

## Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul

Comprehensive primary care and segmented health systems in South America

Atención primaria integral y sistemas segmentados de salud en Suramérica

Ligia Giovanella <sup>1</sup>

Patty Fidelis de Almeida <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00118816

### Resumo

O artigo analisa o processo recente de reformas da atenção primária à saúde nos países da América do Sul, discutindo alcance e desafios para a constituição de uma atenção primária integral nos sistemas de saúde da região. Tendo como fontes de informação estudos de caso realizados nos 12 países, toma, como eixos de análise, componentes estratégicos da concepção e implementação da atenção primária à saúde: abordagens nas políticas nacionais, características do financiamento, organização e prestação e a força de trabalho em atenção primária à saúde. A análise transversal em perspectiva comparada oferece um panorama da atenção primária à saúde nos países da região e destaca convergências e assimetrias. Observa-se, como traço comum, o resgate da concepção ampliada de atenção primária à saúde com componentes familiar e comunitário, base territorial, equipe multidisciplinar, incorporação de agentes comunitários de saúde e participação social. Na implementação, heterogeneidades nos avanços e contradições nos modelos se destacam. A insuficiente oferta de médicos, dificuldades para provisão e fixação em zonas remotas e periféricas, bem como na própria atenção primária à saúde, precariedade dos vínculos e ausência de carreira são problemas comuns, com iniciativas recentes de intervenção estatal no direcionamento da força de trabalho para o sistema público. A segmentação da oferta de atenção primária à saúde converge com a segmentação da proteção social em saúde nos diversos países seja pela manutenção dos seguros sociais, dos seguros seletivos e focalizados, pela cobertura por seguros privados de saúde ou pela manutenção de populações excluídas do direito à saúde. Argumenta-se que a implementação da atenção primária integral está condicionada às modalidades de proteção social em saúde vigentes.

*Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Saúde; Política Pública; Política de Saúde*

### Correspondência

P. F. Almeida

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.  
Rua Marquês do Paraná 303, 3º andar, Niterói, RJ  
24030-2100, Brasil.  
pattyfidelis@id.uff.br

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.



## Introdução

O presente artigo analisa o processo recente de reformas da atenção primária à saúde nos países da América do Sul, buscando discutir o alcance e os desafios para a constituição de uma atenção primária integral nos sistemas de saúde da região.

Na América do Sul, a partir da primeira década do século XXI, com os processos de redemocratização e assunção de governos de centro-esquerda e esquerda, mais comprometidos com a justiça social, ganharam destaque, no contexto das reformas dos sistemas de saúde, processos de revitalização da atenção primária à saúde, em uma abordagem abrangente, reafirmando princípios da *Declaração de Alma-Ata*. Não obstante, na maior parte dos países, a implementação dessas reformas enfrenta importantes desafios originados na herança de modelos de atenção primária à saúde focalizados com redução do papel prestador do Estado, seletividade nos serviços e na eleição de seus usuários, das reformas pró-mercado dos sistemas de proteção social da década anterior, do contexto de segmentação dos sistemas de saúde e de profundas iniquidades sociais <sup>1,2,3</sup>.

Uma característica marcante dos sistemas de saúde na América do Sul é a segmentação da cobertura decorrente das modalidades de proteção social prevalentes na região <sup>4</sup> com estratificação de grupos cobertos, dada a heterogeneidade e elevada informalidade no mercado de trabalho e persistente exclusão social <sup>5</sup>. Nos anos 1980, com os programas de ajuste estrutural, ganharam proeminência, na agenda social latino-americana, os temas das redes sociais de proteção mínima aos pobres, prestação social por organizações não governamentais (ONGs) e setor privado, e os Programas de Transferência de Renda Condicionada, com repasse de recursos financeiros para grupos populacionais de baixa renda mediante comprovação de condicionalidades estabelecidas <sup>6</sup>.

Na saúde, essas premissas resultaram em ressegmentação com subsídios à demanda por meio da criação de seguros destinados à cobertura de grupos populacionais específicos, como o materno-infantil ou populações em extrema pobreza, contemplando pacotes mínimos de serviços característicos da atenção primária à saúde seletiva. Ao mesmo tempo, foi introduzida a cobrança nos serviços públicos de saúde com obrigatoriedade de copagamentos, inclusive para a população de baixa renda <sup>7,8</sup>.

A agenda governamental, a partir de meados dos anos 2000, incorporou os desafios de construir instituições democráticas e promover a inclusão social em contexto de intensas disparidades sociais, sendo que o combate à pobreza tornou-se prioridade. Variados programas de assistência social, incluindo aposentadorias não contributivas e transferências condicionadas de renda, quebrando a relação entre proteção social e mercado de trabalho, foram implementados ou expandidos <sup>9</sup>. Na saúde, entrou, na agenda governamental, a perspectiva da universalização de sistemas públicos de saúde com base a novos modelos assistenciais em atenção primária à saúde <sup>10</sup>.

Internacionalmente, reconhecem-se benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade <sup>11</sup>. São clássicos os estudos de Starfield et al. <sup>12</sup> demonstrando efeitos positivos nos resultados em saúde, acesso, equidade e eficiência dos sistemas de saúde. Atualmente, o fortalecimento da atenção primária é considerado uma das estratégias mais efetivas para responder as mudanças no perfil de morbimortalidade <sup>11</sup>.

Não obstante certa unanimidade quanto aos benefícios da atenção primária à saúde e reafirmação de princípios de Alma-Ata, predominam imprecisões e contradições conceituais com diversas abordagens em disputa. A própria permanência da prioridade da atenção primária à saúde por longo período e sob discursos díspares pode ser decorrência dessa imprecisão conceitual que permite abarcar iniciativas por vezes contrapostas: “uma receita para todas as estações” <sup>13,14</sup>. Essas imprecisões decorrem das diversas influências e antecedentes imediatos e remotos de Alma-Ata: no modelo epidemiológico militar vetorial das campanhas de saúde pública; nos programas integrais e de educação para a saúde com pessoal comunitário; nos programas de medicina comunitária estadunidenses para aliviar tensões sociais; na perspectiva religiosa missional das experiências de saúde comunitária do Conselho Mundial de Igrejas; nas iniciativas de extensão do acesso aos serviços de saúde e aos benefícios científicos a toda população nos processos de descolonização e democratização dos então denominados países do terceiro mundo <sup>13,14</sup>.

Imediatamente pós Alma-Ata, em contexto de crise econômica e assunção de governos conservadores nos países centrais, seus ideais foram simplificados em uma cesta de serviços “custo-efetivos”

para pobres, difundindo-se uma abordagem seletiva, incentivada por organismos internacionais. Uma concepção que Mario Testa<sup>15</sup> alcunhou de “primitiva”, medicina pobre para pobres.

No presente artigo, a análise da atenção primária à saúde alinha-se à tradição da medicina social latino-americana que, com base na *Declaração de Alma-Ata*, desenvolveu uma abordagem de atenção primária integral (em contraposição a uma atenção primitiva) com componentes de: garantia de acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, primeiro ponto de contato de uma rede integral de atenção à saúde; a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social, o que implica na cooperação de outros setores para enfrentar determinantes sociais e promover a saúde; e de participação social para gerar autonomia e ampliar direitos sociais<sup>3</sup>. Essa abordagem de atenção primária à saúde integral, ainda que não plenamente operacionalizada, conforma o referencial normativo da análise realizada neste artigo.

Por meio da análise transversal de componentes e características da implementação da atenção primária à saúde nos países da América do Sul, argumenta-se que, em sistemas de proteção social à saúde segmentados, a fragmentação, a seletividade e a estratificação, inerentes ao modelo de proteção, obstaculizam a implementação de atenção primária integral, mesmo em contextos políticos favoráveis com governos de esquerda/centro-esquerda que tenham, como objetivo, a construção de sistemas universais.

## Metodologia

As análises realizadas neste artigo tomam, como base, parte dos resultados do *Mapeo de los Modelos de Atención Primaria de Salud en los Países de América del Sur*, realizado pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), organismo internacional do Conselho de Saúde Sul-Americano, da União das Nações Sul-americanas (Unasul). Para o mapeamento, foram realizados estudos de caso nos 12 países com base a uma matriz metodológica comum, tendo, como fontes de informação: revisão de literatura, análise documental, visitas a Ministérios da Saúde e serviços de atenção primária à saúde selecionados em cada país, entrevistas com informantes-chave governamentais e representantes de organizações comunitárias, no período de novembro de 2013 a abril de 2014. No conjunto dos países, foram entrevistados 129 gestores do nível federal ou provincial responsáveis pela atenção primária à saúde, 53 técnicos do nível local, 10 representantes de ONGs, usuários e lideranças comunitárias, e outros 14 informantes-chave (pesquisadores, ex-gestores ou autoridades nacionais) que participaram dos processos de reforma da atenção primária à saúde. Foram visitadas 57 unidades básicas de saúde (UBS) em municípios indicados, em geral, por gestores dos Ministérios da Saúde de cada país, identificadas como experiências exitosas na implementação dos novos modelos em atenção primária à saúde. O estudo abarcou a última década (período que vai de meados dos anos 2000 até 2014). A metodologia completa de realização do mapeamento e as informações coletadas organizadas em estudos de caso de cada país estão disponíveis na página de Internet do Isagas (<http://www.isags-unasul.org/biblioteca.php?lg=2&cat=7&pag=9>, acessado em 06/Abr/2016).

No presente artigo, tomam-se, como eixos de análise, componentes estratégicos das concepções e implementação da atenção primária à saúde: abordagens nas políticas nacionais; características do financiamento, organização e prestação; e força de trabalho em atenção primária à saúde. Para cada componente, foram selecionados dados e informações correspondentes dos 12 países, sintetizados em tabelas, e foi realizada análise transversal em perspectiva comparada, destacando convergências, similaridades e assimetrias entre os países. Os resultados buscam oferecer um panorama da atenção primária à saúde nos países da região, fugindo ao escopo do artigo a análise dos processos políticos e sociais específicos em cada país, que ademais apresentam características demográficas, econômicas e sociais muito distintas, como se pode depreender da apresentação de indicadores selecionados na Tabela 1.

**Tabela 1**

Indicadores demográficos, econômicos e sociais selecionados. Países da América do Sul.

País	População em milhões 2015 *	PIB per capita (2013 ppp US\$) *	Razão de renda de 20% mais ricos/20% mais pobres (2011-2013) *	Gasto em saúde per capita (2014 US\$)	% gasto público em saúde (% gasto total em saúde, 2014)	Gasto público em saúde como % do PIB (2010) **	Taxa de mortalidade infantil (2015)	Taxa de mortalidade materna (2015)
Argentina	42,2	-	10,6	605	55,4	5,9	11	52
Bolívia	11,0	5.750	15,2	209	72,1	4,0	31	206
Brasil	203,7	14.750	16,9	947	46,0	4,0	15	44
Chile	17,9	21.060	12,6	1.137	49,5	3,7	7	22
Colômbia	49,5	11.960	17,5	569	75,1	5,2	14	64
Equador	16,2	10.720	12,0	579	49,2	3,9	18	64
Guiana	0,8	6.610	-	222	59,4	3,3	32	229
Paraguai	7,0	7.670	13,0	464	45,9	4,3	18	132
Peru	31,2	11.160	11,9	359	60,6	3,0	13	68
Suriname	0,5	15.960	-	589	51,7	2,7	19	155
Uruguai	3,4	18.940	9,0	1.442	71,2	5,9	9	15
Venezuela	31,3	17.900	-	873	29,3	2,1	13	95

PIB: Produto Interno Bruto.

Fontes: World Bank <sup>30</sup>; \* Organización Panamericana de la Salud <sup>31</sup>; \*\* Organización Panamericana de la Salud <sup>32</sup>.

## Resultados

### Abordagens de atenção primária à saúde nas políticas nacionais de saúde

Observa-se, para o conjunto das políticas nacionais de saúde dos países da América Latina, menção a processos de reforma da atenção primária à saúde, cujo eixo central é a oferta de atenção integral com garantia de ações preventivas, promocionais e assistenciais (Tabela 2). Sete países explicitam a atenção primária à saúde como a base de um modelo universal em saúde. Documentos oficiais expressam uma concepção de atenção primária à saúde inspirada pelos princípios da *Declaração de Alma-Ata*, em que pese a continuidade da oferta de pacotes para grupos específicos como nos casos da Argentina, Bolívia, Colômbia e Peru, e a permanência de um sistema de proteção social em saúde do tipo segmentado, com manutenção dos seguros sociais ou a criação de novos seguros focalizados, em passado recente. Bolívia, Equador e Venezuela trazem, como novidade, a incorporação da dimensão da interculturalidade como elemento formal da atenção primária à saúde nas políticas nacionais de saúde, reconhecendo a expressividade das práticas e saberes em saúde dos povos originários (Tabela 2). A integração entre medicina tradicional e serviços de saúde está mais desenvolvida na Bolívia, com o reconhecimento de médicos tradicionais e parteiras como parte das equipes de saúde, em conformidade com a tradição ancestral dos povos andinos em relação à atenção obstétrica e à criança. Tanto a Bolívia quanto o Equador integraram a atenção obstétrica intercultural às políticas nacionais de saúde. A Venezuela apresenta processo mais marginal, sendo as ações interculturais restritas à população indígena Yanomami <sup>16</sup>.

Em sinergia com os processos de reforma dos sistemas de saúde, novos modelos de atenção primária à saúde são propostos em quase todos os países da região. Apresentam, em comum, dois elementos: comunidade e família. Mesmo os países que não mencionam a definição de um novo modelo têm seu processo de reorganização da atenção primária à saúde a partir da conformação de equipes multiprofissionais, em geral, compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. Em coerência à concepção abrangente de atenção primária à saúde e ao componente comunitário expresso

**Tabela 2**

Características das abordagens de atenção primária à saúde nas políticas nacionais de saúde dos países da América do Sul.

País (ano da política)	Concepção de atenção primária à saúde expressa na política nacional			Componentes do modelo assistencial de atenção primária à saúde			
	Prioridade para atenção primária à saúde nas políticas de saúde	Definição de novo modelo assistencial de atenção primária à saúde	Atenção primária à saúde como base de um sistema universal de saúde	Equipe multiprofissional	Territorialização	Ênfase na interculturalidade	Participação social
Argentina (2004)	Sim	-	-	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, agentes comunitários (pagos ou voluntários), odontólogo	Sim, diferenciada por província	Não	Informal
Bolívia (2008)	Sim	Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)	Sim	Centro de saúde: médico, odontólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem. Posto de saúde: auxiliar ou técnico de enfermagem. Responsáveis populares de saúde (voluntários)	Sim, com adscrição incipiente	Sim	Formal nacional e local
Brasil (2006/2011)	Sim	Estratégia Saúde da Família (ESF)	Sim	Equipe de Saúde da Família: médico, enfermeiro, 1-2 auxiliar/técnico de enfermagem, 5 a 6 agentes comunitário de saúde (pagos). Equipes de Saúde Bucal: odontólogo, auxiliar ou técnico em saúde bucal	Sim, usuários cadastrados por equipe	Não	Formal nacional e local
Chile (2005/2013)	Sim	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	-	Médico, enfermeiro, matrona, assistente social, assistente administrativo. Monitores voluntários da comunidade	Sim, usuários adscritos por equipe. Inscrição realizada por iniciativa pessoal	Não	Formal local

(continua)

Tabela 2 (continuação)

País (ano da política)	Concepção de atenção primária à saúde expressa na política nacional			Componentes do modelo assistencial de atenção primária à saúde			
	Prioridade para atenção primária à saúde nas políticas de saúde	Definição de novo modelo assistencial primária à saúde	Atenção primária à saúde como base de um sistema universal de saúde	Equipe multiprofissional	Territorialização	Ênfase na interculturalidade	Participação social
Colômbia (2011)	Sim	-	-	Não há regra nacional. Em geral, as equipes básicas são conformadas por: médico, enfermeiro, promotores/ caminhanes (pagos ou voluntários), auxiliares e técnicos em saúde	Sim, em alguns modelos municipais. Não há diretrizes nacionais sobre adscrição populacional	Não	Formal local
Equador (2008/2012)	Sim	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)	Sim	Médico, enfermeiro, técnico em atenção primária à saúde (pago)	Sim, por circuitos e distritos e adscrição populacional por unidade de saúde	Sim	Formal nacional e local
Guiana (2010/2013)	Sim	-	Sim	Centros de saúde tipos 1 e 2: médico, enfermeiro, parteira, Medex, assistente de laboratório, auxiliar de farmácia, assistente odontológico, assistente de reabilitação, agente comunitário de saúde (pago) assistente de saúde ambiental	Não	Não	Formal nacional e local
Paraguai (2008)	Sim	Unidade de Salud Familiar	Sim	Médico, enfermeiro ou enfermeiro obstetra, auxiliar de enfermagem e 3 a 5 agentes comunitários de saúde (pago). Equipe odontológica: odontólogo e técnico odontológico	Sim, usuários adscritos por equipes de saúde da família	Não	Formal local

(continua)

Tabela 2 (continuação)

País (ano da política)	Concepção de atenção primária à saúde expressa na política nacional			Componentes do modelo assistencial de atenção primária à saúde			
	Prioridade para atenção primária à saúde nas políticas de saúde	Definição de novo modelo assistencial primária à saúde	Atenção primária à saúde como base de um sistema universal de saúde	Equipe multiprofissional	Territorialização	Ênfase na interculturalidade	Participação social
Peru (2003/2011)	Sim	Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)	-	Médico, enfermeiro, enfermeiro obstetra, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde/promotores (voluntários)	Sim, usuários adscritos por área de residência	Não	Formal local
Suriname (2012)	Sim	-	-	Médico geral, enfermeiro, assistente de saúde	Não	Não	Informal
Uruguai (2007)	Sim	-	Sim	Médico de família ou generalista, enfermeiro, parteira, pediatra e ginecologista visitante (equipe básica da Administración de los Servicios de Salud del Estado – ASSE em Montevideú)	Não	Não	Formal nacional e local
Venezuela (2004/2014)	Sim	Misión Barrio Adentro	Sim	Médico especialista em medicina geral integral, enfermeiro, agente comunitário de atenção primária em saúde (pago)	Sim, usuários adscritos por equipe no Barrio Adentro	Sim	Formal local

Fonte: elaboração própria a partir de Giovanella <sup>33</sup>.

nas políticas nacionais, quase todos os países incorporaram, exceto o Uruguai, agentes comunitários de saúde como integrantes oficiais das equipes multiprofissionais, pagos ou voluntários (Tabela 2). A territorialização da atenção primária à saúde também está expressa nas políticas nacionais, sendo o modelo mais comum a adscrição dos usuários às equipes de saúde da família.

A participação social como elemento central dos processos de renovação da atenção primária à saúde, em geral, está institucionalizada na política nacional. Os países dividem-se quanto à abrangência da participação social. Bolívia, Brasil, Equador, Guiana e Uruguai com instâncias nacionais e locais, e os demais com representatividade local. Na Argentina e no Suriname, a participação social se processa em iniciativas informais, em geral de base comunitária, ou seja, não está institucionalizada pelas políticas nacionais de saúde.

### **Financiamento, organização e prestação em atenção primária à saúde**

Em relação ao financiamento, observam-se diferentes arranjos entre os países da região que se relacionam aos modelos de atenção primária à saúde implementados, variando de transferências do nível central a programas específicos (Argentina, Equador, Guiana, Venezuela) às *per capita* segundo população municipal, como nos casos de Brasil e Chile. Diferente dos casos brasileiro e chileno, em países como Bolívia e Peru, há transferências *per capita* para os municípios, porém direcionadas aos seguros focalizados conforme número de segurados. Em outros países com maior grau de centralização, a execução financeira é realizada desde o nível central (Paraguai, Uruguai, Suriname). Diversos países aboliram o copagamento para os serviços de atenção primária à saúde. Colômbia, Bolívia, Chile e Uruguai mantêm copagamento para algumas classes de segurados ou tipos de serviços. Ademais, no Peru e na Bolívia, há copagamento nos serviços públicos para a população não segurada, e, no Suriname, para medicamentos.

A organização da atenção primária à saúde também é diversa entre os 12 países da América do Sul. Em conformidade com os mecanismos de transferência financeira, alguns países apresentam gestão e organização da atenção primária à saúde pelos respectivos Ministérios da Saúde, outros também por operadoras de seguros focalizados. No Suriname e na Guiana, há presença importante de ONGs (Tabela 3). Em geral, a atenção primária à saúde é prestada por centros e postos de saúde sob gestão municipal (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai, Peru, Venezuela) e/ou estadual (Argentina, Bolívia, Colômbia, Equador, Uruguai).

Uma vez que uma concepção ampliada de atenção primária à saúde está definida nas políticas nacionais dos países da região, algumas características da prestação poderiam indicar seu grau de implementação como a definição da função de filtro, de tempos máximos de espera e cobertura populacional. Na maior parte dos casos, atenção primária à saúde é afirmada como porta de entrada preferencial e filtro para a atenção especializada. Contudo, não é possível concluir que o sistema se organiza a partir da atenção primária à saúde, uma vez que, em geral, a função de filtro está definida para os modelos implementados a partir dos processos de reforma, como é o caso do Programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), na Bolívia, Estratégia Saúde da Família (ESF), no Brasil, Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), no Peru, e Misión Barrio Adentro, na Venezuela, cujas coberturas são variadas com permanência de diversos modelos de atenção primária à saúde concorrentes. A busca de maior integração e articulação da rede foi um dos principais pilares da reforma do sistema de saúde chileno a partir de dois eixos: garantias explícitas para toda a população e fortalecimento da autoridade sanitária nacional e regional. Nessa direção, a partir de 2002, com o processo de reforma da saúde, foi proposta a criação dos Consejos de Integración de Redes Asistenciales (CIRA), instância de caráter assessor e consultivo para articulação interinstitucional das redes assistenciais. O estabelecimento de tempos máximos de espera na atenção primária à saúde, com exceção do Uruguai, também não está definido. Nesse país, há controle das listas de espera para consultas em atenção primária à saúde e atenção especializada, que podem ser monitoradas e publicizadas por meio de sistemas de informação. As consultas em especialidades básicas devem ser realizadas em até 24 horas, e as especializadas, em até 30 dias.



**Tabela 3**

Características do financiamento, organização e prestação em atenção primária à saúde nos países da América do Sul.

<b>País</b>	<b>Mecanismos de transferências financeiras para atenção primária à saúde do nível nacional para esferas subnacionais</b>	<b>Copagamento em atenção primária à saúde</b>	<b>Principais responsáveis pela gestão/ organização/ prestação da atenção primária à saúde no nível local</b>	<b>Função de filtro dos serviços de atenção primária à saúde para outros níveis</b>	<b>Definição de tempos máximos de espera para consulta atenção primária à saúde</b>	<b>Estimativa de cobertura populacional do novo modelo</b>	<b>Principais segmentos de cobertura de serviços de primeiro nível</b>
Argentina	Por programas específicos	Não	Províncias e municípios	Diversificado por províncias ou municípios	Não	Não se aplica	Seguros sociais: 55% Sistema público: 35%
Bolívia	<i>Per capita</i> a municípios para segurados de seguros focalizados	Pagamento em serviços públicos, exceto para os segurados de seguros focalizados	Departamentos	Não (fluxo definido no Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI))	Não	Sem data	Seguros focalizados: 30% Seguros sociais: 20% Exclusão em saúde: 50%
Brasil	<i>Per capita</i> a municípios, específica para atenção primária à saúde	Não	Municípios	Sim, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF)	Não	60% Equipe de Saúde da Família	Sistema público: 75% (100%) Seguros privados: 25%
Chile	<i>Per capita</i> a municípios, específica para atenção primária à saúde	Sim, para segurados C e D do Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Não, para os grupos A e B	Municípios	Sim (Fonasa)	Não	~40% (90% dos estratos A e B de Fonasa)	Seguro social: 75% Seguros privados: 17% (Instituciones de Salud Previsional – Isapres – obrigatório)
Colômbia	Transferências somente para o Plano de Intervenciones Colectivas (PIC)	Sim, exceto para as ações do PIC	Municípios para PIC. Seguradoras (Empresas Promotoras de Salud – EPS) do regime subsidiado e contributivo contratam serviços públicos ou privados	Sim	Não	Não se aplica	Seguros focalizados: 48% (subsidiado) Seguros sociais: 46% (contributivo)

(continua)

Tabela 3 (continuação)

País	Mecanismos de transferências financeiras para atenção primária à saúde do nível nacional para esferas subnacionais	Copagamento em atenção primária à saúde	Principais responsáveis pela gestão/ organização/ prestação da atenção primária à saúde no nível local	Função de filtro dos serviços de atenção primária à saúde para outros níveis	Definição de tempos máximos de espera para consulta atenção primária à saúde	Estimativa de cobertura populacional do novo modelo	Principais segmentos de cobertura de serviços de primeiro nível
Equador	Por orçamento global e programa específico	Não	Províncias	Sim	Não	70%	Sistema público: 72% (100%) Seguros sociais: 28% (acesso universal à rede do seguro social)
Guiana	Por programas específicos	Não	Serviços regionais do Ministério da Saúde; ONGs internacionais	Incipiente	Não	Não se aplica	Sistema público: 100%
Paraguai	Não há	Não	Ministério da Saúde e municípios	Sim, para as Unidades de Salud Familiar (USF)	Não	36% por USF	Sistema público: sem dados Seguros sociais: 16% Seguros privados: 7% Exclusão: sem dados
Peru	<i>Per capita</i> para seguro focalizado	Sim, nos serviços públicos para população não assegurada	Governos locais. Seguradoras (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS) que contratam serviços públicos ou privados	Nos serviços do Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)	Não	17% das unidades de primeiro nível com MAIS-BFC	Seguros focalizados: 39% Seguros sociais: 21% Sem cobertura: 66%
Suriname	Não há	Sim, para medicamentos. Não, para população atendida pela Missão Médica	Ministério da Saúde. ONG: Missão Médica	Não	Não	Não se aplica	Seguros sociais: 21% Seguro focalizado: 24% Seguros privados: 13% Sem cobertura: 20%

(continua)

Tabela 3 (continuação)

País	Mecanismos de transferências financeiras para atenção primária à saúde do nível nacional para esferas subnacionais	Copagamento em atenção primária à saúde	Principais responsáveis pela gestão/ organização/ prestação da atenção primária à saúde no nível local	Função de filtro dos serviços de atenção primária à saúde para outros níveis	Definição de tempos máximos de espera para consulta atenção primária à saúde	Estimativa de cobertura populacional do novo modelo	Principais segmentos de cobertura de serviços de primeiro nível
Uruguai	Não há	Sim, exceto nos prestadores públicos	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), seguros sociais: serviços ambulatoriais do setor privado regulado	Nos serviços ASSE	Sim	Não se aplica	Seguros sociais: 60% Sistema público: 30% Seguros privados: 13%
Venezuela	Por orçamento global e programa específico	Não	Ministério da Saúde e municípios	Nos serviços da Misión Barrio Adentro	Não	~60% Barrio Adentro	Sistema público: 60% (100%) Seguros sociais: 39% (acesso universal à rede do seguro social)

ONG: organização não governamental.

Fonte: elaboração própria a partir de Giovanella <sup>33</sup>. Para cobertura por segmento, consultar também Giovanella et al. 4.

### Força de trabalho em atenção primária à saúde

A disponibilidade, a formação e os vínculos dos profissionais da atenção primária à saúde para o sistema público de saúde representam um dos grandes desafios para a implementação dos novos modelos. Suas características são sumarizadas na Tabela 4. A insuficiência de médicos para atenção primária à saúde, observada na maior parte dos países, é representada pelo número total de médicos por mil habitantes. Ou seja, essa é uma estimativa geral do número de profissionais no país atuantes nos setores público e privado, em qualquer nível de atenção. Não foi possível conhecer estimativas de quantitativos de médicos de atenção primária à saúde para a maior parte dos países.

Permanece um *mix* de vínculos trabalhistas ao interior dos países, conformado por funcionários públicos, contratos temporários e bolsas, e apenas o Chile apresenta uma carreira para os profissionais da atenção primária à saúde. Não obstante, há consenso entre os gestores quanto às dificuldades de fixação, sobretudo em zonas remotas ou desfavorecidas. Como estratégia de enfrentamento desse problema, nove países mantêm cooperação com Cuba, principalmente para a provisão de médicos para a atenção primária à saúde. Outra estratégia para provisão é o fortalecimento de programas de pós-graduação, principalmente residências, em medicina de família e comunidade, o que é coerente aos modelos de atenção primária à saúde implementados a partir das reformas (Tabela 4). Na maior parte dos países, a regulação da profissão médica é realizada pelos Ministérios da Saúde, uma atribuição recente no caso do Equador, e, em parte, é autorregulada, o que confere autonomia aos conselhos e entidades de classe, como é o caso do Brasil.

**Tabela 4**

Características da força de trabalho em atenção primária à saúde nos países da América do Sul.

País	Número de médicos por mil habitantes	Vínculos trabalhistas na atenção primária à saúde	Plano de carreira em atenção primária à saúde	Políticas para provimento de médicos em zonas remotas e/ou desfavorecidas	Presença de médicos cubanos	Iniciativas recentes de formação de profissionais para atenção primária à saúde	Regulação do exercício da profissão médica
Argentina	3,9 (2013)	Contratos renováveis por avaliação de desempenho e temporários; funcionários públicos	Não	Programa Médicos Comunitários	Não	Pós-graduação em saúde social e comunitária; curso de saúde social e comunitária (Programa Médicos Comunitários)	Diferenças por províncias. Em algumas, é o Ministério da Saúde; em outras, é o Colégio Médico da Província
Bolívia	0,5 (2014)	Funcionários públicos; contratos temporários	Não	Residência médica em saúde familiar e comunitária intercultural	Sim	Residência médica em saúde familiar e comunitária intercultural	Ministério da Saúde
Brasil	1,9 (2013)	Funcionários públicos; assalariados setor privado; contratos temporários; bolsas	Não	Programa Mais Médicos	Sim	Residência em medicina de família e comunidade; residência multiprofissional em saúde da família; Pet-Saúde e Pró-Saúde	Autorregulação
Chile	2,0 (2013)	Funcionários públicos	Sim	Incentivos econômicos e educativos	Sim	Bolsas para especialização em saúde familiar; técnicos em saúde familiar	Autorregulação
Colômbia	1,7 (2011)	Prestação de serviços; funcionários públicos	Não	Serviço civil obrigatório	Não	Programas para a formação em medicina familiar	Ministério da Saúde
Equador	1,7 (2012)	Funcionários públicos; contratos temporários	Não	Bolsas para residência e garantia de contrato ao finalizar; obrigatoriedade de um ano de saúde rural	Sim	Residência em medicina familiar e comunitária; Programa Ecuador Saludable, Vuelvo Por Ti de repatriação de médicos; Técnico Em Atenção Primária De Saúde; Formação De Médicos Na Escola Latinoamericana de Medicina de Cuba	Ministério da Saúde (a partir de 2010)

(continua)

Tabela 4 (continuação)

País	Número de médicos por mil habitantes	Vínculos trabalhistas na atenção primária à saúde	Plano de carreira em atenção primária à saúde	Políticas para provimento de médicos em zonas remotas e/ou desfavorecidas	Presença de médicos cubanos	Iniciativas recentes de formação de profissionais para atenção primária à saúde	Regulação do exercício da profissão médica
Guiana	0,9 (2013)	Funcionários públicos	Não	Medex e agentes comunitários de saúde	Sim	Medex; Dentex; formação na Escola Latinoamericana de Medicina de Cuba	Autorregulação
Paraguai	1,3 (2010)	Funcionários públicos; salários mais bonificação; contratos renováveis por avaliação de desempenho	Não	Incentivos econômicos	Não	Estágio rural na graduação e pós-graduação; residência em medicina familiar; pós-graduação em medicina familiar	Ministério da Saúde
Peru	1,1 (2012)	Funcionários públicos; contrato periódico de administração de serviços; assalariado setor privado	Não	Programa de Compensación e Incentivos (PCI, desde 2013)	Sim	Programa nacional de formação em saúde familiar e comunitária	Ministério da Saúde
Suriname	1,0 (2010)	Contratos por tempo indeterminado	Não	Assistentes de saúde	Sim	Formação de assistentes de saúde; de enfermeiros para atenção primária à saúde; e em medicina geral e em medicina de família	Ministério da Saúde

(continua)

## Discussão

A análise dos recentes processos de reforma da atenção primária à saúde nos 12 países da América do Sul permite traçar algumas sinergias, ou seja, eixos comuns trilhados pelos diversos países para o alcance de uma atenção primária integral, mas também a manutenção de desafios históricos que impedem avanços estruturais.

A partir dos anos 2000, processos de reforma setoriais foram observados em quase todos os países da América Latina. Todavia, os resultados são ainda inconclusos, marcados por contradições em relação ao conteúdo dos projetos, aos resultados alcançados e posicionamento frente ao contexto neoliberal dos anos de 1990<sup>17</sup>. Conforme apontam Levino & Carvalho<sup>17</sup>, diante dos constrangimentos provocados pela redução do papel do Estado, as reformas sanitárias enfrentam problemas relacionados a financiamento, gestão do sistema, institucionalidade das políticas públicas, correlação de forças internas dos grupos políticos dominantes e do posicionamento da comunidade técnico-científica frente às estruturas de poder.

A realização do “mapeamento” explicita a heterogeneidade da atenção primária à saúde entre países e ao interior de cada país com experiências diversificadas, diferentes ênfases, passando por todo o

Tabela 4 (continuação)

País	Número de médicos por mil habitantes	Vínculos trabalhistas na atenção primária à saúde	Plano de carreira em atenção primária à saúde	Políticas para provimento de médicos em zonas remotas e/ou desfavorecidas	Presença de médicos cubanos	Iniciativas recentes de formação de profissionais para atenção primária à saúde	Regulação do exercício da profissão médica
Uruguai	4,5 (2011)	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE): contratos temporários; regime de direito privado; funcionários públicos.  Instituições de assistência médica coletiva: assalariados setor privado; prestação de serviço	Não	Incentivos econômicos, formação descentralizada e rotação de residências no interior	Sim	Pós-graduação em medicina familiar e comunitária	Ministério da Saúde
Venezuela	3,8 (2010)	Funcionários públicos; bolsas	Não	Misión Barrio Adentro, missão médica cubana, graduação de medicina integral comunitária	Sim	Graduação em medicina integral comunitária; agentes comunitários de atenção primária à saúde; pós-graduação em medicina geral integral	Ministério da Saúde

Fonte: elaboração própria a partir de Giovanella <sup>33</sup>.

espectro de concepções e implementação. Observa-se, contudo, maior diversidade na implementação do que na formulação.

A análise dos casos aponta um traço comum – o resgate da concepção ampliada de Alma-Ata institucionalizada no âmbito das políticas nacionais. Em conformidade aos princípios de uma atenção primária à saúde integral, o componente familiar e comunitário, com base territorial, equipe multidisciplinar, com a incorporação de agentes comunitários de saúde e participação social são traços comuns aos processos de reforma nos países da América do Sul e, ao mesmo tempo, sua marca. Singular também é o reconhecimento, em alguns países, das práticas e saberes em saúde dos povos originários em uma lógica que, de alguma forma, questiona o paradigma hegemônico da biomedicina. Assim, no campo da formulação da política, têm-se, certamente, princípios e diretrizes que acenam para uma atenção primária integral na maior parte dos países, em um claro processo de renovação.

A análise transversal chama a atenção também para um processo de difusão de políticas na região, com formulações similares e uso de termos idênticos nos documentos e discursos dos dirigentes nacionais, oriundos não apenas da retórica *opasiana* <sup>18</sup>, mas de processos de cooperação regional em novas bases, promovidos pela Unasul <sup>19</sup> e a Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (Alba).

No campo da implementação da atenção primária à saúde, aqui analisado em seus componentes de financiamento, organização, prestação e políticas para força de trabalho, as heterogeneidades entre e ao interior dos países passam a ser o traço comum.

A segmentação da proteção social em saúde também se expressa na atenção primária à saúde implementada. Congruente à persistência de modelos segmentados de sistemas de saúde nos países da região, mantêm-se mecanismos de transferências financeiras para atenção primária à saúde por programas específicos e seguros focalizados em grande parte dos casos. Embora alguns países tenham abolido o copagamento a partir dos processos de reforma, esse ainda pode ser observado, especialmente nos casos em que a cobertura em saúde se processa por meio de afiliação a seguros.

Em relação à prestação dos serviços, a integração da rede assistencial, um dos atributos de uma atenção primária à saúde forte parece não consolidada e ainda pouco investigada nos países da região <sup>20</sup>. Mesmo que a maioria dos países tenha definido, nos novos modelos assistenciais, o papel de filtro pela atenção primária à saúde para a continuidade do cuidado, a conformação de redes assistenciais não se completou e permanecem problemas de acesso para serviços especializados. Ademais, nos países com seguros focalizados, a cobertura de serviços é seletiva com cesta restrita.

Por outro lado, o percentual de população coberta pelos novos modelos ainda é baixo em alguns países, e chama a atenção o importante número de países nos quais não foi possível apurar tal informação, mostrando a fragilidade e o alcance ainda restrito das reformas pró-atenção primária à saúde integral. A definição de tempos máximos de espera para a atenção primária à saúde, considerado um instrumento para garantia de acesso oportuno, como em países europeus <sup>21</sup>, também não foi verificado (exceto no Uruguai).

A efetiva integração da rede assistencial e garantia de cuidados integrais de qualidade é um componente da atenção primária integral nem sempre presente. Insuficiente integração é um problema reconhecido. Estudo sobre as modalidades de integração da atenção primária à saúde ao sistema de saúde na América Latina identificou três grupos: atenção primária seletiva no interior de programas materno-infantis, atenção primária à saúde como porta de entrada e eixo estruturante de um sistema público, e experiências municipais em sistemas baseados em seguros <sup>2</sup>.

Pode-se atribuir a insuficiente integração também a componentes do enfoque de atenção primária à saúde integral adotado. O enfoque da atenção primária promocional e preventivista, por vezes tido como uma concepção de atenção primária integral e de acordo com os princípios de Alma-Ata, desconsidera o acesso à atenção individual de qualidade como um dos determinantes da saúde. A perspectiva preventivista e promocional tem bases contraditórias, por um lado, predomínio do enfoque dos determinantes sociais e, por outro, corrobora iniciativas de reformas pró-mercado que propugnam a redução do papel do Estado como prestador e focalização de suas ações. Tejerina-Silva et al. <sup>22</sup> argumentam que essa aceção, com suas contradições, está também presente em países que implementaram novos modelos assistenciais, como Equador e Bolívia. Por um lado, são influenciados pela retórica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que classifica a atenção primária de países europeus, com sistemas universais, como apenas serviços de saúde de primeiro nível, e não reconhece os benefícios da medicina generalista, de família e comunidade, para a atenção individual. Por outro lado, essa seletividade decorre, em parte, de exigências de agências financeiras multilaterais que condicionam apoio a reformas com privatização e seletividade de serviços sociais, transferindo ao mercado a atribuição da atenção individual, especializada e hospitalar <sup>23</sup>.

A perspectiva promocional e preventivista da atenção primária à saúde amplia o espaço do setor privado para a atenção individual, e a propugnada atenção primária integral tende a restringir-se ao universalismo básico, versão renovada da atenção primária à saúde seletiva <sup>22</sup>. Tejerina-Silva et al. <sup>22</sup> alertam, contudo, que não se trata de negar a importância da determinação social dos processos saúde/enfermidade, mas reconhecer que o cuidado de saúde, em si, é um determinante social fundamental, e que a ação sobre os determinantes sociais, integrada à atenção generalista familiar, é a forma mais efetiva para a garantia do cuidado integral.

Em relação à força de trabalho em saúde, outro componente central para análise da abrangência dos processos de renovação, são observados problemas comuns como a insuficiente oferta de médicos e dificuldades para provisão e fixação desses profissionais em zonas remotas e periféricas, bem como na própria atenção primária à saúde. Não foi possível estimar o número de profissionais que atuam na área. A precariedade dos vínculos, associada à ausência de carreira para a atenção primária à saúde (exceto Chile), indica fraca intervenção estatal no direcionamento da força de trabalho para o sistema público de saúde. A consequência mais dramática para as populações, sobretudo aquelas residentes

em zonas remotas ou desfavorecidas, é a ausência de profissionais médicos nessas regiões e a exclusão do acesso a serviços de saúde.

Ainda que, na maior parte dos países, o registro e a licença para o exercício da medicina tenham passado a ser responsabilidade dos Ministérios da Saúde, essa competência parece não ser suficiente para direcionar a formação e o exercício da profissão para as necessidades do sistema público de saúde. A assunção recente de maiores atribuições governamentais na regulação das profissões de saúde tem ocasionado conflitos sistemáticos com as corporações profissionais, com avanços limitados.

Essa incipiente regulação das relações de trabalho em atenção primária à saúde é traço comum associada a políticas de flexibilização do mercado de trabalho em geral, de novas formas de gestão na provisão de serviços sociais, incentivos à pluralidade de prestadores com participação de ONGs e prestadores privados, influenciados por iniciativas prévias de reformas gerenciais do Estado que propugnaram retirada da participação pública na provisão <sup>6</sup> sob a retórica de promover maior eficiência administrativa <sup>24,25</sup>.

Por outro lado, merecem destaque as inúmeras iniciativas nacionais de enfrentamento do problema da escassez de profissionais para a atenção primária à saúde na última década, por meio de estratégias de provisão emergencial, em especial com a participação de médicos cubanos, e também de redirecionamento das políticas de formação para as necessidades da atenção primária à saúde, cujos resultados poderão ser analisados em mais longo prazo. Venezuela se destaca pelo amplo programa de graduação em medicina integral comunitária que reduziu, de forma importante, a escassez de médicos no país <sup>26</sup>.

De toda forma, nos casos estudados, a segmentação da oferta de atenção primária à saúde converge com a segmentação da proteção social em saúde nos diversos países, seja pela manutenção dos seguros sociais, dos seguros seletivos e focalizados, pela cobertura por seguros privados de saúde ou persistência de populações excluídas do direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde.

A implementação da atenção primária à saúde é condicionada pelo modelo de proteção social em saúde vigente. Vega-Romero & Acosta-Ramírez <sup>27</sup> argumentam que, em países que têm, em comum, reformas setoriais orientadas ao mercado com base em asseguramento, seguindo as regras de separação e especialização das funções de reitoria, financiamento, asseguramento e prestação de serviços, com inclusão de agentes múltiplos públicos e privados, o subcomponente público está desenhado para a população sem capacidade de pagamento. Nesses modelos, as instituições administradoras de fundos de asseguramento determinam a organização de recursos e o modo de operação da atenção primária à saúde, distanciando a implementação das orientações da atenção primária à saúde renovada concebida em políticas nacionais. Ocorrem dicotomia e separação entre ações curativas individuais, contratadas pelas seguradoras a prestadores privados ou públicos, e ações de saúde pública, sob responsabilidade de governos territoriais, inclusive com financiamentos específicos, como nos casos da Colômbia e do Peru. Isto é, há fragmentação na prestação em atenção primária à saúde com diferentes prestadores encarregados para o cuidado individual e para ações coletivas de um mesmo grupo populacional <sup>27</sup>. A criação de novos segmentos de cobertura com seguros públicos focalizados em populações em extrema pobreza, materno-infantil e/ou idosos, como nos casos da Bolívia e do Peru, impôs obstáculos adicionais para a universalização dos sistemas de saúde e para a garantia de cuidado integral.

Equador e Venezuela, ademais de tornarem o acesso aos serviços públicos de saúde gratuitos e implementar novos modelos assistenciais mais abrangentes em atenção primária, avançaram na universalização do sistema público à medida que universalizaram o acesso à rede de serviços de saúde própria dos seguros sociais. Por meio dessa medida, reduz-se a fragmentação e amplia-se o acesso à rede diversificada, ainda que não se alcance a unificação do sistema público de saúde, por resistências políticas de grupos de trabalhadores e servidores públicos cobertos <sup>4,22</sup>. Simultaneamente, superposição de novas iniciativas à estrutura de gestão prévia com implementação paralela da rede de atenção primária à saúde e administração como, por exemplo, no caso do Barrio Adentro diretamente subordinada à presidência da nação, ampliam a fragmentação do sistema <sup>16</sup>.

Em suma, entre os países que, em suas políticas, estabelecem a atenção primária à saúde como base de um sistema universal de saúde e que buscam implementar um novo modelo assistencial com características que se aproximam do marco normativo para análise de atenção primária à saúde integral proposto neste artigo, Brasil, Equador e Venezuela destacam-se pela abrangência da implementação



do novo modelo e pela perspectiva de construção de um sistema público universal de saúde (instituído, no Brasil, com o Sistema Único de Saúde e, em processo, no Equador e na Venezuela). Por sua vez, apesar da manutenção do desenho de cobertura estratificado, o Chile destaca-se pelos avanços na constituição de redes de atenção com integração entre atenção primária e especializada e pela regulação da qualidade e garantias de acesso à atenção integral.

A atenção primária à saúde com suas dubiedades conceituais segue também na pauta das agências multilaterais como estratégia para cobertura universal, que, nos países periféricos, tende a ser traduzida em universalismo básico<sup>18</sup>. Silveira et al.<sup>18</sup>, ao analisarem as proposições de atenção primária à saúde renovada da OPAS, tendo, como critérios, a população-alvo (universal ou focalizada), o escopo (abrangente ou restrito) e as relações público-privadas na organização dos serviços de atenção primária à saúde, identificam uma aproximação nos documentos da OPAS a uma concepção da proteção social de universalismo básico. Com aceção de serviços básicos universais fluida, a proposta seria adaptável à capacidade institucional de cada país, podendo compreender um escopo de serviços mais amplos ou restritos, tendo o Estado como regulador das relações entre setor público e privado.

Os desafios para implementação de atenção primária à saúde integral na América do Sul se alinham com aqueles da construção de sistemas públicos universais em nossa região, sendo condicionados pelas estratégias implementadas para a cobertura universal. Fleury et al.<sup>25</sup> reconhecem uma tendência geral de universalização de cobertura em saúde na América Latina, na última década, todavia, alertam que seguiu diferentes trajetórias: sistemas universais de saúde em contexto de restrição financeira; sistemas com desenho de cobertura estratificada; sistemas segmentados com cobertura focalizada; e novas abordagens multiculturais em saúde. Essas trajetórias indicam diferentes padrões de cidadania e de direito à saúde, cidadania residual com reforço à estratificação ou cidadania social de cidadãos portadores de direitos igualitários à saúde.

As contradições conceituais e na implementação da atenção primária à saúde na América do Sul aqui destacadas estão também relacionadas com as opções de políticas sociais dos governos progressistas na última década. Em contexto de intensas disparidades sociais, a promoção da inclusão social e o combate à pobreza tornaram-se prioridades, com ênfase em programas de transferência de renda, nem sempre acompanhados por ampliação de acesso a serviços públicos de qualidade. Para Lavinias<sup>28</sup>, na América Latina, a expansão da proteção social por meio de transferências monetárias, assegurando certo patamar de renda, sem simultaneamente promover a universalização da provisão de serviços sociais desmercantilizados, como saúde e educação, cuja premissa é dar melhor acesso em função da contingência, não da renda ou do *status* sócio-ocupacional, equivaleria a subsidiar a expansão do mercado privado desses serviços. A base da cidadania social plena é o acesso universal e incondicional a serviços públicos desmercadorizados. A autora argumenta que, na América Latina, ampliaram-se as transferências de renda, mas não a provisão de serviços públicos de saúde e educação, cuja universalização demanda recursos crescentes, tendo resultado na ampliação do mercado privado nesses setores. A transferência de renda condicionada, característica da cidadania residual, segundo a autora, busca resolver falhas de mercado: insere novos contingentes populacionais no mercado consumidor, facilitando algum acesso ao consumo individualizado de bens conforme capacidade de pagamento<sup>28</sup>.

Transformar o “direito em princípio” para o “direito na prática” enfrenta importantes constrangimentos políticos e econômicos<sup>25</sup>, acentuados no período recente. Ademais, prioridades na implementação das políticas sociais, com diferentes ênfases nos países da região, condicionam a implementação dos novos modelos assistenciais em atenção primária à saúde e acentuam a tensão entre avançar na construção de redes integradas coordenadas pela atenção primária à saúde e implementar programas paralelos seletivos e focalizados.

## Considerações finais

A atenção primária à saúde permanece na América Latina também como filosofia orientadora do agir político em saúde. Tejada de Rivero<sup>29</sup>, coordenador da conferência de Alma-Ata, reafirma a atualidade da atenção primária à saúde, considerada como uma forma de cuidado integral de saúde que se aplica a todo o sistema de saúde, um bom uso da ciência e de tecnologias, uma ação multissetorial e

transdisciplinar, um processo social e político eminentemente participativo na busca da equidade e da justiça social.

Em suma, permanecem tensões nas concepções e na implementação da atenção primária à saúde indissociáveis dos desafios da construção de sistemas públicos universais. Essas tensões tendem a se reatualizar nestes novos tempos críticos, políticos e econômicos, por que passam os países da América do Sul. Acompanhar esses processos no médio prazo e a consolidação ou não dos inegáveis avanços destacados neste artigo, em contexto de maior diversidade do panorama político social entre países da região, é tarefa para investigações futuras. As dubiedades e tensões na implementação da atenção primária à saúde aqui discutidas tendem a apontar para a permanência da sua vitalidade como “receita para todas as estações”<sup>14</sup>. Mas, como argumentamos, atenção primária à saúde não é panaceia para todos os males – sem proteção social universal, não há atenção primária à saúde integral.

### **Colaboradores**

L. Giovanela coordenou o estudo, participou da coleta, análise dos dados, concepção e redação final do artigo. P. F. Almeida participou da coleta, análise dos dados, concepção e redação final do artigo.

### **Agradecimentos**

Agradecemos aos pesquisadores que realizaram o mapeamento da atenção primária à saúde na América do Sul – Gilberto Ríos Ferreira, Hedwig Goede, Herland Tejerina Silva, Naydú Acosta Ramírez, Román Vega Romero – e ao Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) da União das Nações Sul-Americanas (Unasul) pelo financiamento do projeto e disponibilização das informações. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas bolsas de produtividade concedida à L. Giovanela e de pós-doutorado júnior concedida à P. F. Almeida.

## Referências

- Soares L. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.
- Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10 Suppl 1:S14-27.
- Acosta Ramírez N, Pollard Ruiz J, Vega Romero R, Labonté R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1875-90.
- Giovanella L, Ruiz G, Feo O, Tobar S, Faria M. Sistemas de salud en América del Sur. In: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, organizador. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2012. p. 21-69.
- Fleury S. Estados sem cidadãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
- Draibe S. Uma nova agenda social na América Latina? Pontos de partida para a análise comparada dos sistemas de proteção social e suas mudanças recentes. In: Sola L, Loureiro MR, organizadores. *Democracia, mercado e estado. O B de BRICS*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011. p. 249-88.
- Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:210-20.
- Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19:291-9.
- Fleury S. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2:e00058116.
- Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Dossier. Rev Gerenc Políticas Salud* 2009; 8:14-29.
- World Health Organization. *The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Rovere M. Atención primaria de la salud en debate. *Saúde Debate* 2012; 36:327-42.
- Paim J. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde Debate* 2012; 36:343-7.
- Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
- Tejerina-Silva H. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela. ¿Transición hasta la atención primaria integral? In: Giovanella L, organizadora. *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2015. p. 111-51.
- Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30:490-500.
- Silveira AC, Machado CV, Matta GC. A atenção primária em saúde na agenda da Organização Pan-americana de Saúde nos anos 2000. *Trab Educ Saúde* 2014; 13:31-44.
- Buss PM, Ferreira JR. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:2699-711.
- Vargas I, Mogollon-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31:736-48.
- Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:2783-94.
- Tejerina-Silva H, Soors W, De Paepe P, Santacruz EA, Closos MC, Unger JP. Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. *Med Soc* 2009; 4:273-82.
- Unger J-P, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle income countries. *Int J Integr Care* 2006; 6:e14.
- Bresser-Pereira LC. Democracia, estado social e reforma gerencial. *Revista de Administração de Empresas* 2010; 50:112-6.
- Fleury S, Faria M, Durán J, Sandoval H, Yanes P, Penchaszadeh V, et al. Right to health in Latin America: beyond universalization. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2013. (Series Financing for Development).
- Ministerio del Poder Popular para la Salud; Organización Panamericana de Salud. *Medicina integral comunitaria. Médicos y médicas para el pueblo*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud/Organización Panamericana de Salud; 2013.

27. Vega-Romero R, Acosta-Ramírez N. La atención primaria en sistemas de salud basados en el aseguramiento: el caso de Chile, Colombia y Perú. In: Giovanella L, organizadora. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2015. p. 195-254.
28. Lavinás L. América Latina: mínimos monetarios em lugar da proteção social. Revista de Política Social e Desenvolvimento 2014; 8:18-26.
29. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2013; 30:283-7.
30. World Bank. World development indicators 2016. Washington DC: World Bank; 2016.
31. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores y datos básicos: 2014. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
32. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores y datos básicos: 2015. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
33. Giovanella L, organizadora. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2015.

## Abstract

The article analyzes recent reforms in primary health care in the South American countries, discussing the scope and challenges for establishing comprehensive primary health care in the region's health systems. The data sources were case studies conducted in 12 countries, and the analytical lines were the strategic components in the design and implementation of primary health care: national policy approaches, characteristics of financing, organization and provision, and the workforce in primary health care. The crosscutting analysis from a comparative perspective provides an overview of primary health care in the region's countries and highlights convergences and asymmetries. A common trait is the recovery of the expanded definition of primary health care with family and community components, a territorial base, multidisciplinary team, incorporation of community health workers, and social participation. Implementation revealed heterogeneities in the advances and contradictions in the models. Insufficient supply of physicians, difficulties in provision and physician retention in remote and peripheral areas, as well as in primary health care itself, precarious employment relations, and absence of career plans are common problems, and there have been recent initiatives in government intervention to direct the workforce to the public system. Segmentation of the supply of primary health care converges with the segmentation of social protection in the various countries, through maintenance of social insurance or selective and targeted insurance or coverage by private health insurance, and persistent exclusion of populations from the right to health. The article argues that implementation of comprehensive primary health care is conditioned by the prevailing modalities of social protection in health.

Primary Health Care; Health Systems;  
Public Policy; Health Policy

## Resumen

El artículo analiza el proceso reciente de reformas de la atención primaria a la salud en los países de Suramérica, discutiendo el alcance y los desafíos para la constitución de una atención primaria integral en los sistemas de salud de la región. Teniendo como fuentes de información estudios de caso realizados en los 12 países, toma, como ejes de análisis, componentes estratégicos de la concepción e implementación de la atención primaria a la salud: enfoques en las políticas nacionales, características de financiación, organización y prestación y la fuerza de trabajo en atención primaria a la salud. El análisis transversal desde una perspectiva comparada ofrece un panorama de la atención primaria a la salud en los países de la región y destaca convergencias y asimetrías. Se observa, como denominador común, la recuperación de la concepción ampliada de atención primaria a la salud con componentes familiares y comunitarios, base territorial, equipo multidisciplinario, incorporación de agentes comunitarios de salud y participación social. En la implementación, las heterogeneidades en los avances y contradicciones en los modelos se destacan. La insuficiente oferta de médicos, dificultades para la provisión y fijación en zonas remotas y periféricas, así como en la propia atención primaria de salud, precariedad de los vínculos y ausencia de carrera son problemas comunes, con iniciativas recientes de intervención estatal en el direccionamiento de la fuerza de trabajo para el sistema público. La segmentación de la oferta de atención primaria a la salud converge con la segmentación de la protección social en salud en los diversos países, sea por el mantenimiento de los seguros sociales, de los seguros selectivos y focalizados, por la cobertura proporcionada por seguros privados de salud o por el mantenimiento de poblaciones excluidas del derecho a la salud. Se argumenta que la implementación de la atención primaria integral está condicionada a las modalidades de protección social en salud vigentes.

Atención Primaria de Salud; Sistemas de Salud;  
Política Pública; Política de Salud

---

Recebido em 07/Jul/2016  
Versão final reapresentada em 25/Set/2016  
Aprovado em 13/Out/2016