nacional de saúde e todas as políticas do MS de 1994 a 2007 voltadas à ESF, acesso a medidas e bens vinculados (conformação na atenção básica) e autonomia e participação na defesa de políticas e ações com a ESF.	2010
Artigo	MOURA, B.; CUNHA, R.; FONSECA, A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.; VILASBÔAS, A.; XAVIER, A.; COSTA, A.	Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde	Avaliar a estrutura das unidades de saúde da atenção primária de dois municípios, comparando as Unidades de Saúde da Família e as Unidades de Saúde Convencionais.	Estudo transversal, quantitativo que utilizou entrevistas estruturadas e observação da rotina de trabalho das equipes como técnica de coleta de dados. Foram avaliados três componentes: ambiente físico, recurso material e pessoal.	Os achados evidenciaram deficiências estruturais nos três componentes, mais, onde os itens avaliados foram observados em menos de 70,0% das USF. Nos municípios, menos de 50% das unidades possuíam equipamentos básicos. No município A, todas ESF contavam com médicos e enfermeiros e, no município B, 27,3% das ESF estavam sem médico. Ressaltam-se as deficiências que comprometem a biossegurança dos procedimentos e a ausência de estruturas que favorecem o desenvolvimento de intervenções coletivas, necessárias à mudança do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde.	O estudo evidenciou deficiências em todos os recursos avaliados (ambiente físico, recursos materiais e pessoal) em todos os municípios pesquisados e em todos os tipos de Unidades Básicas de Saúde. Verificou-se a falta de cumprimento das normas de biossegurança como a descontaminação de materiais em local apropriado, a falta de adaptação das unidades para o acesso de idosos e deficientes – fato recorrente em várias partes do país – a falta de salas de reunião para um planejamento adequado das ações, a utilização de mobília características domiciliares. Além disso, a alta rotatividade dos profissionais compromete os laços de vínculo e coresponsabilidade, diminuindo a eficácia das ações de saúde. É necessário valorizar mais a estrutura e avaliar seu impacto na qualidade do atendimento à população.	2010

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Texto	PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C.; FALLEIROS, I.	Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra	Não descrito no documento.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Após a guerra, buscou-se uma nova aplicação aos conhecimentos científicos. Na saúde, novidades sugeriam o fim do sofrimento físico das populações. Foram diversos avanços na medicina com o auxílio da química e outras áreas do conhecimento. O aumento do uso das tecnologias tornou o conhecimento, ensino e a prática médica cada vez mais especializados.	2010
Texto	PONTE, C. (Org.); FALLEIROS, I. (Org.)	Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história	Traz o contexto histórico de gestação do SUS, como objetivo da reforma sanitária brasileira e parte do movimento de reconquista da vida democrática, e apresenta os desafios hoje interpostos à sua sustentabilidade como conquista de um direito.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	O século XX tem trazido a produção de um vasto conhecimento sobre saúde. A noção de que a formação dos profissionais de saúde deve permitir aliar o domínio da técnica com a capacidade de agir politicamente na defesa do patrimônio público e da cidadania vem conquistando adeptos e motivado reflexões. A força de trabalho do setor compõe-se de uma grande diversidade de profissões. Apesar dos esforços realizados nas últimas décadas, as especificidades desse conjunto de trabalhadores ainda estão por merecer um número maior de estudos.	2010
Artigo	SILVA, N.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L.	Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM	Estudar as características de implantação e operacionalização do ESF em Manaus e analisar seus avanços e limites, além do potencial de contribuição para substituir práticas convencionais de assistência à saúde na AB na cidade.	Análise de parte dos dados coletados em duas pesquisas vinculadas ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Na primeira, buscou-se avaliar o processo de implantação do ESF em Manaus e na segunda, os dados foram coletados mediante entrevistas com o secretário municipal de saúde, com o coordenador municipal da ESF, com gerentes de programas de saúde e conselheiros de saúde. Aplicou-se	O ESF em Manaus iniciou-se a partir da iniciativa do prefeito o que acabou vinculando um ao outro, o que trouxe desvantagens. Segundo a pesquisa, os profissionais do ESF atuavam de modo individualizado, apenas mantendo a rotina nos serviços. Ainda segundo a pesquisa, a participação da coordenação do ESF era baixa. Quatro anos depois a coordenação foi dada como ausente. A transição de AB para APS em Manaus não foi prevista. Não se converteram UBS em USF até 2006. Isto apenas evidenciou paralelismo e disputa entre as UBS e o ESF. A cidade, ao chegar em 50% de cobertura, começou a diminuir-la.	O estudo faz a análise dos 7 anos de implantação da ESF em Manaus avaliando as mudanças decorrentes no sistema de saúde municipais. Na implantação, as equipes eram vinculadas diretamente ao gabinete do prefeito, havendo uma gestão paralela por parte da secretaria municipal de saúde. Na época da implantação, as equipes tinham como objetivo aumentar a cobertura por meio de ações básicas restritas. Posteriormente, foi incluída a missão de reorientar o modelo assistencial. As ações então acabavam sendo incipientes e de baixa qualidade técnica. Porém, um aspecto marcante é que desde a implantação da ESF no município até o final da pesquisa, observou-se que as demandas prioritárias e o perfil epidemiológico da população atendida eram desconhecidos pelas equipes.	2010

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
				questionário fechado estruturado em cinco tópicos: inserção e capacitação no ESF, trabalho em equipe, integração do ESF à rede de serviços de saúde, vínculos com a comunidade e avaliação livre dos pontos positivos e negativos do ESF.			
Texto	ALMEIDA-FILHO, N.	Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. In: THE LANCET – Saúde no Brasil	Não se aplica.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Até meados do século XX, não existia sistema de saúde no Brasil. Pacientes ricos eram tratados em instituições privadas, pagando diretamente suas despesas e os trabalhadores tinham acesso a clínicas e hospitais dos sindicatos. No Brasil, a força de trabalho na saúde compreende 1,5 milhão de profissionais da saúde registrados em conselhos profissionais. O acesso à formação destes profissionais atualmente é praticamente restrito à elite, tornando a própria formação mais suscetível a uma visão individualista. Em 2008 foi lançado o REUNI que pretende duplicar o tamanho da rede de universidades federais, permitindo a implementação de cursos de graduação interdisciplinares compatíveis com o SUS.	
Artigo	CLARES, J.; SILVA, L.; DOURADO, H.; LIMA, L.	Regulação do Acesso ao Cuidado na Atenção Primária: Percepção dos Usuários	Entender a percepção de satisfação do usuário dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade da assistência, almejando a satisfação do usuário. Analisar os fatores que facilitam e dificultam o processo regulatório e discutir as percepções dos usuários sobre a oferta e a resolutividade da	Estudo exploratório descritivo e qualitativo realizado em uma USF de Fortaleza. Participaram 25 sujeitos selecionados por conveniência. Foram realizados questionários semiestruturados que foram aplicados enquanto os pacientes aguardavam a consulta, sendo as entrevistas gravadas e	Marcação de consulta é simples e organizada atendendo as consultas e pronto atendimento de grupos específicos; a marcação de consulta é feita através de agendamento eletrônico e o paciente entra em uma fila, isso amplia o acesso. Demora para conseguir consulta com um especialista. Os usuários são satisfeitos com o atendimento, alguns reclamaram de falta de educação e não conseguir consultas de emergência. Boa	Avaliação como parte imprescindível para o fortalecimento do SUS. Acesso e boa relação com os profissionais como índice de satisfação dos usuários; principais fatores de qualidade na atenção primária: marcação de consulta, acesso, tempo de espera, nível de satisfação do usuário, vínculo e referência e contrarreferência; Funcionamento da Central de Marcação de Consultas. Queixas: demora para consulta com especialista.	2011

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
			regulação do acesso ao cuidado no contexto da atenção primária em saúde de Fortaleza.	analisadas por meio da técnica análise de conteúdo.	referência e contrarreferência.		
Texto	FIGUEREDO, E.	ESF e Nasf: diretrizes e fundamentos	Módulo da UnA-SUS para a formação na ESF de políticos-gestores.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	A APS é considerada um arranjo assistencial importante nos países que almejam um sistema com atenção de saúde qualificada. Impactos positivos da APS são evidentes. A ESF, como principal estratégia brasileira, visa a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas. O Nasf, tendo também os pressupostos da APS, procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado.	2011
Artigo	LAVRAS, C.	Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil	Fazer referência a documentos que historicamente vêm expressando o conceito de APS e contribuindo para a organização de sistemas de saúde no mundo. Analisar também o papel da APS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, que se organizam no SUS apontando iniciativas voltadas a seu aprimoramento.	Revisão bibliográfica.	No Brasil, o surgimento dos Centros de Saúde data de 1920. Desde então vemos várias tentativas de organizar a APS. No período de início do SUS, não foi verificado um modelo nacional para a APS. As iniciativas eram isoladas nos estados e municípios. Em 1994, com a avaliação positiva do PACS, foi proposto pelo MS o ESF, que logo se tornou ESF. Atualmente, o quadro epidemiológico brasileiro se mostra bastante complexo, representando este um dos desafios da APS atual. É necessário lutar contra a fragmentação do sistema que atualmente gera a descontinuidade assistencial.	Mesmo havendo relativo consenso na utilização do termo Atenção Primária em Saúde, existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado. O artigo faz referência a inúmeros documentos que historicamente vêm expressando esse conceito e contribuindo para sua organização nos sistemas de saúde de todo o mundo. Nessa perspectiva, foram considerados o Relatório Dawson, a Declaração de Alma-Ata e outros. Foi considerado ainda o desenvolvimento da APS desde o século XX até a atualidade, identificando os avanços e os grandes entraves que devem ser superados para o cumprimento da política nacional.	2011

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Texto	MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F.	Doenças crônicas, Atenção Primária e desempenho dos sistemas de saúde	Não descrito no documento.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	O aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis vem trazendo uma mudança no perfil de morbimortalidade e afetando todas as populações. São ações possíveis na APS a prevenção de diversas DCNT visando diminuir as hospitalizações evitáveis.	2011
Artigo	PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J.	O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: THE LANCET – Saúde no Brasil	Examinar a organização, o desenvolvimento histórico e o estado atual do sistema de saúde brasileiro e descrever seus desafios futuros.	Revisão de estudos publicados e análise de dados provenientes de fontes oficiais, para apresentar uma visão geral do sistema de saúde brasileiro.	O início do contexto brasileiro de saúde foi caracterizado pela contramão do resto do mundo. Com o movimento da reforma sanitária, em 1976, buscaram-se as reformas, sendo que o acesso à saúde melhorou substancialmente após a instituição do SUS. Historicamente tem se estimulado o setor privado no Brasil, sendo chamado pelo autor como subsistema.	O reconhecimento da saúde como direito, na Constituição Federal de 1988, só foi possível devido ao movimento de reforma e aconteceu em meio a um momento desfavorável economicamente. Houveram avanços, porém o SUS ainda luta pela cobertura universal e equitativa. Existe de fato uma competição desleal com o mercado privado, que cresce a cada dia e com ideologia oposta. Outro desafio são as transformações epidemiológicas e demográficas. Para seguir em frente, será necessário uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas.	2011
Artigo	REHEM, T.; EGRY, E.	Internações por condições sensíveis à APS no estado de São Paulo	Apresentar o panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária registradas no Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007, segundo os Departamentos Regionais de Saúde do Estado.	Estudo descritivo ecológico, considerando como unidade de análise uma população de uma área geográfica. Os dados foram levantados no SIH do SUS no período de 2000 a 2007.	O número de internações sofreu um aumento de 4% no estado. Enquanto isso, a frequência das internações sensíveis à atenção primária neste mesmo período diminuiu. Os resultados do presente trabalho apontam para uma melhoria no quadro de internações sensíveis à atenção primária sugerindo possível relação com a ampliação de cobertura da ESF no Estado de São Paulo.	Internações Sensíveis à Atenção Primária se constitui num novo indicador, utilizado em alguns países, para medir indiretamente o funcionamento e a capacidade de resolução da Atenção Primária. As internações sensíveis à atenção primária no Estado seguem uma tendência de redução sugerindo relação com a adoção da Estratégia de Saúde da Família. Observa-se redução nas internações por diabetes e chama atenção o aumento de internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto.	2011
Normas	BRASIL	Política Nacional de Atenção Básica	Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Não se aplica.	Não se aplica.	Ver tabela de comparação entre as PNAB de 2006 e 2012.	2012

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Artigo	LIMA, R.; JUNIOR, M.; MARTINS, J.; SANTOS, E.; BOURGET, M.	Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da ESF no estado de São Paulo	Avaliar o desempenho dos indicadores de saúde propostos no Pacto da Atenção Básica e Pacto pela Saúde 2010/2011 em cidades do Estado de São Paulo que apresentam cobertura igual ou superior a 90% da população na “Estratégia Saúde da Família” comparando-as às demais regiões do Estado.	Realizado um estudo ecológico longitudinal baseado na série histórica dos indicadores do Pacto pela Atenção Básica e do Pacto pela Saúde. Análise de tendência.	O primeiro indicador avaliado foi de mortalidade infantil, sendo que foi registrado uma queda em todos os anos pesquisados. O segundo indicador foi a internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral, sendo que foi registrado um aumento. O terceiro indicador foi a porcentagem de crianças menores de 5 anos com baixo peso, sendo que não foi verificado tendência de variação.	Os municípios que possuem maior cobertura da ESF apresentam tendência de melhoria da maioria dos indicadores avaliados, sendo mais evidente o de mortalidade infantil. É preciso analisar com cuidado os indicadores de internações, pois onde se há assistência de qualidade e mais acesso, é possível observar o aumento dos números. Dentre as prioridades do ministério, foram observadas melhorias nos indicadores. Os resultados sinalizam a contribuição da ESF na melhora dos indicadores de saúde selecionados, apontando para a necessidade de maior seguimento para que sejam avaliados os indicadores de resultados.	2012
Artigo	ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G.; FERRER, A.; CORRÊA, C.; MADUREIRA, P.; GAMA, C.; DANTAS, D.; NASCIMENTO, R.	Avaliação de Estratégias Inovadoras na Organização da Atenção Primária à Saúde.	Comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental.	Estudo avaliativo, participativo predominantemente qualitativo, guiado pela hermenêutica gadameriana e com uso da triangulação de métodos. A avaliação foi feita em três eixos em 6 UBS com pior índice socioeconômico: a melhora do seguimento clínico pela avaliação da frequência de Acidente Vascular Cerebral; a articulação entre as redes de Atenção Primária e de Saúde Mental; e a efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde.	Os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde afirmaram que a clínica começa na recepção e o planejamento das intervenções eram feitos em equipe, priorizando os doentes crônicos. Os ACS acreditavam que eram os profissionais que mais se envolviam com os usuários, porém estes não eram reconhecidos pelos outros profissionais. Já os pacientes elogiaram as visitas domiciliares e se queixaram da dificuldade de consulta com especialistas e a atitude de alguns médicos da não escuta.	APS como estratégia para fundamental e porta de entrada, resolvendo 80% dos problemas de saúde, a rede de ESF de Campinas, pacientes reclamam da dificuldade de agendar consultas com especialistas, exames demorados, necessidade de ser tratado e ouvido como pessoa. Os trabalhadores da APS não se sentem reconhecidos, dificuldades com a intersetorialidade pela visão de doença como foco, rotatividade dos médicos da equipe, necessário legitimar mais o ACS.	2012

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Texto	BRASIL	Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea	Contribuir efetivamente para o fortalecimento da atenção básica, no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.	Revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	O caderno trata do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. Deve auxiliar os trabalhadores na construção partilhada cotidiana dos modos de cuidar e gerir.	2013
Revista	CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	SUS: atenção à saúde dos desabrigados	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica	Comemoração dos 25 anos de Conasems diante do desafio de acolher os novos secretários municipais de saúde. Esta edição traz um pouco da experiência e dos desafios da gestão municipal. Além disso, traz a necessidade de se garantir a assistência à saúde, com o princípio da equidade, às populações desabrigadas, tanto por situações da natureza quanto de moradores de rua, além de trazer a relação entre saúde e pobreza.	2013
Revista	CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	Sem título	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Em meio às manifestações por mais investimentos na saúde, esta edição especial da revista Conasems traz alguns dos temas que foram palco de discussão durante os 4 dias do XXIX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e X Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência.	2013
Revista	CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	Sem título	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica.	Nesta edição a revista Conasems é feito um recorte do XXIX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e X Congresso Brasileiro de Saúde.	2013
Revista	CONASEMS	25 anos Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica	Essa edição é um registro histórico para os que dão continuidade à luta por um sistema de saúde universal, integral e equânime.	2013

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Revista	CONASS	CONSENSUS – Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde: para onde vai a classe média	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica	A ascensão da nova classe média traz novos anseios , com impactos significativos para a nora realidade socioeconômica do país. É preciso conhecer melhor esse movimento e suas implicações ao SUS (tanto público quanto privado). Foram realizadas entrevistas que fomentam este debate, um panorama sobre o papel dos estados na implantação do e-SUS, as ações institucionais do Conselho e artigos sobre a organização das emergências dos hospitais brasileiros.	2013
Artigo	HARZHEIM, E. (Org.); LIMA, K.; HAUSER, L.	Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos Primeiros Três Anos de Clínicas da Família.	Apresentar a evolução na reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro nos três primeiros anos de Clínicas de ESF. Identificar e descrever as necessidades em saúde da população do Rio de Janeiro; Identificar e descrever aspectos relacionados à implantação, estrutura, processo e resultados das USF; Comparar o grau de orientação à APS entre unidades de saúde em diferentes etapas de incorporação das equipes de ESF.	Realização de um estudo de caso, complementado por um estudo transversal acerca do grau de orientação à APS dos distintos tipos de serviço da APS com base nos atributos da APS.	Define o que é atenção primária, os atributos essenciais e atributos derivados, importância da APS como orientadora do sistema de saúde, contextualiza a APS no Brasil e no Rio de Janeiro. Foram observados: queda da mortalidade infantil e observados ainda o pré-natal, aleitamento materno, mortalidade materna, saúde da mulher, doenças agudas e crônicas, HIV, iniquidades em saúde, condições de saúde, ofertas de serviços e os detalhes na implantação e trabalho das clínicas de SF.	Avaliação dos três primeiros anos da ESF no Rio de Janeiro. Passou de 3,7 para 40,1% de cobertura. Modelo de atenção à saúde, baseado em uma rede de atenção à saúde e focado na população. APS reconhecida em Alma-Ata. ESF diminui mortalidade infantil e em todas as outras faixas etárias. Necessário radicalizar o crescimento da ESF.	2013
Tese	LEAL, A.	Formação Especializada em Saúde da Família: Aprendizagem e Mudança de Práticas.	Analisar as mudanças na prática de profissionais de saúde, egressos do Curso de Especialização em Saúde da Família – CESF 2005, que atuam na Atenção Básica do município de João Pessoa.	Estudo avaliativo com abordagem qualitativa. Análise coletiva do trabalho: um método onde um grupo de trabalhadores voluntários (Grupo Focal), participa de reuniões, fora de seu	Formação de 90 profissionais já atuantes na AB, de forma a estimulá-los à refletir e intervir em seu próprio processo de trabalho e a realização de um trabalho final com a perspectiva investigação-ação. No módulo I foram refletidas as práticas individuais e coletivas da ESF. No módulo II	Formação departamentalizada, responsabilidade do SUS de ordenar a formação, necessário profissionais para ESF e com perfil de ESF, necessário condições de trabalho, trabalho da saúde diferencial pela característica do serviço de imediato e essencial. Necessidade de avaliação interna e não externa.	2013

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
			Caracterizar o curso de especialização em ESF, caracterizar o perfil dos sujeitos que atuam na ESF, discutir as mudanças práticas, dificuldades e facilidades das mudanças.	local e horário de trabalho, onde o objetivo é o de se compreender como são realizadas suas atividades de trabalho, a partir da descrição detalhada e debatida até o consenso.	trataram-se conteúdos sobre o cuidado e as tecnologias duras e leves utilizadas no processo de trabalho. O módulo III buscou compreender o cuidado nas diferentes fases da vida. O mais desejado no processo de trabalho é a visão de mundo dos profissionais, a ideologia.		
Artigo	OLIVEIRA, I.; ROCHA, R.; CUTOLO, L.	Algumas palavras sobre o Nasf: Relatando uma experiência acadêmica	Relatar a experiência da atuação de uma acadêmica de Fonoaudiologia no referido projeto piloto do Nasf	Relato de experiência.	Foi possível perceber que ser profissional da saúde não depende somente de saber fazer um bom diagnóstico ou ter uma boa técnica, mas depende principalmente do saber se relacionar. É compreender o papel e a importância do profissional de saúde e partilhar do objetivo final que é a atenção ao indivíduo e à comunidade.	O trabalho no Nasf se caracteriza por um trabalho que prioriza o sujeito, a família e o contexto e tem como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Nessa perspectiva, a terapêutica não se restringe somente a tratamentos farmacológicos ou cirurgia, mas leva em conta também o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e o apoio psicossocial. A educação em saúde é uma forma de atingir este objetivo, possibilitando a compreensão do processo saúde-doença para a promoção da adoção de novos hábitos e condutas de saúde.	2013
Revista	REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA	20 anos – parabéns trabalhador da saúde	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica	Comemorando seus 15 anos, foi lançada uma edição comemorativa. Nesta edição, também é mostrada a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família. São apresentadas matérias sobre o financiamento da AB, o novo ministro da saúde e trata de outros temas como gestores, usuários e trabalhadores da AB.	2013
Monografia	SALES, K.	ESF: processo histórico da implantação na IX Região Administrativa – Ceilândia – Distrito Federal	Caracterizar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família na IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal no período de 2007 a 2011.	Pesquisa bibliográfica.	A primeira equipe de ACS foi implantada em 1997. Em 2011 eram 6 equipes de ESF e 10 equipes de ACS, sendo que a cobertura pela ESF em Ceilândia era de 6,7%, sendo que seriam necessárias cerca de 92 equipes para cobertura de 100%.	A implantação da ESF representa um avanço na saúde pública na Ceilândia e no DF, visto a fraca atuação da AB no Estado. Há um grande desafio em vista da baixa cobertura que ainda há. É possível identificar fragilidades na experiência da Ceilândia, em virtude da falta de financiamento e de vontade política.	2013

Tipo	Autor(es)	Título	Objetivos	Método	Resultados	Resumo	Ano Pub
Artigo	BEDÊ, M.	O sonho de ser empreendedor no Brasil	Aprofundar a análise da aspiração do brasileiro em tornar-se dono do próprio negócio.	Análise partiu de tabulações especiais elaboradas a partir da pesquisa <i>Global Entrepreneurship Monitor</i> no Brasil, referente ao ano de 2012.	A principal aspiração da população adulta, no país, é “viajar pelo Brasil” (50%), seguido pela compra da casa própria (48%) e ter o próprio negócio (44%). Ter o próprio negócio supera a compra de um automóvel (36%), viajar pelo exterior (33%), conquistar o diploma de nível superior (32%), ter plano de saúde (30%) e fazer carreira numa empresa (25%).	O artigo apresenta os resultados de um estudo sobre o sonho de ser Empreendedor no Brasil, sendo feita uma análise da aspiração em ter o próprio negócio. O trabalho compara ainda esta aspiração com um conjunto mais amplo, tais como a compra da casa própria, de automóvel, viajar pelo Brasil e ao exterior, ter diploma universitário, plano de saúde, fazer carreira em uma empresa e casar ou formar uma família.	2014
Revista	CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	Sem título	Não se aplica.	Entrevista, revisão de conceitos. Exposição.	Não se aplica	Edição dedicada aos congressos do Conasems que traz um retrospecto dos grandes temas que estiveram em evidência nos últimos 30 anos e um aprofundamento nos temas em discussão na atualidade. Mostra ainda as dificuldades do projeto Saúde +10 e a mobilização de diversos segmentos da sociedade em defesa de um melhor financiamento para o SUS.	2014
Artigo	GARUZI, M.; ACHITTI, M.; SATO, C.; ROCHA, S.; SPAGNUOLO, R.	Acolhimento na ESF: revisão integrativa	Revisar a literatura acerca da aplicação do conceito de acolhimento e elucidar as contribuições desse conceito para as práticas na APS.	Com abordagem qualitativa, revisou a literatura para identificar a produção científica relacionada ao acolhimento na APS entre 2006 e 2010.	As ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família. O vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o auto-cuidado, favorecendo o seguimento das orientações terapêuticas. Acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou à triagem e passa a envolver a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas.	A maioria dos artigos que compuseram essa revisão foi de natureza qualitativa, publicada em revista de saúde pública, no ano de 2008, com maior contribuição dos enfermeiros. As categorias são complementares e convergem para duas visões principais de acolhimento: a primeira considera o acolhimento um dispositivo capaz de reorganizar a atenção à saúde visando ao atendimento da demanda espontânea, o incremento do acesso e a humanização das práticas em saúde; a segunda vê o acolhimento como uma postura perante o usuário, numa dimensão relacional. É uma ferramenta capaz de promover vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, possibilitando o autocuidado.	2014

Fonte: (ver referências). Tabela de elaboração própria.

Dado o panorama da Atenção Básica ao longo do tempo no Brasil, evidencia-se as possibilidades futuras. Utilizando dos conhecimentos adquiridos durante a graduação em Saúde Coletiva, – tanto em estágios quanto nas matérias cursadas – a experiência de usuário do Sistema Único de Saúde, – principalmente em relação à Atenção Básica – a experiência profissional, o conhecimento da professora orientadora desta monografia e os artigos utilizados, o presente trabalho busca explorar os caminhos que estão sendo trilhados pelas políticas brasileiras no presente, evidenciando o futuro, avanços e desafios.

Em relação às normas existentes para a Atenção Básica, a PNAB do ano de 2012, que veio substituir a PNAB de 2006, com uma linguagem mais simples, explicitou os avanços dos últimos anos em relação à AB no país. Dentre os avanços, são citados: aumento de 40% no financiamento, em relação ao ano de 2010, que desde a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), melhorou a equidade e a qualidade na distribuição dos recursos; atualização dos conceitos de Atenção Primária à saúde, ordenando melhor as Redes de Atenção à Saúde (RAS); introdução de diversos formatos de ESF e a inclusão das Equipes de Atenção Básica para a população de rua, nos consultórios de rua, entre outros (BRASIL, 2012a). São definidas responsabilidades comuns a todas as esferas, dentre elas “contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão (...)” com base nos fundamentos e diretrizes da AB (BRASIL, 2012a p. 29). É possível perceber que a PNAB 2012 buscou enfatizar que a Atenção Básica é uma construção que acontece de forma colaborativa entre todas as esferas, estados e municípios, assim como o Governo Federal, se fazendo em uma Rede de Assistência à Saúde. Dentre as responsabilidades municipais está “inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da Atenção Básica” (BRASIL, 2012a p. 34). Essas competências municipais foram reforçadas, reafirmando que a Estratégia Saúde da Família é uma estratégia de base, que deve ser expandida a todo o território nacional e próxima à residência das pessoas.

Na tabela a seguir é apresentada uma comparação entre as normas da PNAB 2006 e a PNAB 2012.

Tabela 3 – Tabela de comparação entre as PNAB de 2006 e de 2012

PNAB 2006	PNAB 2012	Comentários	
Apresentação	Cita o caminho para o alcance da PNAB e do Pacto pela Saúde através de pactuações intergestoras, fundamentando-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade. Apresenta uma redefinição dos princípios gerais, responsabilidades, infraestrutura, processo de trabalho e outros.	Traz alguns dos avanços ao longo dos anos, como o aumento da descentralização, aumento do financiamento, ampliação da quantidade de equipes que atuam na AB e ampliação da quantidade e qualidade das UBS.	Observa-se que a PNAB, para além de um conjunto de normas, busca atualizar o leitor do que já avançou com as políticas anteriores, valorizando o que tem sido conquistado.
Princípios gerais	Define AB como 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. Considera o sujeito em sua singularidade e complexidade. Traz princípios e fundamentos além de estratégias para os próximos anos como eliminação da hanseníase e controle da tuberculose.	Acrescenta na definição de AB a redução de danos e o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde. Acrescenta ainda a descentralização e capilaridade necessária, além do vínculo. Traz alterações nos fundamentos (acrescentando diretrizes) da AB, tornando-os mais claros, porém, não define metas.	A PNAB de 2012 possui uma descrição mais clara do que é a AB em seus fundamentos e diretrizes. Além disso, ela a situa mais claramente dentro do Sistema Único de Saúde.
Responsabilidades	Define municípios e DF como gestores locais e responsáveis pelo cumprimento dos princípios da AB. Compete às Secretarias municipais e ao DF: organizar, executar e gerenciar a AB e seus recursos; inserir ESF e outros. Compete às Secretarias Estaduais e ao DF: pactuar com a CIB; estabelecer plano de saúde com metas e prioridades; pactuar com a CIT; prestar assessoria técnica aos municípios; monitorar; definir estratégias e outros. Compete ao MS: transferir recursos federais; prestar assessoria a estados e municípios; apoiar	Compete às Secretarias municipais e ao DF: pactuar com a CIB; monitorar, organizar, executar, gerenciar e avaliar a AB; implantar a ESF e outros. Compete às Secretarias Estaduais e ao DF: pactuar com a CIB; monitorar; prestar apoio institucional e articular com municípios e outros. Compete ao MS: rever as políticas de AB; transferir recursos federais; prestar apoio institucional; definir estratégias na CIT; articular com o Ministério da Educação e outros.	Na PNAB de 2012, em relação aos municípios, foi enfatizada a pactuação com a CIB. Em relação aos estados, foi enfatizado o apoio estadual à gestão municipal. Já em relação ao MS, é enfatizado o apoio, articulação e a definição de normas. Além disso, a PNAB 2012 traz as responsabilidades que seriam comuns a todas as esferas.

	articulações e articular com o Ministério da Educação; monitoramento; controle e parcerias internacionais e outros.	Responsabilidades comuns: apoiar implementação da ESF; contribuir com o financiamento tripartite; estabelecer planos de saúde com prioridades, estratégias e metas; monitorar; avaliar; divulgar informações e resultados; parcerias internacionais; estimular a participação popular e outros.	
AB – Infraestrutura e recursos necessários e educação permanente	Traz os recursos necessários para o funcionamento da AB, como: UBS com ou sem Saúde da Família; equipe multiprofissional; consultório médico, odontológico e de enfermagem; área de recepção; arquivo e sala de vacinas; equipamentos adequados às ações; referência e contra-referência e outros. Em grandes centros urbanos, a UBS sem SF cobre até 30 mil habitantes e a UBS com SF cobre até 12 mil habitantes. Traz a educação permanente como responsabilidade das secretarias municipais e estaduais, respeitando pactuações da CIB e CIT.	UBS construídas de acordo com normas sanitárias e cadastradas no Cnes. Acrescenta o conselho/colegiado para participação social, equipe multiprofissional e cadastro atualizado destes, garantia do acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial e garantia do fluxo na RAS. Em grande centros urbanos, a UBS sem SF cobre até 18 mil habitantes e a UBS com SF cobre até 12 mil habitantes.	É possível perceber neste quesito uma grande semelhança entre a PNAB 2006 e a PNAB 2012. Foi diminuída a população coberta por uma UBS tradicional.
ESF – princípios gerais e recursos mínimos para implementação	Visa a reorganização da AB, com caráter substitutivo da AB tradicional, devendo atuar no território buscando a integração entre instituições e a população. Responsabilidade da equipe por no máximo 4 mil habitantes, sendo recomendado a média de 3 mil e equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e no máximo 12 ACS por equipe. Necessário a existência de equipe multiprofissional, UBS e a garantia da referência e contra-referência.	Visa a reorganização da AB, sendo vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB. Recomenda-se que quanto maior a vulnerabilidade da população coberta, menor deverá ser a quantidade de habitantes cobertos, visando uma atenção mais qualificada. O médico é o único profissional que poderá atuar em duas equipes de SF.	Não houve alterações significativas quanto às limitações das equipes como carga de trabalho, número de habitantes cobertas por agente etc. Apesar disso, a PNAB de 2012 dá a possibilidade de se acrescentar mais de um médico por equipe, o que não era possível na PNAB 2006.
Processo de trabalho	Manter o cadastro das famílias atualizado, analisar a situação de saúde da população, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, trabalho	O processo de trabalho inclui: prioridade a grupos de risco; realizar escuta qualificada e classificação de risco; atenção integral à	As atribuições dos membros das equipes de atenção básica são minuciosas na PNAB de 2012,

da equipe de Saúde da Família	interdisciplinar, realização de atividades priorizando problemas de saúde mais frequentes, estímulo ao controle social e acompanhamento e avaliação das ações.	população adscrita; realizar ações dentro e fora das unidades; educação em saúde; atenção domiciliar; participar do planejamento local e outros.	buscando envolver todos os profissionais da unidade no atendimento adequado à população e respeitando os preceitos da AB. A PNAB 2012 traz ainda a responsabilidade de cada profissional da AB, enquanto a PNAB de 2006 estabelecia que isso seria especificado em normas municipais e do DF. A PNAB 2012 deixa claro que as Equipes de Saúde Bucal prioritariamente devem fazer parte das equipes de SF.
Saúde Bucal	Define os itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal às equipes de ESF, definindo ainda as modalidades I (cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário) e II (cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental), chamando-as de equipes de saúde bucal. Define ainda que as equipes de Saúde Bucal podem estar vinculadas a duas equipes de ESF.	Define a organização dos profissionais de Saúde Bucal em modalidade I (cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal) ou II (Cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal), ressaltando que eles integram as equipes de ESF e acrescenta a modalidade III (profissionais da modalidade I ou II que operam em unidade odontológica móvel).	A PNAB 2012 deixa claro que as Equipes de Saúde Bucal prioritariamente devem fazer parte das equipes de SF.
Financiamento Federal	Financiamento em tripartite (Municipal, Estadual e Federal) sobre o Piso da Atenção Básica (PAB), que contém uma parte fixa e uma parte variável. O repasse é feito fundo a fundo. A parte fixa se refere ao valor <i>per capita</i> , cujo valor mínimo corresponde a R\$13,00 ao ano.	Mantido o financiamento tripartite, o modo de repasse e soma além dos PAB fixo e variável, o chamado Bloco de Financiamento de Investimento.	A PNAB de 2012 delimita o uso dos recursos às ações de AB descritas na RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e nos planos de saúde locais.
PAB Variável	Visa a Compensação de Especificidades Regionais (CER) e a implantação nos municípios de programas/estratégias prioritárias como: ESF; ACS; Saúde Bucal (SB); Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário.	Dividido em: CER e Programa de Requalificação das UBS; Recursos de investimento, para a estruturação de serviços; recursos condicionados à implantação de estratégias e programas como ESF, equipes para populações específicas, ACS, Micropistas, PSE, Academia da Saúde, Atenção Domiciliar,	Na PNAB 2012 o financiamento Federal aparece de forma simplificada e dividido em recursos <i>per capita</i> , que na PNAB de 2006 trata-se do PAB fixo, recursos para projetos específicos, recursos de investimento, recursos condicionados à implantação de estratégias/programas prioritários e

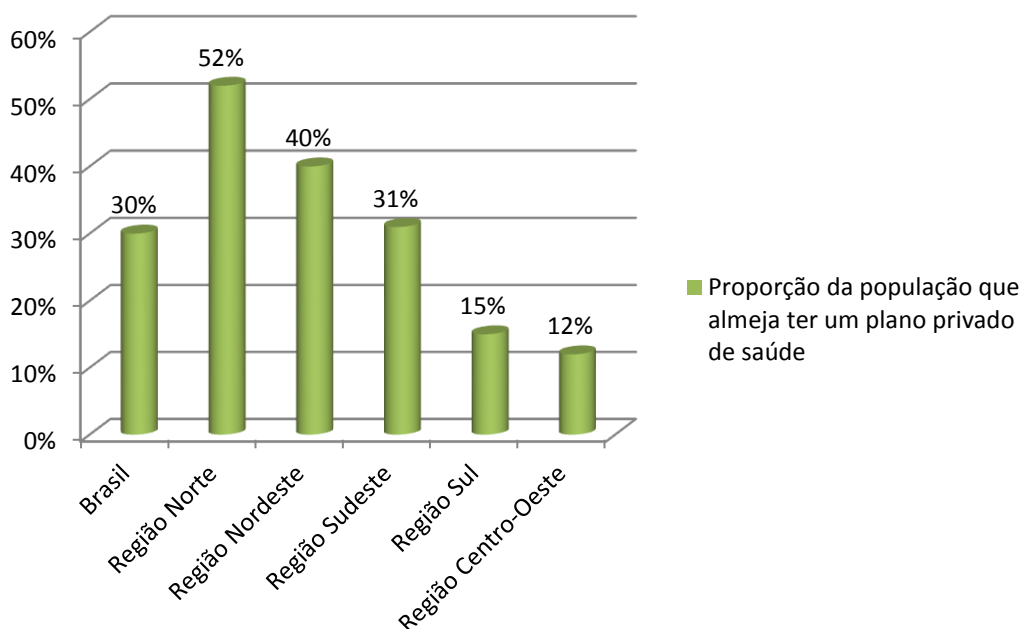
		SB e Nasf; e recursos condicionados a resultados, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Sem alterações significativas.	recursos condicionados a resultados, que na PNAB 2006 são citados como constituintes do PAB variável.
Prestação de contas	Deve ser encaminhada ao MS e ao Tribunal de Contas do Estado apresentando: relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos; demonstrativo de execução orçamentária; demonstrativo detalhado das principais despesas; e relatório de gestão, demonstrando como a aplicação de recursos resultou em ações de saúde para a população..		
Suspensão de recursos	Suspensão do PAB fixo e do PAB variável de forma independente. Estabelece que serão suspensos os repasses do PAB fixo quando não alimentados os sistemas de informação ou desvio de recursos, e as regras para suspensão do PAB variável vão desde a inexistência de unidade de saúde cadastrada até o descumprimento de carga horária especificada em norma.	Suspensão completa dos repasses de recursos caso não haja alimentação regular dos bancos de dados nacionais de informação ou caso seja detectada malversação ou desvio de finalidade dos recursos, sendo que o repasse só é retomado após a adequação das irregularidades constatadas.	As regras para a suspensão de recursos foram enxugadas e simplificadas. Além disso, a PNAB 2012 possibilita a suspensão total do repasse Federal, ou seja, o Município não pode deixar de receber o PAB fixo e continuar recebendo o PAB variável.
Incentivos	São definidos os valores de incentivos (PAB variável) a cada: equipe de SF; ACS; e equipe de SB.	São incluídos incentivos ao Nasf. Foram alterados os incentivos a: equipe de SF; e equipe de SB.	Houve aumento nos incentivos que foram alterados. Não foi identificada a diminuição do valor de nenhum dos incentivos.

Fonte: BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012a. Tabela de elaboração própria.

Mesmo com os avanços, no entanto, é possível perceber, principalmente através das grandes médias, que a população em geral mostra insatisfação com o sistema público de saúde brasileiro. Rosa (2013), afirma em entrevista publicada na revista Consensus que o SUS atualmente ainda não conta com os recursos financeiros que seriam necessários para que o atendimento seja de fato universal. Segundo ela, por esse motivo, o SUS tem sido cada vez mais desacreditado pela sociedade, que busca nos planos de saúde privados, a segurança de ter um atendimento adequado em momentos de necessidade, além de enxergá-lo como um símbolo de *status*.

Bedê (2014) cita em sua publicação que a 7ª maior aspiração do brasileiro é ter um plano de saúde, ficando à frente de outros sonhos como formar uma família e seguir carreira em uma empresa, e abaixo de sonhos como viajar pelo país, ter sua própria empresa e comprar a casa própria. Nota-se que a maior parte da população que almeja um plano de saúde privado reside nas regiões do norte e nordeste do país, como é apresentado no gráfico a seguir.

Figura 3 – Proporção da população que almeja ter um plano privado de saúde no Brasil, 2014



Fonte: BEDÊ, 2014. Gráfico de elaboração própria.

É possível afirmar que existe de fato insatisfação com o sistema público de saúde. O gráfico mostra que as maiores proporções da população que almeja ter um plano de saúde privado estão nas regiões norte e nordeste. Segundo Rocha et. al. (2008), o acesso a exames

laboratoriais, consultas especializadas e internações em municípios do nordeste brasileiro é ruim. Os usuários aguardam em filas virtuais por vários meses até sua demanda ser atendida. Segundo ele, os chamados estrangulamentos assistenciais, são um desafio para o alcance da integralidade nessa região. O desejo dessa população por um plano de saúde, mesmo quando a cobertura da ESF nessas regiões são as maiores do país, é explicado pois, para além do cuidado e acompanhamento médico, o forte do setor privado é oferecer serviços de diagnóstico, laboratoriais e consultas especializadas, além da internação. Isso mostra a atual fragilidade da integralidade no SUS.

Santos (2014) afirma que cerca de 53% da população brasileira vê a saúde pública como ruim e 45% a enxerga como o principal problema do país. Segundo Lamounier (2013), a curto prazo, o Sistema Único de Saúde não tem capacidade de atender aos anseios da maioria da população brasileira. Para ele, seriam necessárias pelo menos uma ou duas décadas para alterar o quadro pessimista atual e a imagem negativa do sistema.

De acordo com Giovanella. e Mendonça (2008), um dos 7 atributos da APS, já foram citados neste trabalho, é ser a porta de entrada do sistema de saúde, constituindo-se como serviço de primeiro contato. O mesmo é preconizado na Política Nacional de Atenção Básica de 2012 (BRASIL, 2012a). Para que os serviços de Atenção Básica funcionem como porta de entrada, é necessário que estes sejam acessíveis à população, eliminando-se as barreiras geográficas, financeiras e culturais, visando sempre facilitar seu acesso para que esta seja a primeira opção do paciente. O acesso, segundo Junior, Jesus e Crevelim (2010), é uma importante área para análise dos sistemas de saúde, pois evidencia dimensões de caráter social e político presentes nas políticas de saúde.

6.1. O acesso à saúde na Atenção Básica

A Atenção Básica no Brasil, buscando reorganizar o Sistema Único de Saúde principalmente através da ESF, vem avançando no alcance de seus objetivos. Ela trouxe importantes melhorias nas condições de vida e de saúde da população brasileira. Alguns estudos mostram que a ESF teve impacto sobre indicadores como mortalidade infantil, redução de internações por condições sensíveis à AB, qualidade do atendimento de pré-natal e puericultura e ampliação do acesso a serviços de saúde principalmente a populações vulneráveis (HARZHEIM (Org.), 2013). Segundo a OPAS (2014), a Taxa de Mortalidade

Infantil (TMI), que se refere a mortes em menores de 1 ano de idade, no Brasil em 2000 era estimada em 26,6 mortes a cada 1000 nascidos vivos, sofrendo uma queda de 42,5%, chegando a uma taxa de 15,3 mortes a cada 1000 nascidos vivos, em 2011.

Um estudo feito por Souza et. al. (2008) em 4 municípios do país com Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Saúde da Família ampliada, mostrou que os usuários reclamam de diversos aspectos dos serviços de AB, assim como os profissionais. Segundo os usuários das Unidades de Saúde da Família, há problemas no acesso a serviços e no atendimento na unidade. Há dificuldades para se ter acesso a exames, para a marcação de consultas, para conseguir medicamentos, para se ter uma referência dentro do sistema, que eram enfatizados como de “responsabilidade do computador”, faltando ainda profissionais e organização no trabalho. Os pacientes também informaram alguns fatores facilitadores, como a marcação através do Agente Comunitário de Saúde. Porém, a prioridade destas vagas são para usuários vinculados à ações programáticas, fazendo com que a maior parte dos usuários que necessitam de atendimento tenham que aguardar em filas. Este estudo, feito pro Souza et. al. (2008) reforça a atual falta de coordenação do cuidado e de integralidade em diversas partes do país, com a dificuldade de acesso a outros níveis do sistema, seja por problemas de comunicação ou falta de vagas.

Os profissionais das Unidades de Saúde da Família pesquisadas afirmam que existem dificuldades com o sistema de marcação de consulta, casos de urgência que chegam na unidade, a grande demanda e acúmulo de tarefas para poucos profissionais e a baixa cobertura do programa, que dificulta a compreensão dos usuários sobre a sua unidade de referência (SOUZA et. al., 2008).

Já na Unidade de Saúde da Família ampliada, segundo Souza et. al. (2008), os usuários mostram insatisfação com a marcação de consultas informatizada que, segundo eles, atrasa o atendimento e sempre informa não haver vagas. Além disso, reclamaram sobre a falta de medicamentos na unidade. Os profissionais da mesma unidade relataram principalmente a falta de equipamentos para realizar o atendimento à comunidade.

Na Unidade Básica de Saúde pesquisada, os profissionais enxergam a acessibilidade como externa ao cuidado, centrada no atendimento pelo médico e pela equipe a partir da fila de espera. O próprio atendimento na recepção é distanciado do paciente, sendo feito através de um microfone e uma vidraça, sendo esta uma das reclamações dos usuários. Porém, a

principal queixa dos usuários foi a falta de vagas para consulta. Segundo eles, seria necessário passar a noite na UBS para conseguir uma vaga. Segundo os profissionais da unidade, a quantidade de médicos não absorve a demanda. Na pesquisa, é possível ver relatos de usuários que perderam amigos ou familiares que aguardavam principalmente por exames na fila de espera (SOUZA et. al., 2008). Durante a espera pela consulta ou exame, é comum que o quadro do paciente se agrave. Em alguns casos, o paciente vem a óbito antes que a central entre em contato para a marcação do exame ou consulta (CLARES, et. al., 2011).

Rocha et. al. (2008), em pesquisa a 21 municípios do nordeste, relata que existem limitações na acessibilidade a outros níveis de atenção dos usuários referenciados a partir da AB, os chamados estrangulamentos assistenciais. Segundo ele, foram observadas dificuldades para se conseguir consultas especializadas e serviços terapêuticos e de diagnóstico na média e alta complexidade. Além disso, existe a demora em filas físicas e virtuais e a demora no recebimento dos exames.

Esta não é uma realidade isolada dos municípios pesquisados. A dificuldade de acesso a consultas e exames é rotineira em várias partes do país no Sistema Único de Saúde. Isso impossibilita que o SUS cumpra os preceitos de Atenção Básica listados por Giovanella e Mendonça (2008) e elencados na PNAB de 2012. A integralidade não se concretiza devido a estrangulamentos da assistência e isso gera insatisfação nos usuários do serviço. Segundo Clares et. al. (2011), entender a percepção de satisfação do usuário dos serviços de saúde é extremamente importante para que sejam feitas melhorias no sistema.

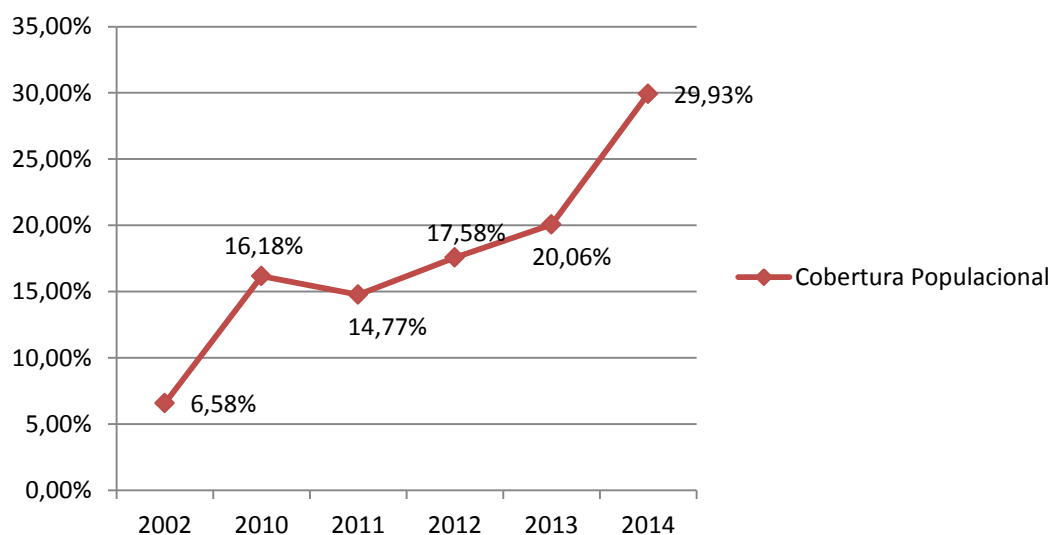
Segundo Junior, Jesus e Crevelim (2010), ter apenas serviços disponíveis no sistema não garante o acesso. Pois este depende de outros fatores como: acessibilidade geográfica e de horário; e aceitabilidade, por parte de crenças e características da população, condições socioeconômicas e grau de satisfação. Atualmente o que se mostra é que o sistema de saúde brasileiro não está preparado para observar todos estes aspectos, tanto em relação à força de trabalho quanto à capacidade instalada.

As maiores dificuldades de acesso ocorrem nos municípios com características de metrópoles, onde a cobertura da ESF é restrita e existem áreas descobertas. Passam então a conviver na mesma região dois modelos de atendimento, um moldado na integralidade com práticas de promoção da saúde na ESF, e outro moldado nos modelos tradicionais centrado na

consulta médica, o que leva os pacientes a passarem a madrugada nas filas por uma consulta (CLARES et. al., 2011).

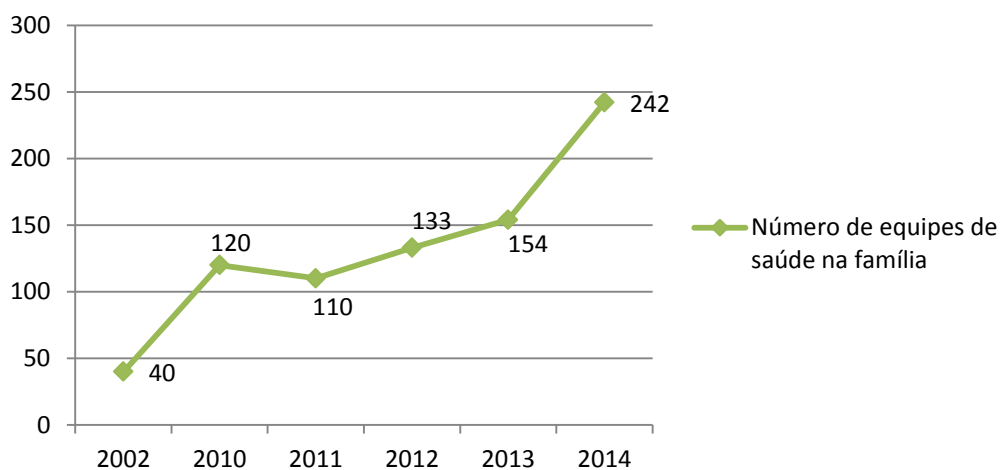
Realidade semelhante é notada no Distrito Federal. A cobertura da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal era de 26,3% em 2013, contando com 199 equipes, sendo a unidade federativa com a menor cobertura de Estratégia Saúde da Família do Brasil segundo Sousa (2014). Já segundo dados oficiais a quantidade de equipes e a proporção da população coberta pela ESF no DF é menor ainda, como pode ser observado a seguir.

Figura 4 – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no DF em 2002 e de 2010 a 2014



Fonte: BRASIL, 2015. Gráfico de elaboração própria.

Figura 5 – Número de equipes da Estratégia Saúde da Família no DF em 2002 e de 2010 a 2014



Fonte: BRASIL, 2015. Gráfico de elaboração própria.

Para se ter acesso a uma consulta na Estratégia Saúde da Família no DF, além de ser necessário estar situado na área de abrangência de alguma equipe da ESF, a depender da demanda, é necessário haver a necessidade da consulta. Por exemplo, o membro de uma família que está doente consegue a consulta com mais facilidade com o Agente Comunitário de Saúde, diferentemente de um usuário que quer simplesmente verificar seu estado de saúde de modo preventivo. Este deve, na maioria dos casos, procurar a unidade da ESF e verificar se existem vagas e aguardar em uma fila. Além disso, ao mesmo tempo em que uma quadra é atendida pela ESF, a quadra vizinha não é. Por isso é comum a equipe da ESF receber usuários que não são da área adscrita procurando por atendimento, restando aos funcionários da equipe o papel de tentar convencer o usuário do porque não podem fazer o atendimento. Nesses casos, o usuário deve buscar o seu Centro de Saúde de referência e enfrentar filas madrugadas à dentro. Nota-se então a coexistência do modelo tradicional e do novo modelo de promover saúde com a Estratégia Saúde da Família e a dificuldade de acesso, que já ocorre no modelo tradicional e persiste, até o momento, no novo modelo.

Segundo Nardi, (2014), percebe-se que existe uma baixa cobertura da ESF nos grandes centros urbanos. Segundo ele, poucas famílias da zona rural, principalmente nas áreas Norte e Nordeste e nos municípios acima de 100 mil habitantes, têm acesso a esta estratégia, mesmo que até o ano de 2013, segundo Sousa (2014), houvessem 34.400 equipes de Estratégia Saúde da Família em 5.328 municípios do país, o que representa mais de 95% do total de municípios, atingindo uma cobertura de cerca de 55,21% da população brasileira.

Segundo Göttems et. al. (2009), a consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios acima de 500 mil habitantes e em grandes centros urbanos se mostra uma tarefa complexa. Isso se deve a diversos fatores como: complexidade epidemiológica; adensamento populacional, embora este possa também representar uma facilidade devido ao menor deslocamento; processo de urbanização desorganizado; desigualdades sociais; e a falta de saneamento básico.

Apesar disso, observa-se que a ESF tem cumprido seu papel de promover equidade, principalmente em relação a sua expansão, que acontece prioritariamente em locais de baixa renda e alta vulnerabilidade. No DF a Estratégia Saúde da Família tem sido expandida em Regiões Administrativas (RA) mais vulneráveis, por exemplo a Ceilândia, onde a maior parte das equipes de ESF atuam no condomínio Privê, Condomínio Sol Nascente e Condomínio Pôr do Sol, a RA do Recanto das Emas, Samambaia e outras. Segundo a Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílio (PNAD) realizada em 2008 (IBGE, 2010), quanto maior é o rendimento mensal domiciliar *per capita*, menor é a proporção de domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Dentre as famílias pesquisadas que declararam receber até 2 salários mínimos, 54% relataram serem cadastradas na estratégia, enquanto nas famílias que recebiam acima de 5 salários mínimos, apenas 16,3% o declararam. Isso mostra que na maioria do país o mesmo movimento tem se reproduzido: a expansão da ESF prioritariamente às populações mais desassistidas e em situação de vulnerabilidade.

No Distrito Federal, além das dificuldades comuns a grandes centros urbanos, observa-se que ao longo de sua história houve investimentos maciços em média e alta complexidade. As iniciativas para fortalecimento da Atenção Básica, em sua grande maioria, foram pontuais e desarticuladas do resto da Rede de Atenção à Saúde. Exemplo disso é que a ESF foi instituída a partir de 1999 para substituir o chamado Programa Saúde em Casa (PSC), que foi questionado na época pelo Ministério Público do Distrito Federal. Uma matéria publicada na revista Conasems afirma que “o SUS é o primeiro sistema de saúde universal estruturado em um país de mais de 100 milhões de habitantes e o mais descentralizado do mundo” (SUS - O SISTEMA DE SAÚDE MAIS DESCENTRALIZADO DO MUNDO, 2013 p. 20). No DF, as decisões são centralizadas. A divisão em regionais diminui a maleabilidade das decisões, tornando-as, na maioria das vezes, centrais à Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (GÖTTEMS et. al., 2009).

No entanto, no DF já ocorrem movimentações em relação a este tema para alterar o quadro atual da baixa ênfase que a AB está recebendo. Segundo Oliveira e Ferreira (2012), o DF, em relação à Atenção Básica, pouco avançou, em comparação ao resto do país. Baixa cobertura de ESF e predominância do modelo de Atenção Básica tradicional, não exercendo os atributos da Atenção Básica preconizados por Giovanella e Mendonça (2008), como integralidade, coordenação do cuidado e ser porta de entrada, são características da Rede de Atenção à Saúde no DF. Porém, a equipe gestora da AB na Secretaria Estadual de Saúde do DF iniciou no ano de 2009 o desenvolvimento de um plano para a reorganização da Atenção Básica, tendo como objetivo principal estabelecer um modelo de AB no DF. Ressignificado em 2011 e tendo em vista todas as particularidades do DF como estado-município, foi requisitado às regionais que elaborassem um Plano Regional de Reorganização da AB. A partir da realização de oficinas com diversas atividades de grupo no ano de 2011 e 2012 com gestores e a análise dos planos das regiões, foi formado um grupo de facilitadores, com

representantes em todas as regionais. Com isso é possível ter o apoio ao processo de planejamento central e a coordenação das ações de planificação em todas as regionais. Observou-se que a partir dessa experiência foi ampliada a capacidade técnica dos participantes das oficinas em relação às Redes de Atenção à Saúde. A experiência ainda está em execução no estado (OLIVEIRA; FERREIRA, 2012).

Um trabalho publicado por Harzheim (Org.) em 2013 traz a experiência da reorganização da Rede de Atenção à Saúde do município do Rio de Janeiro com base na AB e na ESF. Até o ano de 2009 o SUS no município do Rio de Janeiro tinha uma Atenção Básica fraca e pouco atuante. A cobertura de Estratégia Saúde da Família, segundo ele, ficava em torno de 7%. Após uma mudança radical na gestão, foi dada ênfase na AB com estímulo à ESF. Resultado disso é que no ano de 2012 a cobertura da ESF no estado já era de aproximadamente 40%.

A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro foi iniciada por áreas sem cobertura assistencial, visando melhorar o acesso da população que anteriormente não era assistida. As Unidades de Saúde da Família tinham amplo conhecimento e aproximação com o território de sua responsabilidade, ao contrário das UBS tradicionais. Em relação ao acesso, nas USF, foi observado que existe a preocupação em equilibrar as consultas de demanda espontânea e as programadas a fim de evitar que o usuário busque outras unidades de saúde. Já nas UBS tradicionais, não havia preocupação com a demanda espontânea, sendo que praticamente a totalidade dos atendimentos feitos eram por agendamento. Um dos profissionais afirmou em entrevista: “atendemos graves quando não deveríamos” (HARZHEIM (Org.) p. 54, 2013).

A dificuldade do atendimento à demanda espontânea é uma característica que desmotiva os usuários a buscarem as UBS, principalmente no modelo tradicional. Uma das principais consequências disso é o adiamento da procura ao médico, com possível agravamento da situação de saúde, ou a busca por uma unidade de urgência e emergência, sobrecarregando outros níveis do sistema e impossibilitando a coordenação do cuidado pelo nível Básico de Atenção à Saúde.

Uma das maiores dificuldades para a expansão ocorrida no município foi a dificuldade de fixação da categoria médica. Devido à escassez nacional de profissionais especialistas em AB, médicos da família e de comunidade, foram contratados médicos de outras áreas e recém-

formados. A contratação de médicos no município foi facilitada pelo fato do município do Rio de Janeiro ser o que mais possui oferta de mão de obra médica em comparação com o resto do país, sendo assim, as boas ofertas de trabalho para a classe médica são rapidamente ocupadas. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu salários competitivos e um sistema de pagamento por desempenho (HARZHEIM (Org.), 2013).

Quando se trata da população de rua, verifica-se uma maior dificuldade para se acessar o SUS. Um artigo publicado por Junior, Jesus e Crevelim (2010) cita que em São Paulo haviam no ano de 2003, 10.490 moradores em situação de rua. Segundo ele, o acesso aos serviços de saúde para esta população é dificultado, principalmente em relação à Atenção Básica, pelas exigências do sistema. Por exemplo, a exigência de documentação e comprovante de residência, pois as Unidades Básicas de Saúde atendem a uma área adscrita, o que acaba excluindo essa população, impossibilitando seu acesso.

Segundo definição do MS, população de rua é um grupo populacional que, além da pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, não possuem moradia regular, utilizando áreas públicas e/ou degradadas como espaço de moradia. Essa população, apesar de frequente, pouco é notada, a não ser quando se fala sobre drogas. A maior incidência de moradores de rua é de viciados em álcool, segundo o Coordenador de Educação Popular e Mobilização Social do MS (MATHEUS, 2013).

Em 2012 foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde o Plano Operativo de Ações de Saúde da População em Situação de Rua. Aproximadamente 30% das pessoas em situação de rua afirmam ter algum problema de saúde como hipertensão, problemas dermatológicos, entre outros e cerca de 20% faz uso de algum medicamento. A população de rua é cerca de 70 vezes mais vulnerável a problemas de saúde como tuberculose e hanseníase, sendo que estes são os problemas de saúde mais frequentes nessa população. Mesmo quando essa população consegue acessar os serviços de saúde, vencendo as dificuldades de locomoção, muitas vezes enfrenta o preconceito dos próprios profissionais de saúde. “O Plano Operativo é a primeira ação prática no enfrentamento desta realidade” (MATHEUS, 2013 p. 38). O Plano possui diretrizes como a promoção do acesso e atenção integral à saúde, o incentivo à participação social, o incentivo a estudos e pesquisas, tudo voltado à população de rua, buscando além de integrar essa população, conhecer suas necessidades e atende-las (MATHEUS, 2013).

Uma das ações que já está sendo concretizada através deste plano, segundo Matheus (2013), é a criação das equipes de Consultórios de Rua. Na prática, trata-se de uma equipe de Saúde da Família voltada especificamente para a população em situação de rua. Existem experiências de consultórios de rua já existentes em diversos municípios, dentre eles o Rio de Janeiro. Neste município são 3 equipes de Consultório de Rua atuantes, contando com médico, enfermeiro, psicólogo, técnico de enfermagem, dentista, agentes sociais e assistente social. Segundo a equipe, cerca de 99% da população cadastrada é usuário de álcool ou outras drogas, porém, houve uma boa aceitação por parte da população. Os problemas mais recorrentes na população de rua cadastrada são tuberculose e problemas de pele. Além disso, existem as causas externas, que são acidentes (seja de trânsito, quedas ou outros) ou mesmo a violência, que são riscos que essa população está exposta todos os dias. Os trabalhadores das equipes ainda contam que existem casos de pessoas que deixaram de ser moradores de rua e foram recuperados de problemas com vícios (MATHEUS, 2013).

Este é um exemplo de um SUS inclusivo, acolhedor, acessível e orientado à comunidade, às necessidades da comunidade. Porém, realizações como essas são pontuais e existe muita dificuldade para a sua disseminação aos mais de 5500 municípios do país. Segundo Freitas e Mandú (2009), as leis e a própria Constituição Federal trazem o direito de acesso, tanto a serviços de saúde quanto a condições de vida favoráveis à saúde. É possível perceber outras vitórias na conquista de condições favoráveis à saúde e, mais que isso, na defesa do direito à saúde. Exemplos são o Programa de Redução de Danos, que visa diminuir os danos à saúde decorrentes do uso de drogas e, através disso, não só melhorar a situação de saúde da população de rua e viciados em geral, mas possibilitar a construção de uma vida sem drogas, e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), que atende a diversos problemas psicológicos, mentais e até o vício em álcool e outras drogas.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) em seu artigo 196 diz que “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 (...)”. Segundo a PNAB de 2012, um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica é (BRASIL p. 22-23, 2012a)

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e

funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Porém, é possível perceber que o modelo curativo de prover saúde e as exclusões ainda predominam, principalmente quando se observa dificuldades de acesso em consultas de rotina, sem que haja uma condição pré-existente, ou das populações de rua. Souza et. al. (2008) constata que persiste a resistência dos usuários à forma de organização do trabalho na ESF, principalmente em relação ao agendamento para grupos prioritários. A Estratégia Saúde da Família tem buscado melhorar o acesso de forma equitativa, dando acesso primeiramente aos chamados grupos de risco (hipertensos, diabéticos e doentes crônicos em geral), pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança, populações em situação de vulnerabilidade e outros grupos. Mas ainda há anseio pela população que não faz parte dessas populações, ou que faz e ainda não é assistida, pela melhoria no acesso de forma efetiva.

Percebe-se que ainda na ESF se perpetuam características do modelo curativo. Onde os pacientes só buscam ou conseguem atendimento quando já possuem uma condição ou queixa pré-existente. O principal trabalho da ESF em relação à prevenção atualmente, se restringe à atividades educativas, atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. O modelo tecnocrático atual da medicina faz com que a primeira pergunta que o médico faça aos pacientes seja: “o que você tem”? É necessário educar também os pacientes para que busquem o médico com alguma frequência, mesmo que não possua uma queixa específica.

É importante citar a necessidade da AB de atender a demanda espontânea. A sociedade hoje passa por transformações rápidas. Em questão de décadas ou anos tecnologias, relações, bens de consumo, profissões e outras coisas tornam-se obsoletas. A sociedade hoje é rápida, repleta de informações. O atendimento exclusivo por demanda agendada que a maioria das Unidades Básicas de Saúde executam é um empecilho para que a população busque essas unidades. Um usuário, trabalhador ou não, tem que madrugar na fila em uma UBS para conseguir uma consulta agendada para em média, 15 dias à frente. Seria necessário que o mesmo falte trabalho ou compromissos para conseguir a consulta e seria necessário fazer o mesmo no dia da consulta, para ser só então encaminhado a outro nível ou solicitado um

exame. A demora no atendimento, na marcação, na consulta e no encaminhamento é capaz de afastar o usuário destas unidades.

Em 2013 foi lançado um Caderno de Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), que buscou sensibilizar os trabalhadores da Atenção Básica, principalmente da ESF, para o atendimento da demanda espontânea. A partir da leitura do documento, nota-se que o mesmo busca quebrar um paradigma que os profissionais de saúde possuem da verticalidade, onde as regras são definidas e os usuários devem buscar segui-las. É possível notar isso em vários trechos do documento, dentre eles (BRASIL, 2013a p. 20):

(...) é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços.

A maioria das demandas podem ser atendidas na AB. Além de programar e acompanhar os atendimentos agendados, é fundamental que as unidades de AB estejam abertas e preparadas para acolher as eventualidades. “Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não” (BRASIL, 2013a, p. 20). Além disso, o atendimento nas horas de maior fragilidade dos usuários é um elemento essencial para a reafirmação e fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário (BRASIL, 2013a).

A ESF é uma importante estratégia para a expansão da cobertura à populações desassistidas, além de ser fundamental para a reorganização dos serviços locais de saúde e a mudança do atual modelo médico hegemônico. Porém é necessário mais que apenas a expansão da cobertura da estratégia (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010).

Em municípios de médio porte onde a AB é baseada na Estratégia Saúde da Família, observa-se a melhoria do primeiro acesso à unidade. Assim, a fila de primeiro acesso às unidades deixou de ser o problema. Porém, outras filas se formam devido à novas demandas que são geradas (SOUZA, et. al., 2008).

Em seu formato atual, o SUS apresenta-se ainda hoje como um sistema fragmentado, o que dificulta o acesso a outros níveis de atenção e gera a descontinuidade do cuidado, rompendo com a ideia da integralidade. Observa-se a fragilidade da articulação existente entre as instâncias gestoras e as gerências dos serviços, impossibilitando a conformação das Redes de Atenção à Saúde (LAVRAS, 2011).

6.2. A falta de qualificação e de médicos na ESF

O médico da família possui um processo de trabalho diferenciado em meio a uma equipe multiprofissional, tendo a comunidade como referência. Percebe-se então que a ESF possui na prática os ideais da verdadeira reforma sanitária brasileira. Mas para isso, a prática na Atenção Básica precisa de profissionais que atuem além do modelo médico hegemônico que é curativo (LEAL, 2013).

Segundo Freitas e Manudú (2010), os Agentes Comunitários de Saúde são os grandes responsáveis pelas ações de promoção da saúde a serem realizadas na comunidade, embora haja a participação dos outros membros da equipe. Essas ações incluem as ações clínico-assistenciais, atenção domiciliar, ações educativas e outros. Os ACS são os grandes responsáveis pela busca ativa da população, seja para marcação de consulta, seja para outras ações, representando a principal interface de comunicação entre a população e a equipe da ESF.

Os ACS são a maior parte do contingente de pessoal da Estratégia Saúde da Família, sendo no mínimo 5 agentes por equipe. Este profissional, segundo Borges e Baptista (2010), possui alta rotatividade nas equipes, o que traz prejuízo às relações entre a equipe e os usuários e ao trabalho territorial. A alta rotatividade desse profissional pode ser explicada pelo fraco reconhecimento de seu trabalho, tanto financeiro quanto dos colegas de equipe. Segundo Onocko-Campos et. al. (2012), em algumas equipes, parece haver uma grande distância entre o trabalho dos outros profissionais da equipe, o que acaba resultando no não reconhecimento do trabalho dos ACS. O ACS é o único profissional da equipe que possui formação de nível médio, enquanto os outros profissionais devem ser formados em nível técnico ou superior e em formações extremamente consolidadas (enfermagem e medicina). Segundo Onocko-Campos et. al. (2012), os ACS se queixam que seu trabalho é complexo, lidando com problemas além da saúde, como educação, moradia, desemprego, drogas, entre outros, e

pouco reconhecido, o que gera insatisfação. É necessário valorizar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde perante os outros profissionais da equipe e perante a população, de modo a aumentar a permanência deste profissional no cargo e a melhorar a satisfação do mesmo com o seu trabalho.

Os trabalhadores de saúde e principalmente os médicos são dotados de enorme uma carga de respeito e acreditação por parte da população e até de outras classes, ou seja, possuem um grande poder de influência. Esse poder de influência foi adquirido ao longo de todos os anos de exercício de uma profissão extremamente necessária à vida do homem, em relação ao cuidado e à eliminação ou diminuição do sofrimento. Segundo Leal (2013, p. 44) esses profissionais são “potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais.” Para isso é necessário uma sensibilização dos profissionais, para que reconheçam que os serviços de saúde são um espaço público e que o trabalho deve ser exercido observando valores humanitários e reconhecendo os direitos do cidadão em torno da assistência à saúde e tratando de forma individual e coletiva (LEAL, 2013).

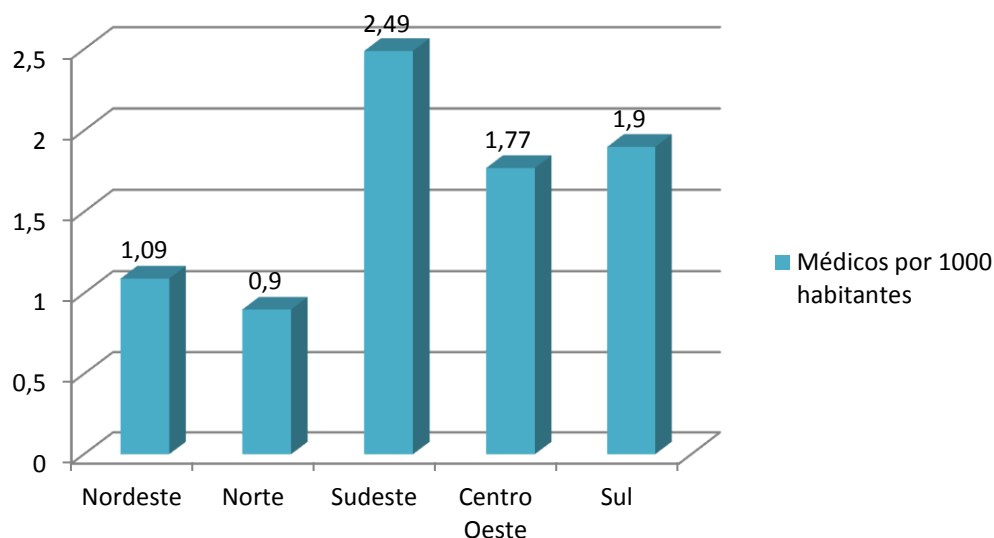
Porém, a falta de mão de obra médica é uma realidade no país. Encontram-se atualmente diversas dificuldades como: a falta do profissional médico; a falta do médico especializado em medicina da família, medicina comunitária e médicos generalistas; e a falta de interesse da classe médica em trabalhar no interior do país, algumas vezes em locais remotos.

De acordo com o ex-ministro da saúde, Alexandre Padilha, em entrevista concedida à revista Conasems (CONASEMS, 2013), a falta de profissionais médicos hoje é um dos maiores desafios para a consolidação do SUS. Segundo ele, o Brasil possui 1,8 médicos a cada 1000 habitantes, sendo que outros países com sistemas de saúde universais possuem uma oferta maior, por exemplo a Inglaterra, que possui 2,7 médicos para cada 1000 habitantes.

Sette e Pinheiro (2013) afirmam que a falta de profissionais médicos no Brasil e no Sistema Único de Saúde não é nova. Com a evolução do processo de descentralização e a implementação de novas estratégias, a dificuldade dos municípios em contratar a mão de obra médica foi crescendo. Estudos mostram que há uma clara desigualdade de acesso aos serviços tanto em regiões mais remotas quanto nas periferias de grandes cidades, principalmente devido à escassez e à má distribuição deste profissional (SETTE; PINHEIRO, 2013).

Quando se observa as comparações entre as regiões do país, observa-se com mais clareza a desigualdade de distribuição do profissional médico no país.

Figura 6 – Médicos por 1000 habitantes por regiões no Brasil em 2012



Fonte: SETTE; PINHEIRO, 2013. Gráfico de elaboração própria.

Observa-se que a região Sudeste possui a maior quantidade de médicos por 1000 habitantes, superando em até 2,76 vezes a quantidade de médicos da região Norte, que é a que menos possui médicos pela relação. É possível relacionar o apresentado neste gráfico com o que é apresentado no gráfico da figura 3, pois a falta de médicos representa uma das dificuldades de acesso, tanto a especialistas quanto a médicos generalistas ou de saúde da família. Isso reforça a tese de que existe uma grande dificuldade de acesso à consultas especializadas e exames naquela região, fazendo crescer na população o desejo por um plano de saúde, onde o acesso a esses serviços é melhor.

De acordo com Sette e Pinheiro (2013), verifica-se nos estados uma concentração destes profissionais nas capitais e regiões metropolitanas, havendo dificuldade de fixação destes até mesmo em bairros periféricos. Os estados que mais possuem médicos são Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente. De acordo com Paula (2013a) a região Norte do país demanda pela interiorização do profissional de saúde, em especial o médico. “No Amazonas a contratação do médico é um verdadeiro leilão, financeiro e de condicionantes que possam trazer este profissional (...)” (PAULA, 2013a p. 35). Existe uma série de limitações das regiões do interior que acabam afastando os profissionais de saúde.

Dentre elas o salário, a dificuldade de acesso, a dificuldade de comunicação, as condições de trabalho, a distância de centros urbanos maiores e outros (PAULA, 2013a).

Além da falta de médicos em diversas áreas do país, observa-se ainda a falta de comprometimento e uma formação diversa aos propósitos da Atenção Básica no país. De acordo com Harzheim (Org.) (2013), a análise crítica em relação aos servidores municipais que trabalham na AB na cidade do Rio de Janeiro, principalmente das UBS tradicionais, mostra que existe desmotivação, não cumprimento da carga-horária, falta de conhecimento sobre os atributos da AB, visão baseada em atividades programáticas e outras características dos profissionais que dificultam a incorporação destes profissionais em um modelo inovador de AB, com acompanhamento longitudinal, integral e orientado à comunidade que é representado pela ESF.

Almeida-Filho (2011) acredita que o principal culpado pela baixa qualidade da assistência e do acesso à saúde no SUS é a formação de recursos humanos. Segundo ele, isso ocorre devido à uma ideologia individualista disseminada pelo mercado privado, onde o retorno para o profissional de saúde seria maior, principalmente em termos financeiros. Além disso, as classes que mais têm acesso aos cursos de medicina no país atualmente são as classes mais privilegiadas financeiramente, cujos membros tendem a apoiar abordagens mais individualistas (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Segundo Sousa e Mendonça (2014), há questionamentos no sistema educacional da área da saúde acerca da formação destes profissionais. Isso se deve principalmente às características em que a formação é historicamente baseada, como cita Sousa e Mendonça (2014 p. 629):

I – dissociação entre o ensino das ciências biomédicas (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, bacteriologia) nos primeiros anos do curso e as disciplinas de clínica; II – pouca ênfase nos aspectos da atenção médica individual; III – enfoque na doença sem que seja visualizado o sujeito em suas singularidades; IV – valorização da aprendizagem no ambiente hospitalar, desconhecendo a realidade e o espaço social onde as famílias e comunidades estão inseridas; V – especialização precoce; VI – enorme descompasso entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e as comunidades; VII – desconsideração do ambiente de trabalho como princípio pedagógico.

Essas características comuns a todos os cursos da saúde, mas principalmente nos de medicina, têm formado profissionais com perfil inadequado à reestruturação da atenção à saúde no país. Isso é percebido principalmente na pouca responsabilização social e compromisso ético com os usuários do SUS. Existe de fato uma incompatibilidade com o

atual modelo de prática médica, intervencionista, técnico, superespecializado e fragmentado, com o modelo de saúde de acesso universal, integral e equitativo. Com a implementação da ESF, este problema se tornou mais evidente (SOUSA; MENDONÇA, 2014). A ESF apresenta um modelo equitativo e integral através da atuação de uma equipe multiprofissional, visando o paciente em sua integralidade e mantendo uma relação de vínculo com o mesmo, procurando romper com a descontinuidade do cuidado que ocorre no modelo tradicional.

Porém existem movimentações do governo em relação a este tema. Em entrevista, o ex-ministro Alexandre Padilha afirma que o Brasil tem um plano estratégico de formação de médicos em conjunto com o Ministério da Educação (CONASEMS, 2013). Além disso, em julho de 2013, foi lançado o programa Mais Médicos.

Ao longo dos mais de 25 anos de implantação do SUS houveram diversas iniciativas para alterar o modelo da formação do curso e a quantidade de médicos formados. Polos de capacitação, Normas Operacionais Básicas (NOB), Conferências Nacionais de Recursos Humanos, decretos e até mesmo uma Política de Recursos Humanos para o SUS foi lançada. Porém, recentemente foi lançado o Plano Nacional de Saúde (PNS), que foi criado com um conjunto de medidas educacionais, regulatórias incluindo o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), que tem como objetivo básico incentivar que profissionais atuem na AB e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que visa incentivar transformações no processo de formação para mudanças na prestação de serviços à população, com uma abordagem integral do processo saúde-doença. Foi criado ainda o Telessaúde, que torna possível a realização de consultorias, diagnósticos, educação e segundas opiniões por meio de tecnologias que possibilitam a comunicação à distância (SOUSA, MENDONÇA, 2014).

Em relação à quantidade de médicos, o programa Mais Médicos (BRASIL, 2013b) veio trazer a possibilidade da contratação de médicos estrangeiros e principalmente estimular a interiorização e melhor distribuição destes profissionais. Segundo Sousa e Mendonça (2014), os estados que mais possuem médicos são: Distrito Federal, com 3,46 médicos a cada 1.000 habitantes; Rio de Janeiro, com 3,44 médicos a cada 1.000 habitantes; e São Paulo, com 2,49 médicos a cada 1.000 habitantes. Mesmo com esses números, existe a falta de médicos de determinadas especialidades médicas nessas regiões. Oficializado pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013b), o programa Mais Médicos, já contratou, até o ano seguinte, mais de 13 mil médicos brasileiros e estrangeiros para atuar na AB em municípios e

distritos indígenas desassistidos até então. A meta de cobertura do programa é a inclusão de mais de 40 milhões de brasileiros junto à serviços de AB. No Amazonas já são mais de 400 médicos atendendo a 3 mil habitantes (PAULA, 2014). De acordo com o Cosems (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) do estado, a prática médica dos estrangeiros, que em sua grande maioria são cubanos, é totalmente diferente da prática que a população está acostumada (PAULA, 2014 p. 21):

Os médicos brasileiros não cumpriam a carga-horária na totalidade e eram vistos pela população como espécies de semi-deuses inacessíveis. Agora, com a chegada dos médicos cubanos, a fala é inversa, porque a prática da medicina deles é totalmente humanizada, igualitária, próxima da população. Assim é que aumentaram o número de consultas (...).

Segundo Sousa e Mendonça (2014), o programa mais médicos foi criado para (SOUSA; MENDONÇA, 2014 p. 651/2):

I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II – fortalecer a prestação de serviços na Atenção Básica em saúde no país; III – aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação e; IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira (...).

Segundo Gomes (2013), no início de 2014, 81% dos municípios que aderiram ao programa já tinham recebido médicos do programa Mais Médicos e em cerca de 73,8% deles a demanda já tinha sido atendida. Por exemplo o Distrito Federal, que havia solicitado 70 médicos, sendo que já havia recebido todos os médicos solicitados, e o Pará, que havia solicitado 539 médicos, também já tendo recebido a totalidade dos médicos solicitados (GOMES, 2013).

6.3. Financiamento

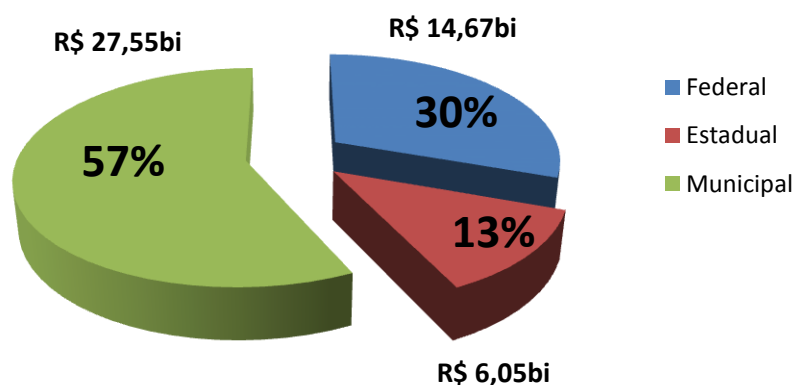
Desde sua criação o SUS passou por diversos desafios, em relação ao financiamento e a suas fontes. Em seu início, a partir de 1988, o SUS deveria receber 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, o que não aconteceu. No ano de 2012, se o SUS recebesse 30% do recurso destinado a Seguridade Social, o valor recebido seria maior que o total de gastos do Governo Federal no ano de 2011, representando aproximadamente 177 bilhões de reais. Em 1997, a vigência da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) como fonte exclusiva para a saúde não acrescentou a quantidade de recursos que se

esperava. Em 2000, a Emenda Constitucional 29 acrescentou recursos à saúde, porém havia casos em que parte do dinheiro era destinada a pagar a aposentadoria de funcionários, pois a Emenda não delimitava o que era gasto em saúde (FEITOZA, 2014).

Em entrevista concedida à revista Conasems, o ex-ministro da Saúde Alexandre Padilha afirma que o orçamento Federal destinado à saúde subiu de 28,3 bilhões no ano de 2002 para 93,4 bilhões no ano de 2012. Além disso, a regularização da Emenda Constitucional 29, com a Lei Complementar nº 141 de 2012, estabeleceu quais gastos são considerados gastos em saúde, tornando melhor a aplicação desses recursos (PAULA, 2013c).

Segundo Ladeira (2013), o segundo maior montante de investimentos do Governo Federal é destinado à saúde, sendo que no ano de 2013 foram destinados 99,8 bilhões de reais. Para o ano de 2014, foram 6,2 bilhões de reais a mais. Para o setor da Atenção Básica do ministério, no ano de 2013, foram destinados 16,52 bilhões de reais. Considerando outros setores, como medicamentos, vigilância, educação permanente e outros, o valor passa a ser de 25,22 bilhões de reais (LADEIRA, 2013).

Figura 7 – Média de gastos em AB nas 3 esferas de governo no ano de 2011



Fonte: LADEIRA, 2013. Adaptado.

O total de recursos aplicados pelas três esferas na Atenção Básica em 2011 chegou a 48,27 bilhões de reais. A maior parte do gasto com AB está nos municípios, representando em média 57%, o Governo Federal participou com 30% e os Estados, com a menor parte, que foi de 13%, sendo que alguns Estados chegam a investir menos de 4% (LADEIRA, 2013).

Diversos Cosems estaduais se queixam da municipalização dos investimentos à saúde. A insuficiência de recursos federais e a quase ausência de co-financiamento estadual em políticas prioritárias do SUS, como a AB, aumenta a responsabilidade dos municípios (PAULA, 2013b). Segundo Paula (2013b), o Governo Federal diminuiu a participação no financiamento do SUS de 75% para 46% entre 1980 e 2012. Enquanto isso, segundo ela, os estados e municípios, que antes participavam com 25% do total de recursos destinados à saúde pública, hoje participam com 54%.

É mundial a tendência de crescimento dos gastos em saúde. Os investimentos em saúde no Brasil tem aumentado, porém, os gastos públicos ainda não superam os gastos privados em saúde. O sistema de saúde dos Estados Unidos é conhecido por ser privado em sua essência, enquanto o sistema de saúde do Brasil é público, gratuito e universal. Apesar da diferença entre os sistemas de saúde dos Estados Unidos e o brasileiro, o gasto *per capita* público em saúde no Brasil é semelhante, sendo baixo e não superando os gastos privados. Em países com sistemas de saúde universais e público, o gasto público total em saúde são superiores aos gastos privados. Além disso, o gasto *per capita* público em saúde é consideravelmente maior que o brasileiro (CONASS, 2009).

O financiamento atual do Sistema Único de Saúde é insuficiente para garantir um atendimento universal. Porém, além de aumentar os investimentos, é necessário melhorar a qualidade dos gastos, tornando para isso, a gestão mais eficiente (CONASS, 2009).

Se faz necessário uma maior participação de estados e municípios na CIB visando fortalecer as regiões. O auxílio técnico dos estados e a organização dos municípios com seus vizinhos possibilita que a RAS seja consistida na complementariedade, fazendo com que os municípios possam aplicar melhor seus recursos. A partir disso, diversos serviços poderão ser ofertados, visando a integralidade da assistência.

6.4. Desafios

Ao longo de todos os anos o SUS tem avançado. Porém permanecem desafios. O subfinanciamento ainda se revela como um dos desafios do SUS. Quando se compara o SUS com sistemas de saúde universais em outros países, observa-se que as principais diferenças são: o financiamento público e a disponibilidade de profissionais. Outra diferença importante,

e também consequência das diferenças já citadas, é que os sistemas universais de outros países atraem todas as classes sociais. No Brasil, o que se observa é o temor de que o SUS se torne um sistema de saúde pobre para os pobres (SILVA, 2013). Onde o valor investido seria baixo, para que a assistência seja ofertada de modo simplório, ou seja, que não seja resolutiva em problemas de saúde mais complexos.

Resultado do baixo investimento é a baixa oferta de equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia cerca de 4 a 7 vezes menor que o comparado aos planos privados, mesmo quando apenas $\frac{1}{4}$ da população faz uso desses planos. Além disso, a falta de investimento em uma rede pública de saúde fez com que por volta de 65% das internações e 92% dos de diagnóstico e terapia fossem remunerados por produção através da tabela de valores do SUS. A falta de financiamento ainda acarreta a limitação do pessoal e a precarização das relações da gestão do trabalho, provocando, por consequência, filas no sistema (OLIVEIRA (Org.), 2012).

A AB é a que atualmente mais sofre com o subfinanciamento. O financiamento da Média e Alta complexidade em 2012 foi cerca de 7,7 vezes maior que o financiamento da AB. Se comparado o financiamento da Média e Alta complexidade entre 1995 e 2012, houve um crescimento de 43%, já corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor. Enquanto isso, para a AB, em relação ao PAB fixo, o crescimento foi de apenas 1,1%. A falta de financiamento acarreta no crescimento do setor privado dentro do Sistema Único de Saúde, em vistas a preencher as lacunas do sistema. Porém isso impede o cumprimento das diretrizes legais do SUS, de integralidade, universalidade, equidade e gratuidade (OLIVEIRA (Org.), 2012). Esses valores não refletem que a Atenção Básica no Brasil passou a ser prioridade, principalmente após o ano 2000, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família. A AB, em termos práticos, não teve um aumento significativo de financiamento, traduzindo o modelo hospitalocêntrico atual.

Em relação à gestão, a descentralização do processo decisório no Sistema Único de Saúde não surtiu todos os efeitos desejados. É necessário se considerar as grandes desigualdades de cada localidade (CONASS, 2009). Segundo Oliveira (Org.) (2012), a gestão municipal permanece tensionada a concentrar os baixos recursos nas situações de urgência, sobrando menos recursos para a prevenção e promoção da saúde, incluindo a AB. Sendo assim, é necessário uma participação maior dos Estados no planejamento, financiamento e execução municipal de todos os níveis de atenção dentro das CIB, visando a formação das

RAS. Concomitante, o Estado deve desempenhar um papel regulador e mediador, buscando em conjunto com os municípios a definição de metas e fomentando políticas regionais e locais (CONASS, 2009).

Ao longo dos últimos anos o governo tem utilizado diversas formas de contratação, como a temporária, a terceirização, bolsas de trabalho, contratos por órgãos internacionais, estágios, bolsas de trabalho e outros. A utilização desses recursos tem auxiliado o SUS a suprir a demanda por mão de obra, porém tem gerado conflitos em virtude da desigualdade de tratamento. Isso acaba gerando insatisfação e desmotivação no profissional. É necessário investir na mão de obra por meio de concursos públicos e elaborar instrumentos que possibilitem o monitoramento e avaliação da força de trabalho em saúde. A contratação, manutenção e qualificação dos profissionais deve ser um tema discutido desde o âmbito Federal até o municipal para que seja realizado um planejamento efetivo visando melhorar a qualidade do trabalho (CONASS, 2009).

Outro desafio é a rigidez da burocracia estatal, que muitas vezes engessa o planejamento e a execução das ações. Resultado disso é a lentidão desde a autorização para concursos públicos e a realização de licitações para a compra de medicamentos até a reposição de materiais, o que gera um grande dano à qualidade do atendimento. É necessário uma efetiva participação da comunidade na fiscalização dos gastos para que o Estado organize melhor sua estrutura administrativa e orçamentária para que as demandas sociais básicas sejam de fato atendidas (OLIVEIRA (Org.), 2012).

Segundo Oliveira (Org.) (2012), esses desafios tem persistido ao longo da história do SUS. Porém, avanços foram feitos. A formação da consciência social do direito à saúde tem cada vez mais afirmado que a saúde é mais um direito do consumidor do que um direito humano, mesmo quando o SUS é de fato pago por todos os brasileiros, principalmente os menos favorecidos (OLIVEIRA (Org.), 2012).

7. Considerações finais

A insatisfação da população brasileira com o Sistema Único de Saúde é grande e não é por menos. O acesso à atenção à saúde dificultado para a população e os exemplos, cada vez mais frequentes, da falta de humanização e de estrutura da rede pública de saúde, acaba deixando o SUS como última opção de atendimento, quando deveria ser a primeira.

A Atenção Básica é a chave para a sustentabilidade de um sistema complexo como o SUS se apresenta, principalmente devido às mudanças no perfil populacional. A inversão da pirâmide etária, com o envelhecimento da população e a tripla carga de doenças, com o aumento das doenças crônicas, representa também um aumento dos custos do sistema. A Promoção da Saúde, integrante da Atenção Básica, é essencial para melhorar a qualidade de vida da população e assim, diminuir os indicadores de morbimortalidade no país.

O acesso à saúde é o primeiro passo para concretização do direito à saúde. Para além do acesso, é necessário garantir a resolutividade, não só da Atenção Básica, mas de toda a Rede de Atenção à Saúde. Garantir o acesso a exames, consultas e outros pontos da atenção, mediante o fortalecimento da referência e da contra-referência é uma das necessidades mais atuais do sistema. A inserção de mais recursos públicos no SUS, aumentando o financiamento público à saúde em relação ao privado, contribuirá para a melhoria do acesso, mantendo o setor privado como coadjuvante do SUS, como o proposto pela CF de 1988, e garantindo no mínimo, atendimento à população que mais necessita.

Além disso, é necessário amadurecer o pensamento do país sobre o serviço público. O serviço público – seja ele através da terceirização, contratação por concurso público, parcerias, contratos temporários ou outros tipos de contratação realizados pelo governo – deve ser visto como um cargo privilegiado e de honra, exigindo sacrifícios. Principalmente devido ao fato de que se serve não só à população, mas à pátria. Dar o melhor de si no serviço de suas atribuições e cobrar por melhorias que não sejam puramente egoístas, seguramente contribuirá para a melhoria dos serviços. O que vemos é o crescimento da insustentabilidade da ganância dentro e fora do setor público. Poucos com muito e muitos com pouco, sendo que as principais repercussões são na máquina pública, que sofre com os abusos de todos os lados. Consequência disso é a falta de cuidado com a população que carrega este país nas costas, a classe trabalhadora.

A Saúde Coletiva desempenha um papel chave para mudar a realidade da saúde neste país. Com uma formação humanizada e integral, que busca considerar todos os lados envolvidos, a Saúde Coletiva é capaz de atuar em diversas frentes estratégicas, dentre elas a gestão, promovendo a intersetorialidade. Mais que isso, ela capacita o profissional a ver o paciente, seja do sistema público ou privado, como ser humano, buscando o caminho mais adequado para a sustentabilidade do sistema.

É importante que se continue lutando para que a saúde seja de fato pública no Brasil. Que atenda aos anseios da população e mais que isso, que atenda aos preceitos constitucionais e legais. É papel de todos a luta por um país melhor, um Sistema Único de Saúde que seja de fato único e de fato um sistema de saúde.

8. Referências

ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. In: **THE LANCET – Saúde no Brasil**. Londres: The Lancet, mai. 2011, p. 10-11. Disponível em:

<<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 29/06/2015.

BEDÊ, M. O sonho de ser empreendedor no Brasil. In: VIII ENCONTRO DE ESTUDOS EM EMPREENDEDORISMO E GESTÃO DE PEQUENAS EMPRESAS (EGEPE). 2014,

Goiânia. Disponível em: <<http://www.egepe.org.br/anais/tema14/39.pdf>>. Acesso em: 16/03/2015.

BORGES, C.; BAPTISTA, T. A política de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1 , p. 27-53, mar./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/03.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal de 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Art. 196 a 198, 1988.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 28/02/2015.

BRASIL. Lei n. 8.080, 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 República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, v. 4. (Série pactos pela saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

Acesso em: 27/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, fev. 2006b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 07/03/2015.

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2007. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 22/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 22/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria n. 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, ago. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 22/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, out. 2011b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 22/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 08/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, dez. 2012b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 06 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea. 1 ed., Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 28, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 20/03/2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, out. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 23/06/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014a. Atualizado em out. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 06 de dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2014b. Atualizado em dez 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Hierarquia.asp?VEstado=53>. Acesso em: 06 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE**. 2015. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em: 03/05/2015.

CAMPOS, C. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, jul/set, 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/36/14>>. Acesso em: 27/02/2015.

CASTRO, A.; MACHADO, C. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, abr., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

CLARES, J.; SILVA, L.; DOURADO, H.; LIMA, L. Regulação do acesso ao cuidado na Atenção Primária: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, out./dez.; 19(4): 604-609. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a17.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

CONASEMS. Ministério da Saúde. **Rev. CONASEMS: SUS: atenção à saúde dos desabrigados**, Brasília, 2013, ano IX, n 47, jan./fev.

CONASEMS. Ministério da Saúde. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013, ano IX, n. 48, mar./abr.

CONASEMS. Ministério da Saúde. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013, ano IX, n. 49, mai./jun.

CONASEMS. Ministério da Saúde. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013, ano IX, n 50, jul./ago.

CONASEMS. Ministério da Saúde. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2014, ano X, n. 55, mai./jun.

CONASS. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária: um diagnóstico preliminar. In: CONASS. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS, 2004, p. 9-20. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_7.pdf>. Acesso em: 22/09/2014.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007, v 8, 1 ed., 232 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ministério da Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 1 ed., 2009, 282 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf>. Acesso em: 03/02/2015.

CONASS. Ministério da Saúde. **Rev. Consensus**: saúde: para onde vai a classe média, Brasília, 2013, ano III, n. 7, abr./mai./jun.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.

Declaração de Alma-Ata. URSS, Alma-Ata, 1978. Disponível em:

<<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 03/02/2015.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de**

Ottawa. Ottawa, nov. 1986. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 25/02/2015.

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

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

EVANS, R.; STODDART, G. Producing health, consuming health care. **Soc Sci Med.**

31(12):1347-63, 1990.

FEITOZA, V. Uma luta de todos os brasileiros. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2014, ano X, n. 55, mai./jun., p. 31-37.

FIGUEREDO E. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

diretrizes e fundamentos. **Módulo político gestor.** 2011. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 06/12/2014.

FLECK, M. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, 5(1):33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>.

Acesso em: 13/02/2015.

FREITAS, M.; MANDÚ, E. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, Cuiabá, 2010; 23(2):200-5. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>. Acesso em: 22/09/2014.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.; SATO, C.; ROCHA, S.; SPAGNUOLO, R. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**, 35(2), 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 06/12/2014.

GIL, C. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.); ESCOREL, S. (Org.); LOBATO, L. (Org.); NORONHA, J. (Org.); CARVALHO, A. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575-625. Disponível em:

<http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Giovanella%20L%20Mendon%C3%A7a%20MH%20APS.pdf>. Acesso em: 22/09/2014.

GOMES, R. Mais médicos amplia acesso à atenção básica e estimula mudanças na saúde. **Revista brasileira Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013, mai./dez., ano 1, n. 1, p. 62-67.

GÖTTEMS, L.; EVANGELISTA, M.; PIRES, M.; SILVA, A.; SILVA, P. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1409-1419, jun., 2009. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n6/23.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

HARZHEIM, E. (Org.); HARZHEIM, E.; LIMA, K.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família**. Porto Alegre: OPAS, 2013 (Inovação na gestão). Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/11/Clinicas-Saude-da-Familia-Rio-de-Janeiro.compressed.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.; CASTRO, P.; RIBEIRO, M.; FORSTER, A.; NOVAES, M.; VIANA, A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 683-703, 2006. <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>>. Acesso em: 15/05/2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JR, K.; CAMPOS, E.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.; MASCARENHAS, M.; MAUAD, N.; FRANCO, T.; RIBEIRO, L.; ALVES, M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/11.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

JUNIOR, N.; JESUS, C.; CREVELIM, M. A estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p. 709-716, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/21.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

LADEIRA, F. Mais médicos amplia acesso à atenção básica e estimula mudanças na saúde. **Revista brasileira Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013, mai./dez., ano 1, n. 1, p. 78-81.

LAMOUNIER, B. Consensus entrevista. **Rev. Consensus: saúde: para onde vai a classe média**, Brasília, 2013, ano III, n. 7, abr./mai./jun., p. 6-11.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

LEAL, A. **Formação especializada em Saúde da Família: aprendizagem e mudança de práticas**. João pessoa: Fiocruz, 2013. Disponível em:

<<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3873>>. Acesso em: 22/09/2014.

LIMA, R.; JUNIOR, M.; MARTINS, J.; SANTOS, E.; BOURGET, M. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, 7(24):164-70, jul.-set., 2012.

Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/270/501>>. Acesso em: 06/12/2014.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. Doenças crônicas, Atenção Primária e desempenho dos sistemas de saúde – Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento. [s.l.; s.n.], 2011. Disponível em: <<http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/36648353.pdf>>. Acesso em: 14/05/2015.

MATHEUS, A. Plano Operativo traça ações de saúde para população em situação de rua. **Rev. CONASEMS: SUS: atenção à saúde dos desabrigados**, Brasília, 2013, ano IX, n 47, jan./fev., p 37-41.

MELLO, G.; FONTANELLA, B.; DEMARZO, M. Atenção básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.nuteds.ufc.br/curso/cepisf/mod_assist/aula_02/material_complementar/compl_Atencao_basica_e_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 03/02/2015.

MOURA, B.; CUNHA, R.; FONSECA, A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.; VILASBÔAS, A.; XAVIER, A.; COSTA, A. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1): S69-S81 nov., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

NARDI, A. Os olhares serenos da Saúde da Família no Brasil. In: SOUSA, M.; FRANCO, M.; MENDONÇA, A. **Saúde da Família no municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014, p. 13-37.

OLIVEIRA, A.; FERREIRA, C. A planificação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - A fase de terraplanagem das Redes de Atenção à Saúde. In: CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde - I Mostra Nacional de Experiências**. Brasília: CONASS, 2012, p. 89-91.

OLIVEIRA, I.; ROCHA, R.; CUTOLO, L. Algumas palavras sobre o Nasf: Relatando uma experiência acadêmica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, 36 (4): 574-580, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/19.pdf>>. Acesso em: 06/12/2014.

OLIVEIRA, N (Org.). Direito sanitário – oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania’. 1 ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012.

OMS - Organização Mundial de Saúde/WHO - World Health Organization. **Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos – Universidade de São Paulo (USP). Nova Iorque: [s.n.], 22 jul. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 21/02/2015.

OMS/WHO - World Health Assembly. **Health for all by the year 2000**. Geneva: [s.n.], 1977.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Agora mais do que nunca**. Relatório mundial de saúde – Atenção Primária em Saúde. Geneva, Suíça: WHO, 2008. Tradução de: Maria Cristina Moniz Pereira. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 25/02/2015.

ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G.; FERRER, A.; CORRÊA, C.; MADUREIRA, P.; GAMA, C.; DANTAS, D.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, 46(1):43-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf> >. Acesso em: 22/09/2014.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento. Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 24/02/2015.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Desenvolvimento sustentável e saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2014. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde 1).

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **THE LANCET – Saúde no Brasil**. Londres: The Lancet, mai. 2011, p. 11-31. Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 27/02/2015.

PAULA, E. SUS: construção de uma política voltada à “potência de vida”. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013a, ano IX, n. 49, mai./jun. p. 32-38.

PAULA, E. O pensamento saudável. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013b, ano IX, n 50, jul./ago., p. 15-21.

PAULA, G. Alexandre Padilha. **Rev. CONASEMS**: SUS: atenção à saúde dos desabrigados, Brasília, 2013c, ano IX, n 47, jan./fev., p. 5-13.

PAULA, E. A afirmação da diferença. **Conasems**, Brasília, ano x, n. 55, p. 16-23, mai./jun. 2014.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, C. (Org.); FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 151-178.

Disponível em:

<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/na%20corda%20bamba/cap_5.pdf>.

Acesso em: 04/02/2015.

REHEM, T.; EGRY, E. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12): 4755-4766, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>. Acesso em: 15/05/2015.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, mai./dez., ano 1, n. 1.

ROCHA, P.; UCHOA, A.; ROCHA, N.; SOUZA, E.; ROCHA, M.; PINHEIRO, T. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S69-S78, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/12.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

ROSA, T. Saúde: para onde vai a nova classe média. **Rev. Consensus**: saúde: para onde vai a classe média, Brasília, 2013, ano III, n. 7, abr./mai./jun., p. 13-19.

ROSA, W.; LABATE, R. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 nov./dez.; 13(6):1027-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

SALES, K. **Estratégia Saúde da Família: processo histórico da implantação na IX Região Administrativa – Ceilândia – Distrito Federal**. Brasília, DF: UnB, 2013. 96 p. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6157/1/2013_KetiladeSousaSales.pdf>. Acesso em: 31/10/2014.

SAMPAIO, R.; MANCINI, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>. Acesso em: 12/03/2015.

SANTOS, L. Pensando a saúde a partir do Brasil. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2014, ano X, n. 55, mai./jun., p. 24-25.

SETTE, C.; PINHEIRO, M. Escassez do profissional médico no SUS. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013, ano IX, n. 49, mai./jun. p. 30-31.

SILVA, N.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de cobertura ou reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p. 592-604, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/11.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

SILVA, S. Ministério da Saúde. O SUS e outros sistemas universais de saúde. **Rev. CONASEMS**, Brasília, 2013, ano IX, n. 48, mar./abr., p. 14-5.

SOUSA, M. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M.; FRANCO, M.; MENDONÇA, A. **Saúde da Família no municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014, p. 40-76.

SOUSA, M.; MENDONÇA, A. Mais equipe de saúde para o Brasil. In: SOUSA, M.; FRANCO, M.; MENDONÇA, A. **Saúde da Família no municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014, p. 629-668.

SOUZA, E.; VILAR, R.; ROCHA, N.; UCHOA, A.; ROCHA, P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde**

Pública, v.24, sup.1. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em: 22/09/2014.

SOUZA, R. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional – Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil: [s. n.], ago., 2002. Disponível em:
<[http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAde%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAde%20Brasileiro(CEST).pdf)>. Acesso em: 27/02/2015.

STARFIELD, B. Ministério da Saúde. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002, 726 p. Disponível em:
<bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 22/09/2014.

SUS - O SISTEMA DE SAÚDE MAIS DESCENTRALIZADO DO MUNDO. **Rev. CONASEMS: SUS: atenção à saúde dos desabrigados**, Brasília, 2013, ano IX, n 47, jan./fev., p 19-24.

VILLELA, W.; ARAÚJO, E.; RIBEIRO, S.; CUGINOTTI, A.; HAYANA, E.; BRITO, F.; RAMOS, L. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1316-1324, jun., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/14.pdf>>. Acesso em: 23/09/2014.

VOSGERAU, D.; ROMANOWSKI, J. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/dialogo?dd99=pdf&dd1=12623>>. Acesso em: 19/03/2015.