

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nathália da Silva Cruz

Raquel Sousa Santos

Rodrigo Fernandes Duarte

Análise Comparativa de modelos de Atenção Primária à Saúde: Brasil, Canadá, Cuba e

Inglaterra

Brasília
2022

Nathália da Silva Cruz

Raquel Sousa Santos

Rodrigo Fernandes Duarte

Análise Comparativa de modelos de Atenção Primária à Saúde: Brasil, Canadá, Cuba e
Inglaterra

Trabalho de Conclusão de Programa
Apresentado à Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa.

Brasília
2022

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	7
2.1	Objetivo Geral.....	7
2.1.1	Objetivos Específicos	7
2.2	Justificativa	7
3	METODOLOGIA	8
4	RESULTADOS	9
5	DISCUSSÃO	15
6	CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
6.1	Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS).....	17
6.2	Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Britânico (NHS).....	18
6.3	Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Cubano (SNS)	19
6.4	Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Canadense.....	21
7	FINANCIAMENTO DO SISTEMA	21
7.1	Financiamento da APS brasileira	21
7.2	Financiamento da APS britânica	24
7.3	Financiamento da APS canadense	25
7.4	Financiamento da APS cubana	26
8	COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE APS	27
8.1	Composição das equipes de APS no Brasil.....	27
8.2	Composição das equipes de APS em Cuba.....	27
8.3	Composição das equipes de APS no Canadá.....	28
8.4	Composição das equipes de APS na Inglaterra.....	28
	CONCLUSÃO.....	30
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

A saúde, na definição da Organização Mundial de Saúde - OMS em 1946, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade¹. Em dezembro de 1948, durante a Declaração Universal dos Direitos Humanos, é reforçado o direito à saúde, mais precisamente no Artigo 25. A presente declaração foi adotada pela Organização das Nações Unidas e serviu como referência para a criação do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1976), que corrobora a saúde física e mental, como um direito para todas as pessoas. ^{1, 2, 3.}

No Reino Unido, em 1948, foi criado o National Health System (NHS), como um dos primeiros modelos de saúde pública que foi fundado. O NHS prevê uma cobertura universal e de caráter público, tendo como princípios básicos definidores a universalidade, integralidade e gratuidade. Esse modelo serviu como base para a criação de outros modelos cuja a oferta de saúde é proporcionada pelo Estado, através de fundos fiscais. Além disso, essa forma de sistema serviria como referência para futuros debates sobre a saúde, como em Alma Ata em 1978. ⁴

Em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, reafirmou-se enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental e que o alcance do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, que para se concretizar é necessário o envolvimento e ações de outros setores, como os sociais e econômicos, além do setor de saúde. No parágrafo VIII desse mesmo documento, fica explícito que os governos, dos respectivos países, devem formular políticas, estratégias e planos de ação para promover os cuidados primários de saúde, operando os recursos do país para que este bem seja alcançado. ⁵

No intervalo das décadas 1970/1980, diversos países, sobretudo na Europa, como Itália e Portugal, buscavam estruturar seus sistemas públicos de saúde de caráter universal.

No Brasil, um marco importante nesta direção, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no dia 17 a 21 de março de 1986, que aborda o tema saúde em sua mais abrangente forma e, mais uma vez, como dever do Estado, declara também a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, financiado pelo Estado, sendo direito e alcançando toda a população. Desta forma, ela traz elementos fundamentais que irão embasar e compor o desenho final da Constituição de 1988. ⁶

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida dez anos após a relevante Conferência de Alma-Ata aprova a orientação central que iria compor o artigo 196 da Constituição Federal surge reafirmando a ideia de saúde como direito do povo e dever do estado:

“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.”⁷

Mundialmente, os sistemas de saúde confluem em princípios e aspectos organizacionais derivados da influência sócio histórica pela qual cada sociedade passou. Nesse sentido, cada sistema se emoldurou de acordo com a construção de sua cultura e história. A análise comparativa desses sistemas permite traçar, além de semelhanças e diferenças, relações que podem apoiar e contribuir para o aprimoramento de políticas de saúde. Isto porque, todos os sistemas de saúde encaram desafios similares: prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa.⁸

Nas primeiras décadas do século XX, desenvolveram-se concepções de distritos e centros de saúde que iniciaram discussões para o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), que vieram, mais precisamente, a ser definido na década de 1970 pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, como “assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade”.⁹

Com o objetivo de definir a concepção de APS, o Brasil passou a utilizar o termo “Atenção Básica de Saúde” que é utilizada no nível primário de atenção e definida como ações individuais e coletivas, que visam promover saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com a necessidade das comunidades. Além disso, historicamente o Brasil organiza seus serviços de saúde de maneira hierarquizada, passando desde a atenção primária, passando por média e alta complexidade.¹⁰ Esta formação visa tornar o atendimento individualizado e eficaz dentro das diversas camadas de complexidade do sistema de saúde.

No Brasil, é possível pensar que pode haver a reprodução de um formato biomédico dominante, que interfere na estruturação de uma equipe multidisciplinar, e redireciona a porta de entrada dos usuários para pontos de atenção de média e alta complexidade, podendo desorganizar e tornar o sistema mais oneroso.⁹ Isto depende em muito do cenário político e social em que se está inserido.

O presente artigo, investiga as estratégias de atenção primária à saúde de países com sistemas universais (Inglaterra, Canadá e Cuba) e as correlaciona diferenciando-as em relação à APS do Brasil. A pesquisa se faz a partir das considerações iniciais e do atual contexto internacional e nacional que envolve a discussão da saúde como direito humano essencial.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Discutir os modelos da atenção primária à saúde em países com sistemas universais de saúde: Brasil, Canadá, Cuba e Inglaterra.

2.1.1 Objetivos Específicos

- Investigar aspectos da funcionalidade da Atenção Primária à Saúde nos sistemas universais de saúde do Canadá, Cuba e Inglaterra, de acordo com seus cenários econômico, político e sociocultural.
- Estabelecer paridades e diferenças entre os modelos de saúde do Brasil, Canadá, Cuba e Inglaterra.
- Analisar e confrontar a eficiência da APS nos modelos brasileiro, britânico, canadense e cubano, como forma de obter subsídios que melhorem a eficiência no Sistema Único de Saúde - SUS do Brasil.

2.2 Justificativa

O presente trabalho buscou avaliar e traçar uma análise da função do Estado enquanto provedor da assistência à saúde, lócus onde estão direcionadas as necessidades atuais da APS no Brasil. A pesquisa explorou aspectos que se equiparam e que se divergem entre os países supracitados, como financiamento, estrutura e composição das equipes de saúde e seus profissionais, carta de serviços que é de cobertura universal ofertada pelo Estado, população abrangente, tipos de sistemas de cada País. Com isso foi possível refletir sobre os desafios e as potencialidades do modelo de saúde brasileiro.

O estudo realizado responde ao anseio de melhor compreender, comparativamente, a dinâmica das estratégias de cuidado na Atenção Primária à Saúde, a partir de diferentes sistemas sócio-políticos e suas estruturas. Com base nisso, enquanto profissionais do SUS, poderemos contribuir ao aprimoramento e fortalecimento do SUS, por meio da vivência e todo trabalho ofertado, não só pelo meio assistencial, como também mediante a potencialização das políticas públicas. Os países analisados foram escolhidos por possuírem sistemas universais de saúde semelhantes ao brasileiro.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão integrativa da literatura, que se caracteriza por retirar dúvidas a partir de pesquisas em documentos, o que implica no esclarecimento das pressuposições teóricas que fundamentam a pesquisa e também das contribuições proporcionadas por estudos já realizados com uma discussão crítica.¹¹ Ainda acrescenta que um dos tipos de revisão da literatura é a revisão, onde é possível reunir vários estudos desenvolvidos, através de diferentes metodologias.¹²

A coleta de dados ocorreu nas seguintes bases de dados: US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cell Metabolism (Cell), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS). Empregaram-se os Descritores em Ciência da Saúde: atenção primária à saúde; sistemas de saúde; políticas públicas de saúde; promoção da saúde. O tempo da coleta de dados foi de abril a agosto de 2021.

Para composição da amostra, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: apenas artigos recentes, publicados nos últimos 10 anos (entre 2011 a 2021), em língua portuguesa, inglesa e espanhola, estudos originais e de revisão, documentos oficiais da República Brasileira e MS, disponíveis na íntegra e gratuitamente em meio eletrônico. Como critérios de exclusão instituiu-se: trabalhos no formato de tese, dissertação, editorial, matéria de jornal, carta ao editor, estudo reflexivo e relato de experiência.

Na análise do material encontrado, utilizamos como método a Análise de Conteúdo de Bardin, da qual foi operacionalizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.¹³

Na pré-análise ocorreu a organização do material propriamente dito, onde após a identificação dos artigos foi realizada a seleção baseada na pergunta norteadora e nos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

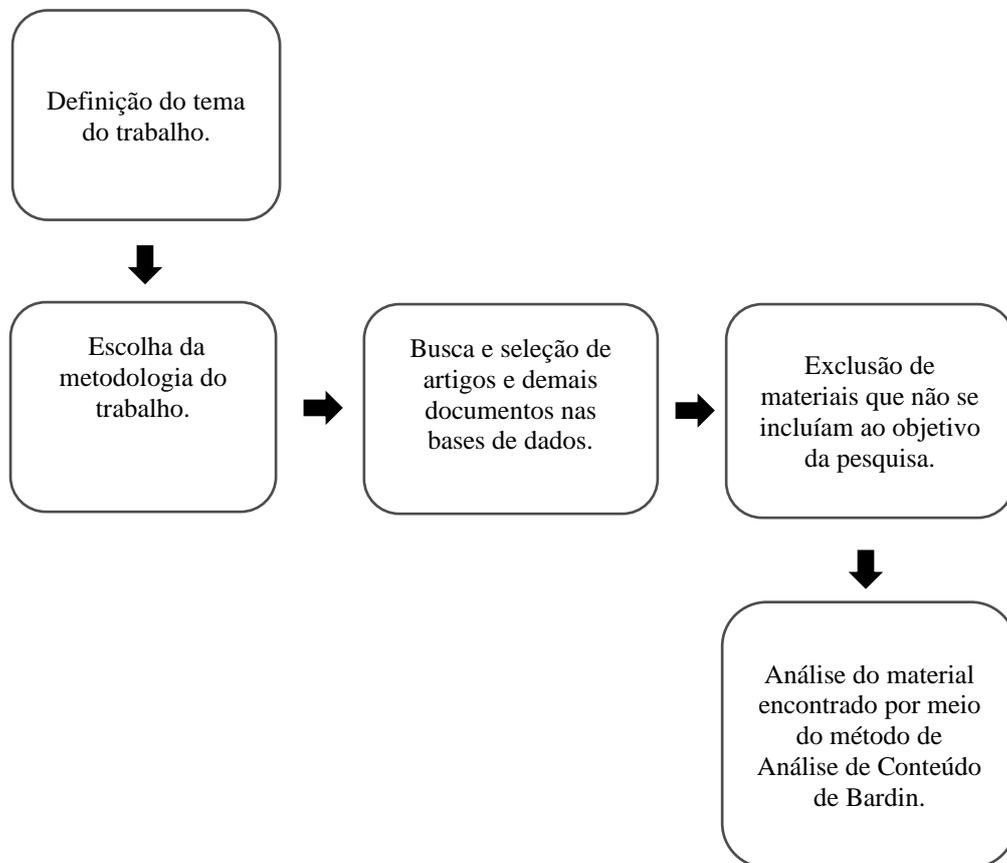
Na exploração do material, fez-se a leitura do conteúdo o que propiciou o conhecimento acerca dos estudos.

Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foi realizada a seleção das informações mais significativas interpretadas à luz do referencial teórico.

É importante enfatizar, que a apresentação do texto, organiza-se de forma que cada tópico discorrido aborde os seguintes aspectos relativos dos Sistemas Universais de saúde dos

países Brasil, Canadá, Cuba e Reino Unido respectivamente: (a) Estrutura dos Sistemas, (b) Financiamento dos Sistemas, (c) Composição das equipes de APS.

Fluxograma: Etapas e Metodologia do trabalho realizado.



Fonte: Elaboração própria dos autores.

4 RESULTADOS

Foram analisados 1899 artigos em português, inglês e espanhol e realizada uma leitura exploratória dos mesmos, sendo que destes 1886 foram excluídos em virtude de não abordarem a temática do estudo, sendo selecionados 14 artigos entre o período de 2011 a 2021. A partir desta análise, busca-se explorar e comparar a eficiência da APS nos modelos brasileiro, britânico, cubano e canadense, estabelecer paridades e diferenças entre esses modelos, investigar as funcionalidades da APS, com finalidade de obter subsídios que aprimorem a eficiência do Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil.

Para a síntese e posterior discussão da análise dos artigos científicos selecionados, foi utilizado um quadro sinóptico, que contemplou os aspectos autoria e ano, objetivo, métodos e resultados dos 14 artigos científicos que atenderam rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, correspondendo ao objetivo proposto na presente investigação, em ordem cronológica decrescente para uma melhor visualização. O quadro aborda os artigos que exprimem assuntos como funcionamento dos sistemas de APS nos países abordados, como eles se organizam, financiamento, serviços oferecidos e como são compostas as equipes de profissionais destes serviços.

Quadro 1. Descrição de busca dos artigos encontrados. Brasília, 2021.

Descritores com booleano	Base de dados	Quantidade encontrada em português, inglês e espanhol
Atenção primária à saúde <i>AND</i> Sistemas de saúde <i>AND</i> Políticas públicas de saúde	LILACS	197 artigos
	BDENF-Enfermagem	26 artigos
	MEDLINE	260 artigos
	IBECS	17 artigos
Atenção primária à saúde <i>AND</i> Sistemas de saúde <i>AND</i> Promoção da saúde	LILACS	258 artigos
	BDENF-Enfermagem	42 artigos
	MEDLINE	662 artigos
	IBECS	28 artigos
Atenção primária à saúde	LILACS	137 artigos

<i>AND</i> Sistemas de saúde	BDEFN-Enfermagem	11 artigos
	MEDLINE	251 artigos
<i>AND</i> Políticas públicas de saúde	IBECS	10 artigos
<i>AND</i> Promoção da saúde		

Quadro 2: Artigos científicos sobre Atenção Primária à Saúde. Período de 2011 a 2021.

	Autor/Ano	Título do Artigo	Objetivo	Metodologia	Resultados
1	Garcia MSMP <i>et al</i> (2020).	Gestão de Saúde Pública no Canadá.	Compreender o funcionamento dos principais sistemas de saúde no país.	Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa.	O Sistema de Saúde do Canadá não segue um modelo único em todo o país. Cada província possui o seu sistema de saúde, que é delimitado pela própria província, com o financiamento do Governo Federal e da população, por meio do pagamento de tributo.
2	Bousquat A <i>et al</i> (2020).	Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Analisar a produção sobre APS divulgada nos primeiros 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Revisão narrativa.	Foram publicados 295 artigos, o que corresponde a 5,9% do total de publicações. Observou-se tendência de crescimento de artigos versando sobre a APS.
3	Norman AH (2019).	Estratégias que viabilizam o	Evidenciar pontos	Estudo etnográfico.	A profissionalização do acesso na APS

		acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido.	relevantes no funcionamento das clínicas da APS que facilitam o equilíbrio entre o atendimento à demanda espontânea e as ações programáticas em saúde.		exige um contingente maior de recursos humanos, sem os quais a qualidade assistencial ficará certamente prejudicada.
4	Brandão JRM (2019).	A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais.	Descrever a experiência e vivência adquiridas no sistema de saúde canadense.	Relato de experiência.	Continua-se como médico de família, com o enorme desafio de aprimoramento e atualização no cuidado aos pacientes, procurando sempre combinar o olhar clínico individualizado com o acompanhamento das questões profissionais e sociais mais amplas.
5	Melo EA <i>et al</i> (2018).	Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios.	Discutir os contextos da revisão da PNAB de 2017, comparar com a versão de 2011 e identificar elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações.	Revisão bibliográfica descritiva qualitativa.	A recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais.
6	Nicoletti MA <i>et al</i> (2017).	Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica.	Realizar uma análise comparativa crítica entre os dois sistemas.	Revisão bibliográfica do tipo narrativa, análise comparativa.	No SUS, foi observado um aumento progressivo da participação dos Municípios e Estados na gestão e financiamento do sistema e uma diminuição dos

					gastos públicos federais.
7	Santos JC <i>et al</i> (2017).	Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba.	Conhecer determinações, causalidades e inter-relações entre sistemas e serviços de saúde, com base em semelhanças, diferenças ou arranjos entre elementos que podem ou não ser contemporâneos e/ou ocorrer em espaços distintos.	Pesquisa de análise comparativa e qualitativa.	Os dados indicam que as políticas de saúde cubanas têm muitas similaridades com as que são praticadas no Brasil, enquanto são percebidas diferenças entre a política de saúde canadense e a brasileira.
8	Toso BRGO <i>et al</i> (2016).	Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra.	Analisar a ampliação das funções do enfermeiro na atenção primária no Serviço Nacional de Saúde inglês e as repercussões para a prática profissional.	Pesquisa qualitativa em formato estudo de caso.	Melhorou o acesso, a comunicação e o cuidado integral, aumentou o tempo de duração das consultas, resultando em maior adesão terapêutica; para o enfermeiro, houve a ampliação da competência profissional, do conhecimento e do reconhecimento profissional; para o sistema de saúde, acarretou na redução de custos.
9	Barros FR (2015).	O sistema de saúde britânico como modelo de fortalecimento dos princípios do SUS.	Apresentar uma descrição do desenvolvimento do sistema único de saúde britânico.	Estudo qualitativo.	Apesar das crises, limitações e dificuldades de financiamento e gestão, o sistema único de saúde é referência para o mundo em saúde pública universal.
10	Dal Prá KR <i>et al</i> (2015).	O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização	Caracterizar as unidades e serviços de saúde oferecidos	Relato de experiência.	O SNS cubano tem a Saúde da Família (SF) como ordenadora da APS,

		dos serviços de atenção primária à saúde.	pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano e refletir sobre essa vivência/imersão, na Atenção Primária à Saúde (APS).		assim como aconteceu no Sistema Único de Saúde brasileiro.
11	Giovanella L <i>et al</i> (2014).	Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha.	Analisar tendências dos processos contemporâneos de reformas em saúde em contexto de forte pressão financeira (crise econômica 2008), em países europeus com sistemas universais de saúde e discutir suas consequências para a universalidade.	Estudo qualitativo, descrição analítica.	A recente crise financeira internacional acentuou as pressões econômicas sobre os sistemas nacionais de saúde e foi tomada como oportunidade por governos conservadores para aprofundar medidas restritivas, ampliar o espaço do mercado e competição e reduzir a intervenção estatal.
12	Amorim MCS <i>et al</i> (2014).	O National Health Service – NHS – O sistema de saúde da Inglaterra.	Descrever o NHS e contribuir com o debate sobre a organização dos sistemas de saúde, como exemplo a seguir e para ilustrar que um grande modelo de saúde pública contribuiu grandemente na participação privada na prestação dos serviços.	Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa.	As reformas sofridas pelo NHS ao longo da história mostram a passagem do modelo no qual o Estado é proprietário, financiador e produtor dos serviços de saúde. Na Inglaterra, os gastos do Estado com a saúde não foram diminuídos com as reformas.

13	Lavras C. (2011).	Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.	Analisar e referenciar inúmeros documentos que expressam o conceito da APS e que contribuem para sua organização nos sistemas de saúde do mundo.	Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa.	O enfrentamento do atual quadro de saúde da população brasileira exige profundas mudanças no SUS na perspectiva de impulsionar seu desenvolvimento como um sistema de saúde integrado.
14	De la Osa JA (2011).	Um olhar para a saúde pública cubana.	Conhecer as transformações produzidas na saúde pública cubana nos últimos 50 anos.	Pesquisa quantitativa e qualitativa.	As transformações e a experiência acumuladas desde o triunfo da Revolução em 1959 no âmbito científico, assistencial, de recursos humanos e materiais não ficam circunscritas ao país. Cuba compartilha o que tem, dentro e fora de suas fronteiras.

Fonte: Elaboração própria dos autores.

5 DISCUSSÃO

Os Sistemas de Saúde pesquisados se orientam pelo direito universal à saúde enquanto direito humano fundamental. A discussão acerca da análise comparativa de modelos de atenção primária demonstrou diversas interfaces, sintetizadas em três eixos para explanação dos conteúdos expostos e extraídos dos estudos investigados – Eixo 1 - Características da Atenção Primária à Saúde (APS). Eixo 2 - Financiamento do Sistema. Eixo 3 – Composição das equipes de Atenção Primária à Saúde. A seguir serão descritos dados obtidos a partir desta pesquisa.

Quadro 3. Características gerais dos sistemas de saúde em Cuba, Canadá, Inglaterra e Brasil.

Características	Cuba	Canadá	Inglaterra	Brasil	Ano
<i>Financiamento*</i> PIB/Saúde Gasto (<i>per capita</i>) Fonte	11,1% US\$ 2,475 Público	10,4% US\$ 4,641 Público	9,9% US\$ 3,377 Público	8,3% US\$ 1,318 Público	2014
Ano/Sistema	1976	1961	1948	1988	
Tipo de Sistema	Sistema de Saúde Cubano	Seguro Nacional Canada Health Act	Seguro Nacional National Health Service	Seguridade Social Sistema Único de Saúde	
Acesso	Universal	Universal	Universal	Universal	
Organização	Áreas de Saúde	Redes no Québec/ Províncias	Regiões/Distritos	Regionalizada nos três entes federativos	
<i>Demográficos*</i> População PIB PIB (<i>per capita</i>)	11,3 milhões US\$ 107,352 bi US\$ 9,744	37,7 milhões US\$ 1,644 tri US\$ 43,241	67,8 milhões US\$ 2,764 tri US\$ 40,718	212,5 milhões US\$ 1,44 tri US\$ 6,797	2020
Organização geral da APS	Programa Médico de Família	Atenção Primária de Saúde Profissional	Grupos de Atenção Primária	Estratégia de Saúde da Família	
Equipe/formação na APS	Médico Enfermeiro	Médico Enfermeiro Técnico de Enfermagem	Médico Enfermeiro Dentista Psicólogo Fisioterapeuta	Médico Enfermeiro Técnico de Enfermagem ACS/ACE	
Outros Pontos	INFOMED Policlínicas	Demanda espontânea Regulação	<i>NSH Direct NHS Walk-in Centres</i>	Telessaúde ACS Redes de Atenção	

Fonte: a.National Accounts Main Aggregates Database. United Nations. <<https://unstats.un.org/unsd/snaama/introduction.asp>>. Acessado em: janeiro 2022. b.World Population Prospects. United Nations, Population Division. <<https://esa.un.org/unpd/wpp/>>. Acessado em: abril 2021

6 CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

6.1 Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS)

Desde a década de 1980, a reforma sanitária objetiva promover amplas mudanças e contribuições para o sistema de saúde, e reformular resolutamente a política de saúde do Brasil. ¹⁴ Portanto, de acordo com a Constituição da República Federal do Brasil de 1988, a saúde é direito de todas as pessoas e responsabilidade do Estado, o que oportuniza o surgimento de um Sistema Único de Saúde - SUS.

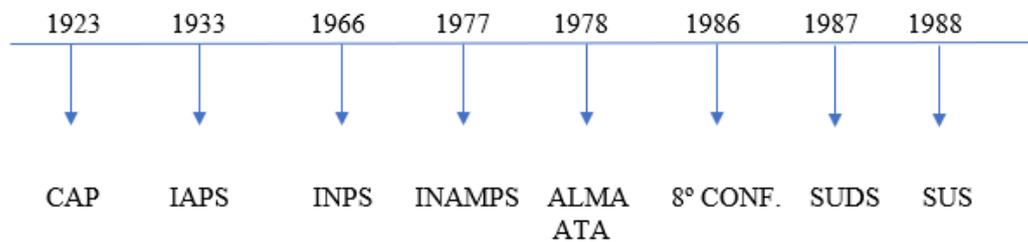
Assim, é definido como o SUS será regido pelas doutrinas da universalidade, integridade e justiça. Em outras palavras, o sistema deve alcançar todas as pessoas das diferentes partes do Brasil, devendo obter atendimento médico gratuitamente. Ao mesmo tempo, a organização do SUS segue os seguintes princípios: resolução, descentralização, hierarquização/regionalização, participação cidadã e complementaridade com o setor privado. ¹⁵

Somente com a municipalização do SUS, no início da década de 1990, teve início uma estruturação mais uniforme da Atenção Primária à Saúde (APS) sob responsabilidade dos municípios brasileiros, apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de regulamentação e financiamento. Em 1994, após avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF), que logo foi entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. ⁹ Esses elementos de vários modelos, como medidas programáticas para grupos focais, reorganização do atendimento espontâneo sob demanda com atenção centrada no usuário e apoio matricial foram integrados ao PSF, sendo, portanto, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). ¹⁶

A partir da década de 2000, os atributos da APS (primeiro contato, cobertura/integralidade, longitudinal/conexão e coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) sintetizados por Starfield começaram a ser disseminados nas publicações do país e foram incorporados ao Nacional Política de Atenção Básica (PNAB), em 2006. Ainda no início dos anos 2000, o Ministério da Saúde (MS) iniciou iniciativas para institucionalizar a avaliação da APS no SUS para induzir esforços para avaliar os serviços de atenção primária. ¹⁶ Diante disso, houve mudanças significativas na PNAB de 2011 e 2017.

A Portaria nº 2.436 de 2017 estipula que a Equipe de Saúde da Família deve ser multiprofissional e composta por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para atender toda a população cadastrada. As equipes têm a responsabilidade pela saúde em suas áreas de referência e suas atribuições são divididas entre visitas domiciliares, ações programáticas e consultas na prática do médico e do enfermeiro. ¹⁷

Linha do tempo da Saúde como direito no Brasil



Fonte: Elaboração própria dos autores.

6.2 Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Britânico (NHS)

O NHS é um sistema universal, com ampla cobertura e acesso gratuito aos cidadãos, financiado pelo estado por meio de fundos fiscais, com base nos princípios de justiça e integridade, exceto para tratamentos dentários, oftálmicos e medicamentosos. ¹⁸

Diante disso, em 1974 sob forte pressão dos movimentos sociais, os conselhos de saúde dos cidadãos foram fundados como instância de interesse dos usuários. Na década de 1980, o NHS passou por várias reformas com o governo conservador, incluindo o esvaziamento dos conselhos. Em 1997, o Partido Trabalhista, que estava de volta ao poder, tentou equilibrar as tensões entre centralidade e participação dos governos locais propondo a terceira via, e em 2011 propôs a erradicação dos conselhos, mas atribuindo maior responsabilidade aos governos municipais, organizados em distritos sanitários. ¹⁹

Com o passar dos anos e do desenvolvimento do NHS, foi formada a Primary Care Trust (PCT), formada por médicos de atenção primária ou grupos de médicos que receberam financiamento dos escritórios regionais do NHS para investir em serviços secundários. Esses grupos poderiam comprar serviços de complexidade variável e manter o excedente para melhorar a infraestrutura e os serviços para os pacientes.¹⁵

Após a introdução da Health and Social Care Act (H & SCA) em 2012, os PCTs foram substituídos pelos Clinical Commissioning Groups (CCG), que também se responsabilizaram pelo planejamento, contratualização (commissioning), adquirem serviços e concluem contratos com prestadores de serviços especializados. O NHS assumiu a função de autorizar, designar e acompanhar os CCGs, repassar recursos e contratar serviços de atenção primária e parte da atenção especializada mais complexa. O NHS, assim, aproximou-se da função de financiar os serviços de saúde e deixou a prestação de serviços para os prestadores de serviços por ele contratados, o que também se refletiu na atenção primária.²⁰

Com isso, centros de atendimento do NHS Walk-In Centres e o NHS Direct foram duas outras inovações importantes que estão ajudando a fortalecer a atenção primária e também são de responsabilidade do NHS. Os centros de atendimento do NHS Walk-In Centres são centros que estão abertos todos os dias da semana, de manhã à noite, sem marcação de hora, e oferecem serviços menos complexos e são avaliados por enfermeiras. Esses centros complementam o trabalho dos clínicos gerais e prestam assistência aos hospitais. NHS Direct é um número de telefone 24h que os enfermeiros usam para fornecer informações de saúde e fazer referências.¹⁵

Além do médico, as responsabilidades pela prestação de serviços de saúde no SNS também são partilhadas com outros profissionais, como enfermeiros e farmacêuticos. Na Inglaterra, os pacientes, portanto, apresentam valores diferentes de atenção primária, o que se reflete diretamente na cobertura de atenção primária no país, que permanece universal mesmo após as reformas.

6.3 Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Cubano (SNS)

O Sistema Nacional de Saúde Cubano (SNS) é o primeiro sistema unificado gratuito e abrangente da América com cobertura universal e administração centralizada. Regulamentada,

financiada e prestada apenas pelo estado, preconizando a saúde como um direito social indispensável.

Em 1959, após a revolução, o governo cubano elegeu como prioridade estatal o estabelecimento de um sistema universal de saúde que disponibilizasse os serviços ao maior número de pessoas possível e um programa de medicina preventiva e orientação para a prática de higiene. Medidas para minimizar a situação de saúde existente, caracterizada por tétano, difteria, poliomielite, tuberculose e outras doenças.²¹

Com a criação do Sistema Nacional de Saúde de Cuba (SNS) em 1960, mais da metade dos médicos deixaram o país. Apesar da escassez de trabalhadores qualificados, o governo cubano investiu fortemente na formação de recursos humanos, que junto com a vontade política, o direito do cidadão e a responsabilidade do estado, tornaram-se as bases de transformação do SNS cubano.²²

No mesmo ano, o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) foi criado com o objetivo de organizar cursos de formação e serviços de saúde cubanos. Nesse período, o ensino superior passou por uma grande reforma que incorporou as universidades ao MINSAP, que passou a ser responsável por formar seus profissionais com base em diagnósticos de saúde e estudos demográficos.²³

Esta é talvez uma das grandes contribuições da revolução para a saúde pública, pois, ao conectar as universidades com o MINSAP, o governo introduziu o conceito de universalização do ensino médico, integrando estudantes de medicina e enfermagem nas instituições de ensino e possibilitando a formação em massa da medicina humana com programas de treinamento de recursos do setor de saúde.²¹

Desse modo, SNS cubano é dividido em três níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária. A ordem proposta da APS é o Programa Médico e Enfermeiro de Família (PMEF), e os programas priorizados são: Assistência Materno-Infantil, Assistência a Adultos, Controle de Doenças Transmissíveis e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.²² Com isso, APS se caracteriza por ser a principal porta de entrada do SNS, com ampla cobertura e baixa complexidade. É constituída pelo PMEF, fundado em 1980, pelas Policlínicas, pelos Grupos Básicos de Trabalho (GBT) e por uma rede de serviços que visa o atendimento integral à pessoa e sua família e a implantação de todos os demais programas prioritários do sistema.

6.4 Características da Atenção Primária do Sistema de Saúde Canadense

No Canadá, o acesso aos cuidados de saúde é fornecido pelo sistema público. Entre as décadas de 1970 e 1990, o sistema de saúde era financiado exclusivamente pelo Estado, sem ajuda da população. No momento os custos ainda são suportados pelo governo, mas há participação popular por meio do pagamento de tributos que normalmente estão incluídos no imposto de renda. ²³ Contudo a sociedade canadense é multicultural, com dois povos fundadores, os franceses e os ingleses, que em muitas partes do país são populações majoritárias com origens étnicas diferentes das dos fundadores.

O sistema de saúde é apoiado por uma parceria entre o governo do país e os governos provinciais. O país é composto por 10 províncias: Alberta, British Columbia, Quebec, Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Ontario, Prince Edward Island e Saskatchewan. ²³ As províncias e territórios canadenses devem atender a cinco princípios: Administração pública, Abrangência, Universalidade, Acessibilidade, Transferibilidade ou Portabilidade para se qualificar a receber transferências federais completas relativas à saúde. ¹⁴

Assim, universalidade do sistema canadense não significa necessariamente que todos os serviços sejam cobertos. Diferentemente do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema canadense, sem abordar suas imensas limitações, geralmente não cobre saúde bucal, medicamentos extra-hospitalares e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos). ²³ Percebe-se que o sistema de saúde canadense é muito interessante, é um sistema humanizado com cobertura universal e equitativa que o diferencia de países que possuem um modelo exclusivamente privado e caro.

7 FINANCIAMENTO DO SISTEMA

7.1 Financiamento da APS brasileira

No SUS, o financiamento provém do setor público por meio da arrecadação de impostos da população. O acesso aos serviços de saúde é um direito da população, sem despesas adicionais. Esse modelo de financiamento representa os princípios de universalidade, igualdade e integralidade. ^{20, 24}

De acordo com dados da OMS, o Brasil dispõe uma população absoluta de aproximadamente 207 milhões de pessoas, detendo gasto total em saúde de 8,3%.²⁵ Vale

ressaltar que estes dados foram baseados em estudos realizados no ano de 2017, atualmente, a população evidentemente está superior.

Deste modo, para a OMS, um Sistema de Saúde bem-sucedido deve se amparar em sua capacidade de melhorar a saúde da população, ter competência de responder às necessidades de seus usuários e ser financeiramente acessível.¹⁵

No Brasil, a Constituição Federal de 1988⁷ determinou que os fundos para o financiamento do SUS partiriam do Orçamento de Seguridade Social, onde 30% teriam de ser atribuídos diretamente à saúde até que as diretrizes orçamentárias viessem a ser aprovadas, descartando-se o seguro desemprego. Não houve esse repasse na prática, levando o SUS a vivenciar crises financeiras ao longo da década de 1990.¹⁵

Neste contexto, várias Emendas Constitucionais surgiram com objetivo de reverter este cenário econômico.¹⁵ Nos anos 2000 foi formulada a EC nº 29/2000²⁶, a qual elaborou regras para a participação no custeamento do SUS das esferas federais, estaduais e municipais.¹⁵ Regularizava-se assim, o processo de descentralização do financiamento do SUS, iniciando um aumento progressivo da participação estadual e municipal no custeamento do Sistema, associado a uma redução da participação federal.¹⁵

A Atenção Primária em Saúde, no Brasil, adotou a linha de descentralização, consolidando as diretrizes do SUS.¹⁵ Segundo a OMS, a APS submete-se à um conjunto de ações com propósito de aprimorar, recuperar e manter a saúde de uma população.^{27,28} Deve englobar cuidados a pacientes de todas as faixas etárias, condições socioeconômicas e origens geográficas.¹⁵ Quando o financiamento da APS é adequado e ela está distribuída no território, ela possibilita superar problemas de cobertura e bloqueios geográficos para a atenção à saúde.

29

Atualmente, a APS brasileira vem sendo financiada pelo Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O Programa é estabelecido como novo modelo de financiamento de custeamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.³⁰ Este modelo altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser difundidas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.³¹

A Capitação ponderada é uma forma de remuneração calculada baseada no número de pessoas cadastradas que estão sob a responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de APS. Esse componente leva em consideração fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, a classificação rural-urbana e o perfil de idade do município segundo o IBGE.³²

Mediante desse cadastro, pode-se determinar a população próxima à equipe e à Unidade Básica de Saúde (UBS) /Unidade de Saúde da Família, amparando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e na assistência dos indivíduos, famílias e comunidades. O cadastro do cidadão pode ser realizado por CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) por todos os membros da equipe de saúde.³²

O segundo critério do Programa, que faz parte da transferência mensal aos municípios, é o Pagamento por Desempenho. Para determinação do valor a ser transferido neste critério, serão considerados os resultados obtidos em um conjunto de indicadores que serão monitorados e analisados no trabalho das equipes (eSF/eAP).³³

Como vantagem, esse modelo tem o aumento, no registro, das informações e da qualidade dos dados gerados nas equipes. Portanto, é importante que as equipes se programem para registrar e enviar regularmente seus dados e informações de produção, através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária, bem como para estruturar o processo de trabalho para melhorar o desempenho.

Para o ano de 2020, foram listados e pactuados de forma tripartite sete indicadores que cumprem às seguintes ações essenciais: proporção de gestantes com exames para Sífilis e HIV realizados; proporção de gestantes com ao menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gravidez; proporção de gestantes com realização de atendimento odontológico; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal da pentavalente e poliomielite inativada; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida semestralmente; percentual de diabéticos com hemoglobina glicada solicitada.³³

O monitoramento desses indicadores vai proporcionar avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de APS e Saúde da Família, possibilitando, assim, a implementação de medidas de aperfeiçoamento das ações no âmbito da

APS, além de ser um modo de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a população.³³

Como terceiro critério do Programa, temos os Incentivos para ações estratégicas que englobam características específicas conforme a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos favorecem a implementação de programas, estratégias e ações que repercutem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde: 1) Equipe de Saúde Bucal (eSB); 2) Programa Saúde na Hora; 3) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 4) Unidade Odontológica Móvel (UOM); 5) Equipe de Consultório na Rua (eCR); 6) Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); 7) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); 8) Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); 9) Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); 10) Microscopista; 11) Programa Saúde na Escola (PSE); 12) Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade; 13) Programas de apoio à informatização da APS; 14) Programa Academia da Saúde; 15) Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; 16) Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.³⁴

As transferências financeiras pertinentes a cada uma das ações estratégicas atentarão as regras previstas nas normas vigentes que regem a organização, o financiamento e funcionamento dos respectivos programas, ações e estratégias.³⁴

7.2 Financiamento da APS britânica

Tanto no SUS quanto no NHS, o financiamento provém do setor público através da coleta de impostos da população. A população tem direito, em ambos os casos, a acesso aos serviços de saúde sem custos adicionais. Esta forma de financiamento representa os princípios da universalidade, integralidade e igualdade comuns aos dois sistemas.^{20, 24}

No NHS, a atenção primária de qualidade é um dos alvos principais do governo, apresentando aproximadamente a totalidade da população com acesso a assistência primária de qualidade.^{35, 36}

No que se refere à oferta de serviços da atenção primária, o NHS estabeleceu um processo de encorajamento das CCG (Clinical Commissioning Groups) pela contratação destes serviços. Através do NHS Five Year Forward View estreado pelo governo, foi de interesse

expandir a autonomia das CCG na atenção primária almejando atender as necessidades regionais características e reduzir as desigualdades.³⁷

Os CCG são órgãos legais do NHS subdivididos geograficamente e tem como função planejar e dirigir os serviços de cuidados de saúde à população da região pela qual ele é responsável.¹⁵

Os parâmetros de repasse para os CCG são definidos por uma ponderação per capita, pactuada a fatores socioeconômicos, epidemiológicos e desigualdades em saúde. Deste modo, o financiamento do sistema inglês se manteve centrado na coleta de impostos do âmbito federal, diferente do SUS, onde os âmbitos estaduais e municipais cooperam para o financiamento do sistema com as suas arrecadações regionais.^{36, 38, 39, 24}

7.3 Financiamento da APS canadense

Pode-se pensar que as semelhanças que o Brasil e Canadá têm como grande extensão territorial e semelhante sistema econômico (capitalismo), poderiam ter influência determinante sobre a estruturação dos serviços, pelos efeitos instaurados na acessibilidade geográfica aos serviços e no financiamento, por exemplo.¹⁴

O sistema de saúde canadense é um sistema predominantemente público e oferece cobertura universal e integral. Porém, a universalidade do sistema canadense necessariamente não quer dizer que todos os serviços são cobertos. Inversamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o sistema canadense não cobre, geralmente, saúde bucal, medicações extra hospitalares e outros profissionais de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas). As exceções vão divergir bastante entre as províncias, com cobertura limitada às vezes para idosos, crianças, pós-procedimentos cirúrgicos, para gastos “trágicos” com medicamentos (acima de 4% da renda do indivíduo, por exemplo), para pessoas com baixa renda ou deficiência, etc.⁴⁰

Como aponta Sório, o sistema de saúde canadense, equiparado a outros, é considerado um dos mais descentralizados do mundo, visto que as províncias e territórios tem seu próprio Ministério da Saúde.⁴¹ A prestação e gestão dos serviços competem a cada província/território, que determina as prioridades, financia e destina os recursos entre as regiões, cedem licenças, cadastra e paga os profissionais. Ainda, concede recursos financeiros para hospitais, inspeciona custos e avalia a prestação da assistência médica, de serviços similares e certos aspectos da saúde pública.¹⁴

Por mais que o sistema seja público, os médicos ainda atuam de maneira autônoma, nos padrões dos profissionais. Trabalhadores contratados diretamente pelo governo são minoria e estão geralmente concentrados em centros de saúde comunitários (*Community Health Centers*), ofertando serviço para populações mais vulneráveis. O pagamento dos médicos ainda se realiza predominantemente por procedimento/consulta (*fee for service*). Mesmo que o pagamento por procedimento prevaleça, especialmente na última década surgiram diversas iniciativas como o acréscimo de pagamento *per capita* (dependendo do número de usuários) ou pagamento por uma “cesta de serviços”, fora incentivos financeiros para atendimento *after hours* (depois das cinco da tarde nos dias de semana e em todo final de semana), ou por cumprimento de indicadores, especialmente preventivos (cobertura de Papanicolau, porcentagem de crianças imunizadas, mamografias, etc.). Isso fez ampliar substancialmente os rendimentos dos médicos de família. ⁴⁰

7.4 Financiamento da APS cubana

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cuba é descentralizado, único, com financiamento totalmente público e conduzido por sete princípios:

- *Caráter estatal e social da medicina*: os serviços de saúde consistem um direito de todos os cidadãos e estão estruturados em um único sistema, como o Estado sendo responsável, e gerido por um conjunto de disposições jurídicas. ¹⁴

- *Orientação profilática*: a prestação dos serviços está direcionada para a intervenção sobre fatores determinantes da saúde coletiva, englobando desde melhorias sanitárias até o reconhecimento de fatores de risco em indivíduos vulneráveis, com o intuito de oferecer proteção individual. ¹⁴

- *Acessibilidade e gratuidade geral*: os serviços de saúde devem ser de fácil acesso geograficamente e disponibilizados gratuitamente a toda a população. ¹⁴

- *Integralidade e desenvolvimento planejado*: os serviços de saúde são de caráter integral, precisam ter alta qualificação e contemplar toda a população de maneira equitativa. O planejamento em saúde é um método único e centralizado, objetivando ao desenvolvimento igualitário da prestação de serviços em todo o país, com foco nas regiões mais atrasadas em relação à capital. ¹⁴

- *Unidade entre ciência, docência e prática médicas*: o ensino superior em Medicina está subordinado ao Ministério de Saúde Pública (Minsap), que se encarrega pela formação e educação continuada dos profissionais de níveis técnico e superior. Os estudantes se desenvolvem através do trabalho direto nas unidades de saúde, supervisionados por docentes que também atuam nas unidades. Entre as atribuições do trabalho docente dos profissionais nas unidades de saúde, as atividades de pesquisa também são priorizadas.¹⁴

- *Participação da população*: os serviços de saúde devem ser prestados com a participação ativa da comunidade coordenada, que tem atribuição importante no acesso à informação e no manejo das atividades.¹⁴

- *Internacionalismo*: este princípio de desempenha de duas formas: (1) através da graduação em Medicina de estudantes estrangeiros que se deslocam para Cuba e (2) pelo envio de profissionais cubanos para outros países com o intuito de prestar serviços de assistência médica (como ocorreu recentemente, no Brasil, mediante o Programa Mais Médicos, estabelecido pela Lei nº 12.871/13).¹⁴

8 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE APS

8.1 Composição das equipes de APS no Brasil

A composição das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e nos demais países em questão é distinto. Na APS brasileira, temos o programa ESF (Estratégia saúde da Família), nele, a população é assistida por uma equipe composta por um (1) médico generalista ou especialista em Saúde da Família e Comunidade; um (1) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da família e Comunidade; um (1) auxiliar ou técnico de enfermagem e um (1) agente comunitário em saúde (ACS).²⁸ Além destes profissionais, podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferivelmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

14

8.2 Composição das equipes de APS em Cuba

Em Cuba, a atenção médica primária representa a porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano e é compreendido pelo Consultório Médico da Família (CMF), onde atuam o médico e a enfermeira da família, compreendendo como a célula básica do Policlínico (nas áreas urbanas) e dos Hospital Rurais (nas áreas não urbanas), constituindo um contínuo

que articula os níveis secundário e terciário, através do sistema de referência e contrarreferência de informações de saúde. Os CMFs pode ser de duas formas: um que contempla mais de um consultório, com acomodações para médico e enfermeira, e outro – mais habitual – com acomodação apenas para o médico.³

8.3 Composição das equipes de APS no Canadá

No Canadá a Atenção Primária é a base do modelo assistencial. Todas as pessoas que usam o sistema de saúde público precisam ser acompanhadas por um médico da família (Family Doctor), a atuação em equipes não é regra nesse modelo, ou seja, membros de uma mesma família não serão atendidos necessariamente pelos mesmos profissionais. Desta forma, os profissionais que atuam na APS são o médico da família, que a atuação é focada no indivíduo e altamente centrada na clínica e caso seja necessária uma consulta com um especialista, o paciente deve ser consultado pelo Family Doctor e assim este o encaminhará para o profissional especialista. O enfermeiro e técnico de enfermagem também fazem parte dos profissionais que atuam na APS, e ofertam a devida assistência para a população que usa o sistema de saúde público canadense.⁴²

8.4 Composição das equipes de APS na Inglaterra

Na Inglaterra as clínicas de Atenção Primária, a oferta de serviços acontece por meio de funcionários contratados diretamente pelas clínicas da APS e pelos funcionários contratados pelo distrito sanitário e/ou via Clinical Commissioning Group (CCG). Os médicos de família, a equipe de enfermagem e o pessoal administrativo são contratados pela clínica da APS. Porém, está sob a responsabilidade da autoridade local (via distrito sanitário ou CCG) todo um conjunto de profissionais, tais como: (a) district nurses - enfermeiras distritais: responsáveis pelo cuidado domiciliar, curativos, aferição da pressão arterial, coleta de material para exames, avaliação funcional e de saúde, etc; (b) midwives - enfermeiras obstetras, incumbidas de todo o pré-natal com risco habitual; (c) health visitors - a puericultura é exercida pelas enfermeiras que atendem crianças de 0-5 anos; (d) school nurses - enfermeiras que atendem as crianças em idade escolar (acima de 5 anos), seja nas escolas ou nas clínicas da APS; (e) Counsellors – profissionais do ensino médio ficam responsáveis pelos cuidados em saúde mental; (f) nutricionistas; (g) podólogos - esses dois últimos dão um suporte maior em pacientes diabéticos.⁴³

CONCLUSÃO

Foram retratados na Pesquisa desenvolvida, os sistemas de saúde do Brasil, Canadá, Cuba e Inglaterra dando destaque aos modelos de Atenção Primária à Saúde destes países, a partir de elementos de análise definidos. Constatou-se que os quatro sistemas estudados são Sistemas Universais de Saúde, de predominância pública, não exclusivamente estatal. O primeiro sistema universal de saúde criado foi o da Inglaterra, em 1948, seguido por Canadá, em 1961, depois Cuba, em 1976 e, por último, o do Brasil, em 1988, o SUS que é o nosso sistema de saúde público brasileiro.

Entre os dissensos foi possível analisar como os sistemas se organizam, a exemplo de Cuba (em Áreas de Saúde), Canadá (em Redes de Québec/Províncias), Inglaterra (Regiões/Distritos) e Brasil (Regionalizado nos três entes federativos – Municipal, Estadual e Federal). A APS, organizada de modo geral, estrutura-se diferentemente entre os países estudados: Cuba (Programa Médico de Família), Canadá (Atenção Primária de Saúde Profissional), Inglaterra (Grupos de Atenção Primária), Brasil (Estratégia de Saúde da Família). Outro dado importante evidenciado na pesquisa, é quanto à composição das equipes de APS, que são formadas e compostas de forma distinta: Cuba (Médico e Enfermeiro), Canadá (Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), Inglaterra (Médico, Enfermeiro, Dentista, Psicólogo e Fisioterapeuta) e Brasil (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS/ACE).

No Brasil, vale ressaltar ações e programas do sistema de saúde brasileiro (SUS), que se destacam como política pública universal, como a Farmácia Popular (distribuição de medicamentos na rede SUS), ações de territorialização nas comunidades e a longitudinalidade do cuidado como fator importante na promoção e recuperação da saúde da população. Outro programa que podemos destacar do sistema de saúde brasileiro, é o Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo considerado como o maior programa de imunização do mundo, criado em 1973 e institucionalizado em 1975 através da lei 6259. O PNI tem demonstrado sua grandeza e eficiência, neste período de vacinação contra a COVID-19.

Embora não seja objetivo deste estudo demonstrar as ações dos sistemas de saúde pesquisados neste período de Sars-CoV-2, é inevitável reconhecer que a pandemia acentuou a importância dos sistemas públicos universais de saúde em defesa da vida e na adequada adoção das evidências científicas como método de combate ao vírus.

As questões éticas suscitadas pela democratização e equidade do acesso e qualidade das ações, a imperiosa necessidade de proteção aos trabalhadores de saúde, entre outros, estiveram e ainda estão presentes nesses países estudados. Em todos eles, os sistemas de saúde estão sendo postos à prova com grandes problemas para sua sustentabilidade. O futuro dos sistemas universais de saúde estão, portanto, vinculados aos direitos humanos fundamentais e é responsabilidade dos diferentes governos garantirem esses direitos.

No Brasil, segundo Castro et al, o futuro do SUS depende, entre outras questões, de não haver quebra nos seus princípios, ocorrer financiamento suficiente e eficiente, alocação de recursos, as prestações dos serviços serem realizadas por meio de redes integradas, ocorrer uma nova e mais eficiente governança interfederativa, obter-se expansão do investimento em saúde e, por fim, fixar a promoção do diálogo social como estratégia para transformar o SUS baseado no direito à saúde com aprendizagem da experiência internacional, envolvendo trabalhadores do SUS, academia e sociedade civil. ⁴⁴

REFERÊNCIAS

1. O que significa ter saúde? : Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social [Internet]. [place unknown]; 2020 Aug 07. Definição de saúde; [cited 2021 May 25]; Available from: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quer-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude>.
2. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS [Internet]. [place unknown]; 2000 Dec 05 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://brasa.org.br/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/?gclid=Cj0KCQiAosmPBhCPARIsAHOen-Pg5z_SY9Xs7-Fpo0w47rVBCwiRMxeNv5KMkAKOusw8yMKUfWTvRBEaAk9zEALw_wcB
3. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [bibliography]. [place unknown: publisher unknown]; 1966.
4. O MODELO DE SAÚDE PÚBLICA NO REINO UNIDO. INTRACIÊNCIA [Internet]. 2020 Jun 19 [cited 2022 Jan 2]:01-08. Available from: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115852.pdf
5. Alma Ata. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. URSS; 1978 Sep 12 [acessado em 20 maio 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
6. 8ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 1986 [cited 2022 Jan 6]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
7. Constituição federal. Constituição da república federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília; 05 outubro de 1988 [acessado em 20 maio 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 208p., 726p., 2002.
9. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011; 20(4):867-874.
10. Sousa MF; Franco MS; Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. São Paulo: Saberes; 2014. 45 p.
11. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
12. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014 Jan 15;48(2):335-345
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

14. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Geraiis, Rev. Interinst. Psicol.* 2018; 11(1): 79-98
15. Nicoletti MA, Faria TM. Análise Comparativa dos Sistemas de Saúde Brasileiro e Britânico na Atenção Básica. *Infarma - Ciências Farmacêuticas.* 2017; 29(4): 313-327.
16. Bousquat A, Medina MG, Mendonça MHM, Almeida PF, Aquino R, Santos AF, Giovanella L. Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista *Ciência & Saúde. Rev Coletiva. Ciencia & Saúde Coletiva.* 2020; 25(12): 4745-4756.
17. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate.* 2018; 42(1): 38-51.
18. Toso BRGO, Filippou J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(1): 169-77
19. Amorim MCS, Perillo E. O National Health Service – NHS o sistema de saúde da Inglaterra. *Rev. Fac. Ciênc. Méd.* 2014; 16(1): 53-54.
20. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(11): 1-19.
21. Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estudos avançados.* 2011; 25(72): 89-96.
22. Dal Prá KR, Minelli DS, Martini D, Fetzner RRT, Fontana KC. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. 2015; 9(2): 91-103.
23. Alonso ED, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública Méx.* 2011; 53(2): 168-176.
24. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate.* 2016; 40(109):187-199. DOI: 10.1590/0103-1104201610915
25. WHO. World Health Organization. Countries. Disponível em: <http://www.who.int/countres/bra/en>
26. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
27. Costa KS, Soeiro OM, Nascimento-Júnior JM. As redes de Atenção à Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica)
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *CiêncSaúde Coletiva.* 2010;15(5):2297-2305.

29. GOODYEAR-SMITH, Felicity *et al.* Primary care financing: a systematic assessment of research priorities in low-and middle-income countries. *BMJ Global Health*, v. 4, n. Supl. 8, p. 1.483, 2019. DOI: 10.1136/ bmjgh-2019-001483.
30. PORTARIA Nº 2.979 DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro [Internet]. Diário Oficial da União; 2019 Nov 12. PORTARIA Nº 2.979 DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019; [cited 2022 Feb 1]; Available from: Diário Oficial da União
31. Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS [Internet]. [place unknown]; 2019 Nov 12 [cited 2022 Feb 1]. Available from: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde
32. Capitação ponderada: Previne Brasil [Internet]. [place unknown]; 2019 Nov 12 [cited 2022 Feb 1]. Available from: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde
33. Pagamento por Desempenho: Previne Brasil [Internet]. [place unknown]; 2019 Nov 12 [cited 2022 Feb 1]. Available from: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde
34. Incentivos para ações estratégicas: Previne Brasil [Internet]. [place unknown]; 2019 Nov 12 [cited 2022 Feb 1]. Available from: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde
35. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc* 2007; 16(1):7-17.
36. NHS. National Health Service - England. Manual: Understanding the new NHS - A guide for everyone working and training within the NHS. Londres: BMJ; 2014. 26p.
37. UNITED KINGDOM. National Health Service (NHS Choices). The NHS in England. [legislation in Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> e <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
38. Machado CV, Lima LD, Baptista T.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Oliveira RG, Graboys V, Mendes-Júnior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD, Ensp; 2009.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - doutrinas e princípios: manual de orientação. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 1990. 10p. (Séries Manuais).
40. Brandão JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cadernos de saúde pública*. 2019;35(1)
41. Sório, R. S. R. (2006). O sistema de saúde canadense e as reformas em curso. In G. Biasoto Júnior, P. L. B. Silva & S. Dain (Orgs). *Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica* (pp. 143-177). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

42. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA [Internet]. 2017 Nov 08 [cited 2022 Jan 5]:01-04. DOI 10.1590/0102-311X00178217. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sFKhjCMFVkqHsdqdLr9mNjC/?format=pdf&lang=pt>
43. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. Revista brasileira de Medicina de Saúde da Família e Comunidade [Internet]. 2019 Apr 27 [cited 2022 Jan 5]:01-13. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1945/990>
44. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet [Internet]. 2019 Jul 27 [cited 2022 Jan 19]:345-356. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)

Nathália da Silva Cruz

Raquel Sousa Santos

Rodrigo Fernandes Duarte

Análise Comparativa de modelos de Atenção Primária à Saúde: Brasil, Canadá, Cuba e
Inglaterra

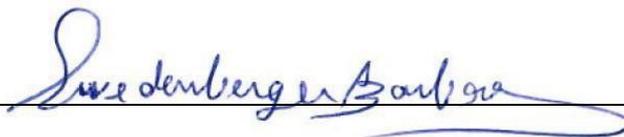
Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo Fiocruz
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica.

Aprovado em 11/03/2022.

BANCA EXAMINADORA

Membro 1

Membro 2



Orientador(a)