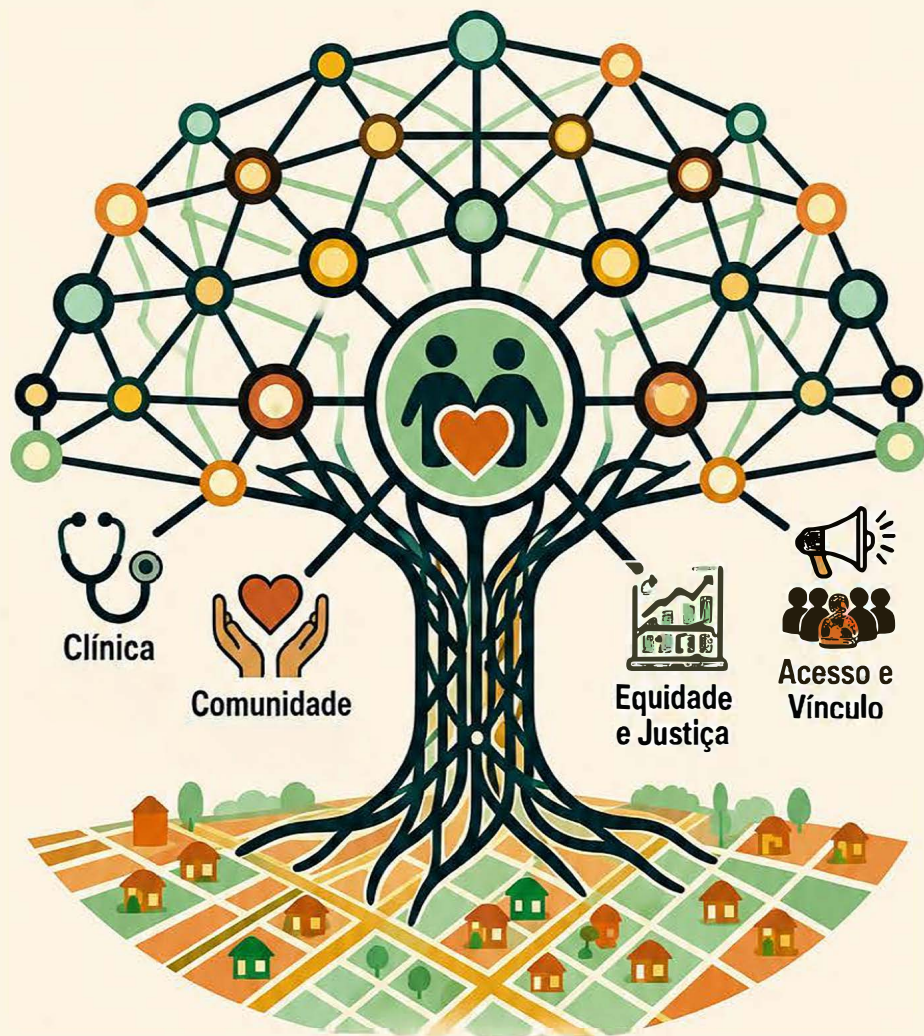


FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Erildo Vicente Muller
Carlos Eduardo Coradassi
Lislei Teresinha Preuss

FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Erildo Vicente Muller
Carlos Eduardo Coradassi
Lislei Teresinha Preuss

Texto e Contexto
EDITORA

Copyright © 2026 by Erildo Vicente Muller; Carlos
Eduardo Coradassi, Lislei Teresinha Preuss
Todos os direitos reservados aos organizadores.
Direção: Vendelino Hauer
Projeto gráfico, capa, diagramação e revisão final de edição:
Equipe Texto e Contexto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Fundamentos e princípios da atenção primária à
saúde [livro eletrônico] / organizadores: Erildo
Vicente Muller, Carlos Eduardo Coradassi, Lislei
Teresinha Preuss. -- Ponta Grossa, PR : Texto e
Contexto Editora, 2026.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-6080-117-2

I. Atenção primária 2. Saúde pública I. Muller,
Erildo Vicente. II. Coradassi, Carlos Eduardo.
III. Preuss, Lislei Teresinha.

24-240636

CDD-616.24
NLM-WF-140

Índices para catálogo sistemático:

1. Atenção Primária : Medicina 616.24 Eliane de
Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

TEXTO E CONTEXTO EDITORA
www.textoecontextoeditora.com.br
contato@textoecontexto.com.br
Tel. (42) 98883-4226

SUMÁRIO

Apresentação 05

Capítulo I 08
Fundamentos e princípios da atenção primária à saúde
André Luís Alcântara de Lima; Daniel Lebioda; Rafael Bulyk

Capítulo II 27
Atenção primária no Brasil e no cenário internacional
Marco Antonio da Silva Freitas; Taina Luana Wascoski

Capítulo III 52
Modelos e sistemas de atenção à saúde
*Adriana Ribas Adriano Cararo; Débora Cristine de Oliveira Bonfim; Gabriela
Fernanda Schiochet; Jucélia dos Anjos*

Capítulo IV 78
**Modelos e sistemas de atenção à saúde no Brasil e no
cenário internacional**
*Carolina Moura Wagner Ferreira Oliveira;
Frederico Machado de Sousa Lessa; Gabrielly Menin Dykstra*

Capítulo V 105
**Determinantes sociais da saúde - cenário brasileiro
e internacional**
Irla Milane Souza Vasconcelos; Pamela Tainá Licoviski

Capítulo VI 132
Redes de atenção à saúde
*Paula Renata Barbosa Laroca; Sabrina Correia dos Santos;
Catharina Schier da Cruz*

Capítulo VII 159
**Transformação do sistema de saúde da Ucrânia: da herança pós-
soviética ao modelo digital de atenção primária à saúde**
Svitlana Borysenko

Apresentação

A presente obra, intitulada **Fundamentos e Princípios da Atenção Primária à Saúde**, emerge como um marco da integração interdisciplinar e da maturidade acadêmica da **Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)**. Este livro não é apenas um compêndio de textos científicos, mas o produto direto e orgânico da disciplina de *Tópicos em Atenção Primária à Saúde*, ofertada conjuntamente pelo **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde** e pelo **Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas**. Esta colaboração singular reflete a própria natureza da Atenção Primária à Saúde (APS): um campo que exige o diálogo constante entre o saber biomédico e a compreensão das estruturas sociais. A obra constitui uma construção coletiva, unindo a sólida experiência de docentes e o frescor investigativo de discentes, consolidando o compromisso da UEPG com a produção de conhecimento que transcende os muros da universidade e impacta diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS). A APS é aqui reafirmada como o eixo estruturante de um sistema de saúde que se pretende equânime, universal e integral, servindo como guia fundamental tanto para a prática clínica quanto para a gestão pública.

O percurso reflexivo desta obra inicia-se com o estabelecimento de seus alicerces teóricos, revisitando as formulações clássicas de Barbara Starfield e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Neste primeiro momento, os autores desconstróem a visão reducionista da APS como um mero nível assistencial elementar, redefinindo-a como uma estratégia complexa e multidimensional, detalhando atributos essenciais como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, que conferem à APS seu papel estratégico na promoção da justiça social. Na

seqüência, o livro avança para a organização sistêmica, discutindo como a atenção primária deve atuar como o centro de comunicação e o nó ordenador do fluxo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), analisando a transição necessária dos modelos fragmentados para modelos em rede, onde a coordenação do cuidado é o diferencial para garantir a continuidade da assistência ao usuário.

Aprofundando-se nos desafios pragmáticos, a obra mergulha na gestão e no planejamento no âmbito local, abordando a importância do planejamento estratégico situado e a utilização de indicadores para a tomada de decisão, com especial destaque para o conceito de territorialização e a compreensão de que a saúde ocorre em territórios vivos com dinâmicas sociais próprias. Esse olhar sobre o território deságua na análise das práticas do cuidado cotidiano e da potência do trabalho em equipe multiprofissional no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), explorando como a verdadeira interdisciplinaridade e ferramentas como o apoio matricial potencializam a resolutividade. Por fim, a obra aborda o pilar democrático do SUS através da participação social, refletindo sobre o papel dos conselhos e conferências como espaços de exercício da cidadania, argumentando que a APS só atinge sua plenitude quando a comunidade se torna coprotagonista do processo de saúde.

Como um importante diferencial desta edição, o texto expande seu horizonte geográfico e analítico ao incluir em seu **último capítulo uma análise detalhada sobre o sistema de saúde da Ucrânia**. Este acréscimo oferece ao leitor uma perspectiva comparada valiosa, discutindo as reformas, os desafios estruturais e a resiliência de um modelo de saúde sob contextos de grande complexidade.

Além do rigor teórico e da abrangência dos temas, a obra foi pensada para ser uma ferramenta prática de aprendizado e consulta. Para isso, **ao fim de cada capítulo, foi colocado um mapa mental** que sintetiza os principais aspectos discutidos. Esses esque-

mas visuais permitem que estudantes e profissionais revisitem os pontos centrais de cada unidade de forma rápida e intuitiva, facilitando a fixação dos conceitos e a visão sistêmica necessária para a atuação na Atenção Primária à Saúde.

Esperamos que esta obra sirva não apenas como um registro do vigor acadêmico da na construção do conhecimento, fundamentalmente, como um instrumento de consulta, reflexão e transformação para estudantes, pesquisadores, gestores e profissionais que atuam na linha de frente do SUS. Que as análises aqui reunidas possam subsidiar novas práticas de cuidado e fortalecer as políticas públicas voltadas à consolidação de uma Atenção Primária robusta, resolutiva e profundamente humana. Ao leitor, desejamos que estas páginas provoquem o inquietamento necessário para a busca contínua pela equidade, servindo como semente para novos diálogos e ações que reafirmem a saúde como um direito inalienável de todos e um dever do Estado.

Os Autores

Fundamentos e princípios da atenção primária à saúde

André Luís Alcântara de Lima

Daniel Lebioda

Rafael Bulyk

1.1 Conceitos de Atenção Primária à Saúde: uma construção teórica e prática

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um campo essencial na organização de sistemas de saúde orientados pela equidade, universalidade e integralidade. Embora amplamente difundido, o conceito de APS é frequentemente utilizado de forma imprecisa, ora sendo confundido com atenção básica, ora sendo reduzido a um nível assistencial elementar. Para que se compreenda sua real dimensão, é necessário retornar às formulações teóricas que a fundamentam. Barbara Starfield (2002), uma das principais estudiosas da área, define a APS como o componente do sistema de saúde que oferece o primeiro nível de contato das pessoas com os serviços de saúde, promovendo continuidade, integralidade do cuidado e coordenação com os demais níveis de atenção. Ela identifica quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, os quais são complementados por atributos derivados como orientação comunitária, competência cultural e enfoque na família.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente

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

Essa definição desloca o foco da APS para além de uma simples entrada no sistema de saúde, conferindo-lhe um papel estratégico na promoção da equidade e da justiça social. Assim, a APS articula dimensões clínicas, políticas e sociais do cuidado, exigindo um olhar ampliado e interdisciplinar.

1.2 Breve histórico da Atenção Primária à Saúde no mundo

A história da APS está profundamente entrelaçada com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde ao longo dos séculos XIX e XX. Inicialmente, as ações de saúde estavam fortemente vinculadas às práticas higienistas e ao controle de epidemias, num contexto de crescimento urbano desordenado e precárias condições de vida nas cidades industrializadas. A consolidação da saúde pública como campo técnico e científico impulsionou intervenções estatais mais organizadas, especialmente em países europeus. Entretanto, foi somente após as grandes guerras mundiais que se

estruturaram sistemas nacionais de saúde com maior ênfase na APS, como resposta à necessidade de reordenamento dos serviços e ao reconhecimento da saúde como direito social.

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. No mesmo Reino Unido, a criação do National Health Service (NHS), em 1948, representou uma revolução no modo de organizar os cuidados em saúde, estruturando um sistema público, gratuito e universal, no qual a APS desempenha papel central. Na mesma direção, outros países europeus como Suécia e não europeus como Canadá instituíram modelos de atenção fortemente baseados na territorialização e no trabalho em equipes multiprofissionais, valorizando a prevenção, a promoção da saúde e o vínculo com as comunidades. No entanto, foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, que posicionou a APS como estratégia mundial para alcançar o ideal de “saúde para todos”. A declaração resultante da conferência estabeleceu a saúde como direito humano fundamental e apontou a APS como elemento-chave de políticas de desenvolvimento econômico e social, sobretudo nos países em desenvolvimento. (Lavras, 2011)

1.3 A construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde possui uma trajetória marcada por disputas ideológicas, desigualdades estruturais e avanços progressivos em meio a contextos sociais adversos. As primeiras ações de saúde pública no país remontam ao início do século XX, com forte presença do pensamento sanitarista. A Revolta da Vacina, em 1904, evidenciou o caráter autoritário das políticas de saúde da época, orientadas pela imposição de medidas higienistas sem diálogo com a população. A saúde era então concebida como ferramenta de controle social e urbano, priorizando os interesses das elites e da expansão econômica. Durante as décadas seguintes, o sistema de saúde brasileiro manteve-se fragmentado e excludente, com a assistência médica voltada majoritariamente aos trabalhadores formais por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (Ennes, 2023)

A virada começou a se delinear a partir da década de 1970, impulsionada pela crise do regime militar e pelo fortalecimento de movimentos sociais e acadêmicos que defendiam a saúde como direito de cidadania. A experiência do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ainda no período autoritário, buscava expandir serviços básicos para regiões até então negligenciadas, sinalizando uma transição para modelos mais democráticos de atenção. Nos anos 1980, em sintonia com os princípios da Conferência de Alma-Ata, surgiram iniciativas locais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os primeiros modelos de atenção territorializada, os quais antecipavam uma concepção mais robusta da APS. (Ennes, 2023)

A consolidação desse processo ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o direito universal à saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este representou uma das mais amplas reformas sanitárias do mundo, sustentada por princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. No centro dessa estrutura, a APS foi definida como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado, materializada especialmente com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994. A ESF introduziu uma lógica de atuação baseada na adscrição territorial, vínculo longitudinal, ações intersetoriais e forte presença da equipe multiprofissional, com destaque para os agentes comunitários de saúde. (Ennes, 2023)

Desde sua implementação, a ESF tem promovido impactos significativos nos indicadores de saúde pública, como a redução da mortalidade infantil, das internações por condições sensíveis à atenção primária e do uso indiscriminado de serviços hospitalares. Ela também tem fortalecido práticas de promoção da saúde, vigilância em saúde e participação popular. Apesar de avanços consideráveis, a APS brasileira continua enfrentando desafios como o subfinanciamento, a rotatividade de profissionais, a medicalização excessiva e as dificuldades na integração com os demais níveis de atenção. Ainda assim, permanece como uma das estratégias mais exitosas e promissoras na construção de um sistema de saúde mais justo e resolutivo.

O artigo de Pinto (2018) avaliou os efeitos da implementação da ESF ao longo das duas últimas décadas no Brasil, demonstrando o acesso proporcionado e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Trata-se de um estudo do tipo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes ao número de equipes implantadas de saúde da família e às ICSAB no SUS de 2001 a 2016. Os resultados evidenciam a redução em 45% das taxas padronizadas de ICSAB por 10.000 hab, que passaram de 120 para 66 no período

de 2001 a 2016. Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que o resultado da redução das ICSAB esteja vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos

1.4 Considerações finais

Compreender a Atenção Primária à Saúde em sua totalidade exige o reconhecimento de sua dupla natureza: técnica e política. Ela representa tanto um modelo organizacional eficaz para garantir a atenção integral à saúde, como também um projeto civilizatório que busca reduzir iniquidades sociais por meio do cuidado territorializado, contínuo e centrado nas pessoas. As formulações teóricas de Barbara Starfield, os princípios consagrados em Alma-Ata e a experiência brasileira com o SUS e a ESF demonstram que a APS é mais do que uma porta de entrada – é o eixo articulador de um sistema que pretende ser universal, equitativo e democrático.

Ao longo da história, a APS foi se consolidando como resposta racional e humanizada às complexidades dos sistemas de saúde. Os países que investiram em modelos fortes de atenção primária colheram resultados em termos de eficiência, qualidade e justiça social. No Brasil, apesar das dificuldades, a APS é responsável por um dos mais ambiciosos projetos de inclusão sanitária da história. Valorizar, defender e qualificar a APS é, portanto, uma tarefa não apenas técnica, mas também ética e política, fundamental para garantir o direito à saúde em sua plenitude.

2 A avaliação da atenção primária em saúde: da construção conceitual à aplicação prática em Ponta Grossa

2.1 Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida mundialmente como a base estruturante de sistemas de saúde equitativos, resolutivos e centrados na pessoa. Desde a Declaração de Alma-Ata em 1978 até os desenvolvimentos mais recentes na organização dos sistemas de saúde, a APS tem ocupado papel de destaque como o nível de atenção responsável por garantir o acesso inicial, promover a continuidade do cuidado e coordenar ações entre os diferentes níveis assistenciais.

No Brasil, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou a APS como a principal porta de entrada do sistema. No entanto, persistem desafios na efetividade e qualidade desse nível de atenção, o que exige ferramentas robustas de avaliação. Este capítulo busca discutir os fundamentos teóricos da avaliação da APS com base na obra de Bárbara Starfield (2002), do livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, e articulá-los com a prática da APS no município de Ponta Grossa, Paraná.

2.2 O que é a Atenção Primária em Saúde? Desfazendo os Mitos

Historicamente, a distinção entre os níveis de atenção — primária, secundária e terciária — foi feita com base no tipo de profissional atuante, sendo a APS associada ao médico generalista ou ao médico da família. No entanto, essa distinção é insuficiente. Para Starfield (2002), a APS é definida muito mais pelas funções que desempenha do que pelo perfil do profissional.

A APS é o ponto de primeiro contato da população com o sistema de saúde, oferecendo cuidado longitudinal, isto é, ao longo do tempo, com foco na integralidade, ou seja, abordando múltiplas dimensões da saúde (física, mental, social) e coordenação dos serviços nos diferentes níveis do sistema (Starfield, 2002). Embora tais atributos não sejam exclusivos da APS, é nesse nível que se manifestam com maior potência e abrangência.

Segundo a autora, a presença desses atributos permite que a APS funcione como filtro dos demais níveis de atenção, sendo capaz de manejar a maior parte dos problemas de saúde de forma oportuna e efetiva.

2.3 Marco Históricos e Contribuições Teóricas para a Avaliação da APS

A busca por critérios objetivos de avaliação da APS atravessa diversas décadas. Em 1973, White propôs a diferenciação dos níveis assistenciais com base em sete dimensões: natureza dos problemas, local de prestação do serviço, padrão de encaminhamento, duração da responsabilidade, fontes de informação, uso de tecnologia e necessidade de treinamento profissional.

Já em 1978, o Comitê do Instituto de Medicina sugeriu uma abordagem de avaliação da APS a partir de cinco atributos: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. No entanto, essa proposta esbarrava em limitações, como a sobreposição com atributos presentes na atenção secundária e terciária e o fato de medir mais o potencial do que a efetividade real dos serviços (Starfield, 2002).

Em 1986, Smith e Buesching realizaram adaptações para tentar mensurar o impacto da APS na vida da população. Utilizando questionários aplicados diretamente aos usuários, encontraram

limitações decorrentes da subjetividade das respostas. Tais tentativas de mensuração da APS apontaram a necessidade de um modelo avaliativo mais sólido, que articulasse estrutura e processo.

Em 1994, a Associação Médica Canadense definiu a APS como o cuidado prestado no primeiro contato com o paciente, com atenção contínua a uma variedade ampla de condições, promovendo saúde, prevenindo doenças e oferecendo suporte familiar e comunitário. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde listou doze características essenciais da APS: ser generalista, acessível, integral, continuada, por equipes multiprofissionais, holística, centrada na pessoa, orientada para a família e comunidade, coordenada, confidencial e defensora dos pacientes.

Finalmente, Donaldson (1996) propôs uma definição robusta: “a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos responsáveis por atender à grande maioria das necessidades pessoais de saúde, desenvolvendo parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade” (apud Starfield, 2002, p. 63).

2.4 A Avaliação da APS pela Abordagem Capacidade-Desempenho

Reconhecendo a dificuldade de avaliação da APS com base apenas em atributos conceituais, Starfield propõe uma abordagem que combina dois componentes fundamentais: Capacidade (ou Estrutura) e Desempenho (ou Processo).

A **CAPACIDADE** refere-se a todos os elementos que possibilitam a prestação de serviços, como equipe qualificada, instalações, equipamentos, definição da população adscrita e protocolos.

O **DESEMPENHO** refere-se tanto à atuação dos profissionais (reconhecer, diagnosticar, manejar e reavaliar problemas) quanto ao comportamento dos usuários (reconhecer a necessidade, procurar o serviço, aderir ao tratamento, expressar satisfação).

Essa abordagem permite avaliar:

POTENCIAL: com base nos elementos de capacidade, e dividido em quatro componentes: acessibilidade, variedade de serviços, definição de população e continuidade.

ALCANCE: baseado no processo, e composto por dois aspectos: utilização dos serviços pela população e reconhecimento das necessidades.

POTENCIAL (ELEMENTOS ESTRUTURAIS-CAPACIDADE)	ALCANCE (ELEMENTOS PROCESSUAL-DESEMPENHO)
1 – Acessibilidade	1 – Utilização do serviço pela população
2 – Variedade do serviço	2 – Reconhecimento de necessidade / problema
3 – Definição população eletiva (reconhecimento/responsabilidade → sentimento de pertencimento)	
4 – Continuidade	

Para avaliar de forma válida o potencial de alcance de qualquer atributo da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), é necessário que haja a presença simultânea de um elemento estrutural e um elemento de processo. Isso evita avaliações superficiais que considerem apenas a intenção do serviço e não sua efetividade real.

2.5 A Realidade da APS no Município de Ponta Grossa: Aplicando a Teoria

No município de Ponta Grossa, observa-se que a APS é de fato a porta de entrada do sistema. As Unidades de Saúde da Família são organizadas para atender de forma contínua a popu-

lação adscrita. Os atributos de primeiro contato e acessibilidade são parcialmente garantidos pela cobertura territorial e pelo agendamento presencial e remoto. Contudo, barreiras ainda persistem, como limitações físicas em unidades muito demandadas ou dificuldade de acesso para populações vulneráveis.

A longitudinalidade se expressa no vínculo entre profissionais e pacientes ao longo do tempo, sustentada por prontuário eletrônico e continuidade dos cuidados. A coordenação do cuidado é fortalecida pela função da regulação, que busca articular a APS com os serviços especializados, promovendo a racionalização dos encaminhamentos e evitando a fragmentação.

Há também um esforço de capacitação continuada das equipes da APS, com foco na resolutividade. Protocolos clínicos, oficinas de qualificação e retorno das informações da regulação são estratégias utilizadas para alinhar condutas e reforçar a função da APS como nível assistencial resolutivo.

2.6 Desafios e Caminhos para o Fortalecimento

Apesar dos avanços, a aplicação plena do modelo capacidade-desempenho encontra limites. A subnotificação de dados, a rotatividade de profissionais, a falta de recursos em determinadas unidades e a sobrecarga das equipes interferem tanto na estrutura quanto no desempenho da APS. Além disso, como aponta Starfield (2002), nenhum sistema pode alcançar desempenho ideal em todos os atributos simultaneamente.

Há também um risco inerente a modelos de avaliação muito exigentes: se os padrões forem elevados demais, há risco de frustração por parte dos profissionais e insatisfação dos usuários. Por isso, a avaliação deve ser contínua, formativa e voltada para a qualificação, e não meramente punitiva ou classificatória.

2.7 Considerações Finais

A proposta de avaliação da APS por meio da abordagem estrutura-processo (capacidade-desempenho) oferece uma ferramenta robusta e aplicável. Ela permite ir além dos discursos e avaliar concretamente se a APS está cumprindo seu papel no sistema de saúde. É possível, sim, articular teoria e prática, fortalecendo a APS como eixo integrador do SUS.

Investir na estrutura das unidades, qualificar os profissionais, apoiar a regulação e promover um modelo de cuidado centrado na pessoa e na comunidade são caminhos viáveis e necessários. A APS não é apenas um nível de atenção, mas uma estratégia de transformação do cuidado em saúde.

3 Morbidade e recursos para atenção primária à saúde

3.1 Morbidade na Atenção primária

A atenção primária enfrenta diversos desafios na caracterização das condições de saúde de suas populações. Embora existam diferentes métodos e instrumentos para avaliar a morbidade em grupos específicos, a frequência dos diagnósticos ainda é a abordagem mais comumente utilizada — apesar de não ser necessariamente a mais apropriada nesse nível de atenção.

O conceito de morbidade é fundamental não apenas para aprimorar o atendimento clínico, mas também para subsidiar a produção de dados, o desenvolvimento de pesquisas e a avaliação dos impactos tanto dos recursos aplicados (e o cálculo desses) quanto dos resultados obtidos pelos serviços de saúde em uma determinada população.

A morbidade diz respeito à incidência de doenças em uma comunidade e apresenta maior sensibilidade para refletir o estado de saúde populacional do que, por exemplo, quando utilizam-se as taxas de mortalidade.

3.2 Como o conhecimento da morbidade de uma população ajuda nos atendimentos clínicos?

Ao identificarmos a morbidade em uma população ou subpopulação, somos capazes não apenas de apontar possíveis fatores de risco e prever impactos futuros nesses grupos, mas conseguimos aprimorar o atendimento clínico em diversos níveis. Isso permite o desenvolvimento de planos de tratamento mais integrados, com foco não apenas no indivíduo, mas na coletividade à qual ele pertence. Instaura-se a possibilidade de coordenação do cuidado em um contexto multiprofissional. Com essa abordagem,

o cuidado torna-se mais efetivo e alinhado às necessidades reais da população, em especial nas populações com alta prevalência de doenças crônicas associadas.

3.3 Os dados da morbidade

Documentar as informações sobre populações e subpopulações para subsidiar atividades de saúde pública e políticas de saúde exige uma abordagem estruturada e complexa.

O que vemos é que grande parte das informações sobre incidência e prevalência de doenças na atenção primária tem origem unicamente nos dados coletados durante as consultas médicas. No entanto, na prática, é comum que muitos problemas de saúde não sejam resolvidos em um único atendimento, exigindo uma sequência de consultas para seu adequado acompanhamento e tratamento.

Diante disso, surgiu o conceito de abordagem baseada no episódio de cuidado, que propõe uma visão mais ampla do atendimento. Em vez de analisar cada consulta de forma isolada, considera-se o conjunto de ações realizadas ao longo de um período específico, até a resolução do problema em questão. Essa perspectiva permite um cuidado mais abrangente, que leva em conta a trajetória da doença e a experiência vivida pelo paciente.

A principal razão para a busca de medidas além do diagnóstico clínico para descrever e comparar a saúde de populações resulta do reconhecimento de que contar diagnósticos individuais não representa a saúde de forma apropriada. A tecnologia atual possibilitando a integração de bancos de dados populacionais é aconselhada para maximizar o uso de dados rotineiramente coletados, permitindo análises em múltiplos níveis e subsidiando decisões baseadas em evidências.

Uma abordagem mais ampla e integrada, que considere o episódio de cuidado e utilize tecnologias de banco de dados, é essencial para uma avaliação mais precisa e eficaz da saúde das populações, apoiando melhores políticas e ações em saúde pública.

3.4 A distribuição dos recursos

Informações sobre as necessidades e sobre a morbidade de diferentes áreas atendidas auxiliam os gestores a uma alocação dos recursos. Com isso, pode-se definir prioridades.

Além da morbidade, devemos considerar o histórico desta área ou unidade pode colaborar, já que a população destas permanece relativamente constantes com o passar dos anos. Sabemos ainda que fatores sociais, econômicos, demográficos e culturais influenciam os padrões de doença de uma determinada população. A avaliação concomitante destes determinantes colabora para uma distribuição mais justa e equitativa dos recursos. Definir a morbidade das unidades de saúde é obstáculo a ser vencido. A diversidade faz com que a simples contagem de diagnósticos talvez não seja a mais apropriada para avaliação da morbidade de uma população.

Países que adotaram sistemas de atenção primária têm melhores resultados de saúde e custos de saúde mais baixos quando comparamos com aqueles sem. Mesmo países que abraçaram a experiência de atenção primária enfrentam problemas significativos devido ao envelhecimento da população e ao aumento da multimorbidade.

A utilização de sistemas de classificação como o de *case-mix* parece ser mais útil. Grupos de pacientes com características clínicas e de utilização de recursos semelhantes, permitem avaliar o consumo de recursos nos contextos assistenciais. Existem diver-

sas maneiras de se realizar um *case-mix*. São exemplos, o Charlson Comorbidity Index, o Adjusted Clinical Groups (ACG) System, o Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), o Chronic Disease Score (CDS)/RxRisk e o Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI). Esses instrumentos têm indicações específicas e a combinação de diferentes medidas tende a aumentar a validade da avaliação.

O Grupo Clínico Ajustado (ACG) é um sistema específico de *case mix*, utilizados na atenção primária e ambulatorial, desenvolvido para classificar indivíduos com base em suas condições clínicas, idade, sexo e padrões de utilização de serviços de saúde ao longo de um período. Permite classificar pacientes em diferentes estratos de risco com base em diagnósticos e utilização de serviços. Relacionam a carga da doença, o consumo de recursos e os custos reais do cuidado. O objetivo principal é medir o grau de doença em populações de pacientes de acordo com diferentes níveis de morbidade.

A avaliação das necessidades de saúde e da morbidade das populações atendidas é fundamental para uma alocação eficiente e justa dos recursos de saúde. Considerar fatores sociais, econômicos, demográficos e culturais, além do histórico das unidades, contribui para uma distribuição mais equitativa e eficaz. Apesar dos desafios na definição precisa da morbidade devido à diversidade de condições, o uso de sistemas de classificação de *case-mix*, como o Grupo Clínico Ajustado (ACG), tem se mostrado uma ferramenta valiosa. Esses sistemas ajudam a identificar diferentes níveis de risco, a entender o consumo de recursos e a planejar estratégias de cuidado mais adequadas, especialmente em contextos de envelhecimento populacional e aumento da multimorbidade.

Assim, a implementação de abordagens baseadas em *case-mix* pode melhorar os resultados de saúde e otimizar os custos da atenção primária.

3.5 Os Resultados do serviço na saúde

Mensurar os resultados de medidas aplicadas na saúde, quando consideramos entidades nosológicas específicas, se faz de modo mais simples, já que a variação na frequência de tal entidade nos traz respostas satisfatórias. Dá-se exemplos, da diminuição de incidência de doenças com a vacinação da população.

No entanto, é importante reconhecer que a maioria das enfermidades não pode ser totalmente prevenida. Por isso, é fundamental direcionar a atenção para aspectos como a duração da doença, o grau de incapacidade e o desconforto que ela pode causar ao paciente. Deve-se considerar uma abordagem multifacetada, baseada em indicadores confiáveis e uma avaliação continuada.

Nesse contexto, as avaliações que consideram e mensuram a qualidade de vida relacionada a saúde tendem a refletir de forma mais realista os impactos das ações em saúde e as perspectivas dos pacientes. A análise restrita à presença ou ausência de enfermidades revela-se limitada e insuficiente.

Os Pilares da Atenção Primária: Uma Abordagem Integrada ao Cuidado

O mapa mental sintetiza os fundamentos da **Atenção Primária à Saúde (APS)**, destacando-a como a porta de entrada e o eixo norteador do sistema de saúde. O capítulo enfatiza que o cuidado efetivo depende da **acessibilidade** e do fortalecimento do **vínculo e continuidade** entre profissionais e pacientes. Essa estrutura é sustentada por uma **equipe interdisciplinar** qualificada, que atua sob o princípio da **equidade** e foca suas ações não apenas na cura, mas na **prevenção e promoção** da saúde. Acima de tudo, o modelo propõe uma medicina **centrada na comunidade**, onde o contexto social e o território são fundamentais para humanizar o atendimento e garantir a eficácia do tratamento ao longo do tempo.



2 de 7

Elaboração: os autores com uso de IA.

Referências

- BARNETT, Karen et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **The Lancet**, Londres, v. 380, n. 9836, p. 37–43, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Disponível em: <https://www.scienced.com/science/article/pii/S0140673612602402>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.
- ENNES, Isabela T. **Trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: ensaio sobre a história, os avanços e os desafios no processo de construção e consolidação da atenção básica brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2023. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/35128>. Acesso em: 6 ago. 2026.
- FRIEDMAN, D. J.; PARRISH, R. G., II. The population health record: concepts, definition, design, and implementation. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **Oxford**, v. 17, n. 4, p. 359–366, jul./ago. 2010. DOI: 10.1136/jamia.2009.001578. Disponível em: <https://academic.oup.com/jamia/article/17/4/359/828515>
- HUNTLEY, A. L.; JOHNSON, R. A.; PURDY, S.; VALDERAS, J. M.; SALISBURY, C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 10, n. 2, p. 134–141, mar./abr. 2012. DOI: 10.1370/afm.1363. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/10/2/134>
- PARTYKA, O. et al. Influence of selected indicators for assessing the functioning of the health system on the health outcome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **Basel**, v. 19, n. 21, art. 14618, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192114618. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14618>
- PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Lígia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018. Disponível em Scielo
- STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. (Capítulo I).
- SICRAS-MAINAR, A.; VELASCO-VELASCO, S.; NAVARRO-ARTIEDA, R.; PRADOS-TORRES, A.; BOLÍBAR-RIBAS, B.; VIOLÁN-FORS, C.; GRUPO DE ESTUDO ACG. Capacidade adaptativa do sistema de case-mix de grupos clínicos ajustados ao custo da atenção primária à saúde na Catalunha (Espanha): um estudo observacional. **BMJ Open**, Londres, v. 2, n. 3, e000941, 2012. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-000941. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e000941>

Atenção primária no Brasil e no cenário internacional

Marco Antonio da Silva Freitas

Taina Luana Wascoski

Introdução

“A verdadeira medida de qualquer sociedade pode ser encontrada na forma como ela trata os seus membros mais vulneráveis.” — *Mahatma Gandhi*

Essa filosofia é especialmente relevante no campo da saúde pública, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como nível mais eficiente, acessível e equitativo do cuidado em saúde, sobretudo quando comparado à atenção especializada, que é mais cara, menos acessível e concentrada em demandas pontuais. Em países industrializados, observa-se diferenças sistemáticas nos indicadores de saúde entre grupos sociais, com piores resultados nas populações mais vulneráveis, independente da carga de morbidade. Esse cenário evidencia que a riqueza econômica, isoladamente, não garante melhores condições de saúde. Como demonstram os Estados Unidos, que, apesar de seu alto Produto Interno bruto (PIB) enfrentam desigualdades em saúde (Jesus, et al. 2021).

A saúde está diretamente ligada à posição social, tanto em termos absolutos quanto relativos, onde quanto maiores os recursos sociais de uma comunidade, melhor tende ser sua

saúde. Por outro lado, quanto maiores as desigualdades dentro de uma população, maiores também serão as disparidades em saúde (Starfild, 2002).

Nesse contexto, a APS se apresenta de forma diferenciada por sua atuação contínua, integral e voltada para o território, o que oferece cuidados mais próximos das necessidades cotidianas da população. De acordo com Starfild (2002) são locais para cuidados os centros de saúde, escolas e domicílios. Além disso, a APS é menos intensiva em recursos tanto tecnológicos quanto humanos, com uma organização menos hierárquica, o que reforça seu papel estratégico na promoção da equidade.

Desde a Conferência de Alma-Ata, a APS tem sido discutida como uma estratégia fundamental para a garantia do direito à saúde em diversos países. Seu financiamento, no entanto, varia conforme a região e os contextos políticos locais. Segundo Almeida et al. (2024), a redemocratização e a ascensão de governos com perfil mais progressista têm desempenhado um papel importante na reorganização da APS em várias nações. A presença de apoio político e a existência de legislações que asseguram o direito à saúde são fatores decisivos para a promoção do acesso universal aos serviços de saúde.

A APS representa o principal ponto de contato de uma comunidade ao sistema de saúde, atuando na promoção de hábitos mais saudáveis ao longo de suas vidas. Os serviços devem estar próximos da comunidade e atender as necessidades de saúde da maioria das pessoas, incluindo ações de prevenção e tratamento de doenças; cuidados reprodutivos, maternos, neonatais e infantis; gestão de condições crônicas de saúde; reabilitação e cuidados paliativos (OMS, 2023). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para se alcançar uma APS inclusiva, eficaz e eficiente, é

fundamental que os países organizem seus serviços com base nos seguintes princípios:

1. A acessibilidade de primeiro contato, garantindo acesso equitativo e oportuno;
2. A continuidade do cuidado, permitindo a construção de confiança ao longo do tempo;
3. A coordenação, facilitando a integração de serviços de diferentes níveis;
4. A abrangência, assegurando acesso a uma gama completa de serviços essenciais;
5. A centralidade nas pessoas, promovendo o protagonismo e empoderamento das pessoas para assumirem um papel ativo em sua saúde.

Promover uma atenção primária sólida e acessível representa não apenas uma exigência moral e estratégica para os países, mas também auxilia no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dessa forma, o objetivo deste capítulo é discutir as particularidades da APS no contexto internacional, com foco na construção de sistemas sólidos que garantam o acesso universal à saúde. Além disso, busca-se identificar divergências entre os modelos adotados em diferentes países, bem como extrair lições que possam contribuir para o fortalecimento e aprimoramento da APS em diversas realidades.

História do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e do National Health Service (NHS) na Inglaterra

A construção dos sistemas de saúde no Brasil e na Inglaterra, apesar de possuírem distinções em seus contextos políticos e históricos, possuem semelhanças ao referir a saúde como direito e dever do Estado, como também ao trazer a atenção primária à saúde como centro dos cuidados em saúde.

O National Health Service (NHS) foi criado no período pós-guerra como um processo de reconstrução social que foi liderado pelo governo trabalhista britânico. Inspirado principalmente por William Beveridge, um economista social, que em novembro de 1942, publicou o relatório intitulado “Seguro Social e Serviços Aliados” que visava a remediação da desigualdade social, pois a filantropia praticada na época já não era suficiente, e diante desse cenário, tornou-se evidente a necessidade de criar um plano governamental coerente para gerir as necessidades da população após a eclosão da guerra (Beveridge, 1942; Light, 2003). O programa social “do berço ao túmulo” previa um serviço de saúde gratuito, o que influenciou o governo trabalhista de Clement Atlee para implementar as ideias.

A Lei do National Health Service entrou em vigor em 5 de julho de 1948 e previa o estabelecimento de um serviço de saúde abrangente para a Inglaterra. O primeiro-ministro da saúde foi Aneurin Bevan que teve o dever de promover o estabelecimento de um serviço de saúde que garantisse a melhoria da saúde física e mental da população, a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (UK, 2015). O sistema então iniciou com o processo de trazer os hospitais para a propriedade pública, organizar os médicos de família que assumissem e fossem responsáveis pelos serviços focados na comunidade, tais como imunizações, cuidados

materno- infantis, atuando junto à parteiras e enfermeiros comunitários (Light, 2003; UK, 2015).

No Brasil, o SUS foi consolidado mais tardiamente, através da Constituição Federal de 1988. Durante o período da ditadura militar (1964-1985), o sistema brasileiro era extremamente fragmentado e excluía diversas populações, pois os serviços de saúde eram vinculados aos trabalhadores formais, através do Instituto de Previdência Social (INPS), deixando grande parte da população mais vulnerável, como trabalhadores informais e populações rurais, distantes da assistência à saúde (Paim, 2011; Escorel, 2012). Sendo necessário que o Estado priorizasse seus recursos para hospitais de alta complexidade.

A reação ao modelo excludente e de autoritarismo no Brasil emergiu a Reforma Sanitária que construiu a base teórica para o pensamento médico-social, que adotou conceitos básicos de determinação social da doença, a historicidade do conceito doença, processo de trabalho e a medicina como prática social. A reforma foi composta e impulsionada por profissionais da saúde, acadêmicos e militantes sociais, que durante o final do regime militar começaram a propor um novo modelo de saúde, fortalecidos pelo processo de redemocratização do país, culminando na criação do SUS (Escorel, 2012). A saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado, com princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Brasil, 1988).

Nos anos de 1990, a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) tinha como objetivo reorganizar a atenção primária no Brasil, através de equipes multiprofissionais, atuação baseada no território e com criação de um vínculo com a comunidade, se contrapondo com o antigo modelo hospitalocêntrico voltado

apenas para a figura do médico para gerir a saúde da população (Brasil, 1997).

A criação do SUS e do NHS evidencia diferentes lutas políticas, já que enquanto na Inglaterra o foco era a reconstrução do Estado pelo bem-estar social no pós-guerra, no Brasil o SUS surge pela conquista democrática após um período de autoritarismo que reforçava desigualdades. Ambos os sistemas estabeleceram a organização em torno da atenção primária como um ponto estratégico para se garantir promoção de saúde e equidade.

Estruturação da Atenção Primária na Inglaterra

A criação do National Health Service (NHS) em 1948 sofreu grande resistência por parte da classe média, principalmente pela British Medical Association (BMA), a qual indica que apenas 13% dos médicos apoiavam o novo sistema, no entanto as pesquisas feitas com a população revelaram que 70% eram favoráveis à criação do NHS (Norman, 2019). O então ministro da saúde Aneurin Bevan conseguiu superar a oposição dos médicos ao garantir que poderiam manter suas atividades privadas, mesmo atuando como assalariados nos hospitais públicos. A última resistência a ser superada foi referente à atuação dos *General Practitioners* (GPs), responsáveis pela atenção primária no país desde a época, eles temiam a perda de sua autonomia profissional e os riscos financeiros que poderiam ser causados pelo novo sistema. Mas Bevan optou por um modelo de contratação flexível: os GPs não se tornaram funcionários públicos, mas prestadores de serviços autônomos com contratos com o NHS, como *independent contractors* (Norman, 2019).

A estratégia foi decisiva e uma nova pesquisa da BMA revelou o apoio dos GPs em 40%, o governo também lançou uma

pesquisa “Choose your doctor now!”, que incentivou a população a se registrar aos cuidados de um GP participante do NHS, o que pressionou os médicos a adotarem o novo sistema para não perderem seus pacientes (Norman, 2019). Como resultado, ao iniciar o novo modelo de saúde, mais de 80% da população britânica estava coberta pela atenção primária, consolidando um modelo que permite o acesso universal, com o vínculo e a responsabilização direta do GP pelos cuidados contínuos da população (Norman, 2019). Até os dias atuais, os GPs permanecem como contratantes independentes, sendo referência da APS da Inglaterra.

Os *General Practitioners* (GPs) são equivalentes aos médicos da família ou clínicos gerais. Atuam como porta de entrada do sistema de saúde e são responsáveis pelo cuidado contínuo, coordenado e centrado no paciente. Cada GP trabalha como contratantes independentes nas clínicas, onde os pacientes se registram e mantêm a continuidade do cuidado com o mesmo profissional. Essas clínicas de atenção primária contam com equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, farmacêuticos clínicos, assistentes sociais e outros profissionais, ampliando a resolutividade da atenção. De acordo com o Royal College of General Practitioners (Rcgp), os GPs oferecem uma gama de serviços médicos que vão além das queixas agudas.

Uma das funções principais dos GP é a avaliação inicial de pessoas que estão doentes ou que se sentem doentes, com condições geralmente de recuperação rápida. São responsáveis por investigar sinais e sintomas, estabelecer diagnóstico, iniciar tratamento e oferecer orientações de cuidado (Rcgp, 2025). Outra atuação importante está relacionada ao monitoramento e cuidado de longo prazo de condições como diabetes, hipertensão e asma. Esse cuidado envolve a revisão de tratamento farmacológico, orientação sobre mudanças no estilo de vida e a identificação

precoce de complicações. Caracteriza-se pela tomada de decisão compartilhada, em que os pacientes participam ativamente no planejamento do cuidado. As estratégias são adaptadas conforme as necessidades do local, permitindo práticas de atenção primária que permitam respostas às demandas da comunidade (Rcgp, 2025).

Nas clínicas de atenção primária, há uma série de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados reprodutivos. Entre eles, destacam-se os exames preventivos como a citologia cervical, realizado rotineiramente para o rastreamento de câncer de colo de útero. Além disso, os GPs são responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incluindo vacinação e aconselhamento aos pais. Também há cuidados de pré-natal e puerpério, garantindo a continuidade do cuidado às mulheres. Ainda fazem parte dessa categoria, o planejamento familiar, com orientação e prescrição de métodos contraceptivos (RCGP, 2025).

Os serviços ampliados são prestados de acordo com a infraestrutura local, equipe disponível e demandas. Entre eles estão a vacinação infantil e de adultos, que são cobertas desde as campanhas sazonais (como a gripe) até as imunizações regulares do calendário nacional. Os GPs também podem realizar pequenas cirurgias, como remoção de lesões cutâneas e drenagem de abscesso. Muitos GPs atuam no manejo de condições clínicas prioritárias, como insuficiência cardíaca, osteoporose, alcoolismo, voltadas principalmente em idosos frágeis, com foco em prevenir internações evitáveis (Rcgp, 2025).

No sistema de saúde britânico, os GPs atuam como porta de entrada e como os principais reguladores do acesso a serviços de média e alta complexidade. Quando identificam a necessidade de uma avaliação mais profunda, exames específicos ou

intervenções que ultrapassem a atenção primária, realizam o encaminhamento para os especialistas. Além disso, os GPs continuam sendo responsáveis pela coordenação do cuidado após o encaminhamento, assegurando o retorno das informações clínicas ao prontuário, garantindo o acompanhamento e continuidade do cuidado (Rcgp, 2025).

Estruturação da Atenção Primária no Canadá

O sistema de saúde do Canadá, conhecido como *Medicare canadense* é caracterizado por sua descentralização, universalidade e financiamento com recursos públicos. Foi estabelecido pela legislação federal em 1957 e 1966, e consolidado, pela *Canada Health Act*, a lei que estabeleceu padrões nacionais para a prestação de serviços de saúde (Hutchinson, 2011; Tikkanen, 2020). A gestão e o financiamento do sistema é responsabilidade das 13 províncias existentes no país, as quais são responsáveis por operar seus próprios planos de saúde de forma individual, a partir de transferências per capita do governo federal para a cobertura dos seus serviços (Tikkanen, 2020).

Embora haja variações nas abordagens de cada província, todos os cidadãos têm o direito do acesso gratuito aos serviços essenciais, pois para receber integralmente os repasses federais, cada plano individual das províncias necessita cumprir cinco princípios estabelecidos pela *Canada Health Act* que são:

1. Administração pública
2. Abrangência de cobertura
3. Universalidade
4. Portabilidade entre as províncias
5. Acessibilidade

Esses princípios garantem que haja a proibição de cobranças de taxas diretas dos usuários pelos serviços. Apesar da ampla cobertura oferecida, o Medicare não inclui alguns serviços, como os medicamentos prescritos em ambulatórios de atenção primária, atendimento odontológico e fisioterapia. Mas a extensão de cobertura varia entre as províncias e territórios, pois há aquelas que oferecem maior atenção e serviços para grupos populacionais prioritários, tais como idosos, crianças e pessoas em situações de vulnerabilidade (Hutchinson, 2011).

O modelo tradicional de APS no Canadá tem sido baseado nos médicos de família individuais que prestam serviços médicos primários mediante pagamento por serviço. O Canadá se destaca pela proporção clínico-população, de acordo com o Instituto Canadense de Informação em Saúde (2009; 2017), os médicos de família compõem 51% dos trabalhos médicos ofertados no país e 91% dos canadenses dizem ter uma fonte regular de cuidados, geralmente vinculados a um médico de família (Hutchinson, 2011). Em 2017, havia 2,3 médicos em atividade a cada 1.000 habitantes, sendo a metade (1,2 a cada 1.000 habitantes) médicos da família ou clínicos gerais. Porém a acessibilidade se mostrou um grande problema, pois 92% dos médicos atuavam em áreas urbanas, não havendo ainda programas nacionais para garantir assistências em áreas remotas e rurais (Hutchinson, 2011). Os canadenses têm o direito de escolher seu próprio médico da família que atuam em consultórios particulares, e conforme Canada Health Act é proibido a cobrança de taxas a esses usuários. Na prática, os pacientes podem não ser aceitos no consultório de um médico quando este apresentar uma lista fechada.

A remuneração dos médicos de APS no Canadá se baseia no pagamento de serviço prestado (*fee-for-service*), o qual representa uma grande parcela dos pagamentos. No entanto, nas últimas

décadas, está ocorrendo modelos alternativos de financiamento, como per capita, em que os médicos recebem um valor fixo por paciente inscrito e em menor grau modelos salariais, aplicados em centros de saúde comunitária (Hutchinson, 2011; Marchildon, 2013; Tikkanen, 2020).

A experiência canadense demonstra um compromisso sólido com os princípios da universalidade e da equidade, sendo a atenção primária um componente estruturante do sistema de saúde. No entanto, sua execução revela contradições, especialmente no que diz respeito à equidade geográfica, à fragmentação assistencial e à ausência de integração sistêmica entre níveis de cuidado (Hutchinson, 2011). O Canadá avançou na incorporação de modelos de equipes interdisciplinares e formas alternativas de pagamento, mas ainda lida com desafios significativos relacionados à acessibilidade, continuidade e organização do cuidado (Hutchinson, 2011).

Diante do panorama analisado, observa-se que a atenção primária no Canadá apresenta importantes avanços no que diz respeito à cobertura universal, ao financiamento público e à forte presença dos médicos de família como base do cuidado. No entanto, persistem desafios relacionados à fragmentação dos serviços, à limitada integração entre os níveis assistenciais e à desigual distribuição geográfica de profissionais. A ausência de uma política nacional robusta de fixação de médicos em áreas remotas e a cobertura parcial de serviços complementares dificultam a efetivação plena dos princípios da equidade e da integralidade. Ainda assim, as reformas em curso, como a expansão de equipes interdisciplinares e a diversificação dos modelos de remuneração, indicam um esforço contínuo de qualificação do sistema. A experiência canadense revela que, mesmo em sistemas de saúde bem estruturados e estáveis, a atenção primária deve ser constantemente

fortalecida e adaptada aos novos desafios epidemiológicos, sociais e territoriais.

Estruturação da APS nos Países Sul-Americanos

Com o passar dos anos, os países Sul-Americanos vivenciaram processos de redemocratização que resultaram na promulgação de novas constituições e no fortalecimento do papel do Estado na garantia de direitos sociais. Nesse contexto, a saúde passou a ser reconhecida como uma prioridade e uma responsabilidade do poder público. Esse movimento é evidente em países como o Brasil, com a Constituição de 1988, já mencionada anteriormente, também na Bolívia e no Equador, cujas constituições foram reformuladas em 2009. A Colômbia passou por mudanças constitucionais em 1991, e o Uruguai, por sua vez, promoveu reformas significativas em 2007 (Almeida et al. 2024).

Essas legislações, relativamente recentes, refletem uma mudança de postura do Estado diante das demandas sociais, impulsionadas por mobilizações em prol do acesso universal à saúde e da redução das desigualdades. Além das reformas constitucionais, alguns países adotaram legislações específicas para garantir o direito à saúde. É o caso do Paraguai, que promoveu uma reforma em seu sistema único de saúde em 2008, e da Argentina, que passou a estruturar seu sistema de saúde por meio de declarações e marcos legais mais recentes (Almeida et al. 2024).

No contexto da APS, a maioria dos países define, por meio de suas diretrizes, o Ministério da Saúde como o principal responsável pela formulação e reorganização das políticas de saúde. Uma exceção é a Argentina, onde as províncias desempenham um papel central nesse processo, exercendo autonomia na definição e implementação dessas políticas. Em geral, observa-se uma tendência à

descentralização dos serviços de saúde em diversos países, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile e Equador, o que permite maior proximidade entre os serviços ofertados e as demandas locais. Por outro lado, alguns países adotam um modelo baseado na contratação de seguradoras, nas quais tanto a organização quanto a divisão da rede de serviços são gerenciadas por essas entidades em conjunto com as autoridades de saúde, como é o caso do Peru (Almeida et al. 2024).

O escopo das atividades desenvolvidas por essas equipes é amplo e abrange atendimentos ambulatoriais, visitas domiciliares, aplicação de vacinas, acompanhamento pré-natal, monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, controle de doenças infectocontagiosas e manejo de condições crônicas. Essas ações, quando integradas e contínuas, contribuem para a efetividade da APS como estratégia de reorganização do sistema de saúde, voltada à integralidade do cuidado (Almeida et al. 2024).

Outro aspecto relevante diz respeito à infraestrutura das unidades de atendimento, há predominância de modelos de centros e postos de saúde com funcionamento geralmente em horário comercial, ou seja, de segunda a sexta-feira (Almeida et al. 2024). No Brasil, essa limitação impõe barreiras à população trabalhadora, que muitas vezes precisa se ausentar do trabalho para acessar os serviços. Ressalta-se que a APS deve priorizar ações de prevenção e promoção da saúde, e não se restringir apenas ao atendimento curativo.

Um exemplo de grupo que pode ser afetado pela baixa adesão aos serviços de APS são os homens, cuja menor procura por cuidados preventivos contribui diretamente para o aumento da carga de morbidade e da gravidade das condições de saúde (Freitas et al. 2021). Como forma de enfrentamento a essas barreiras, o município de Ponta Grossa, no Paraná, ampliou o horário de

funcionamento em unidades de saúde localizadas em pontos estratégicos, como nas proximidades dos terminais centrais de ônibus. Nessas unidades, o atendimento se estende até as 22 horas, com foco, entre outras ações, na ampliação da cobertura vacinal. Tal estratégia demonstra potencial para ser replicada em outros contextos como medida para assegurar a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Tomando como referência essa iniciativa voltada à ampliação da cobertura vacinal, os serviços de APS podem adotar estratégias semelhantes para fortalecer o rastreamento do câncer de colo do útero, por meio da realização do exame de Papanicolaou. Essa proposta deve considerar as transformações no papel social da mulher, que atualmente está cada vez mais inserida no mercado de trabalho e menos restrita às atividades domésticas (FREITAS et al. 2021). A adequação dos horários de atendimento e a oferta em locais acessíveis são medidas que podem contribuir significativamente para a ampliação da cobertura desse exame preventivo, promovendo a detecção precoce e a redução da mortalidade pelo câncer de colo uterino.

No que se refere à estruturação dos serviços, a territorialização da Atenção Primária à Saúde é uma prática comum, geralmente baseada na alocação populacional. Em países como Bolívia, Chile e Colômbia, é exigido que o usuário possua um registro ativo para ter acesso aos serviços oferecidos pela APS. O número de habitantes por equipe varia entre os países, sendo aproximadamente 3.000 pessoas por equipe no Brasil, podendo chegar a 5.000 no Paraguai e no Chile. A composição das equipes também apresenta variações entre os países, embora todos contem com uma equipe mínima composta por médicos e enfermeiros. Além desses profissionais, alguns sistemas incluem a atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), promotores de saúde

ou técnicos em APS, que exercem suas funções tanto de forma remunerada quanto voluntária, a depender do país e do modelo adotado (Almeida et al. 2024).

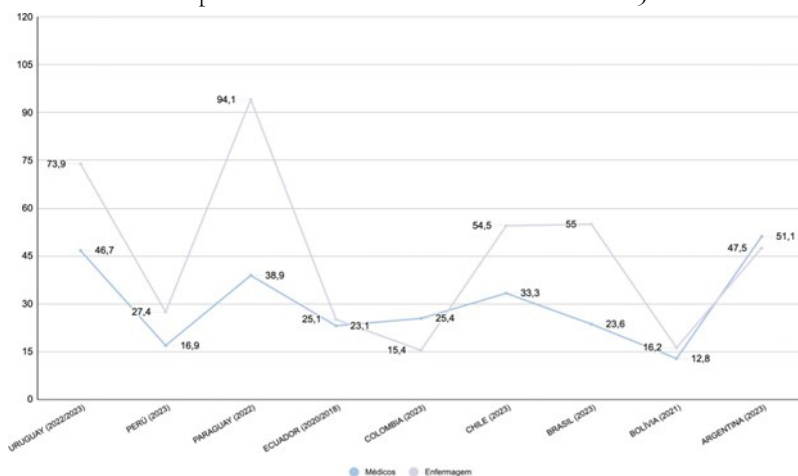
Apesar da composição variada das equipes de saúde, todos os países enfrentam escassez de profissionais atuando no setor público, especialmente no âmbito da APS, com destaque para a carência de médicos. Essa insuficiência compromete a efetividade da APS, uma vez que a presença contínua e qualificada de profissionais é fundamental para garantir o acesso, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Com o objetivo de mitigar esse déficit, países como Brasil, Bolívia, Equador e Uruguai estabeleceram parcerias com Cuba, visando ampliar a disponibilidade de médicos para atuação na APS, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade social (Almeida et al., 2024).

Os dados da figura 1 apresentam dados que revelam diferenças na disponibilidade de médicos e profissionais de enfermagem por 10.000 habitantes coletados a partir de dados da OMS no período de 2018 a 2023, que reflete diretamente nas capacidades de oferta de cuidado pela APS. O Paraguai apresenta a maior densidade de profissionais de enfermagem, seguido por Uruguai, Brasil e Chile. Já Bolívia, Colômbia e Argentina têm densidades menores, o que pode impactar na capacidade de atendimento dos serviços de APS, especialmente em regiões vulneráveis. No que se refere à densidade médica, a Argentina lidera com 51,1 médicos por 10.000 habitantes, seguida por Uruguai, Paraguai e Chile. Por outro lado, Bolívia e Peru estão entre os países com menor disponibilidade médica, o que pode representar um desafio importante na cobertura assistencial.

É possível observar que, em alguns países, a densidade de profissionais de enfermagem supera a de médicos, como ocorre no Brasil, onde há mais que o dobro de enfermeiros em relação aos

médicos. Esse padrão também é observado no Paraguai e no Uruguai, o que reforça a importância do papel estratégico da equipe de enfermagem no fortalecimento da APS, especialmente quando se considera a prática avançada de enfermagem. Por outro lado, países como Colômbia e Argentina apresentam um número mais elevado de médicos em comparação com profissionais de enfermagem, o que pode indicar um modelo mais médico-centrado, com menor protagonismo das equipes multiprofissionais.

Figura 1: Indicador de densidade de profissionais médicos e de enfermagem em países Sul-Americanos nos anos 2018 a 2023.



Fonte: Adaptado de OMS, 2023.

Cabe destacar que, em diversas regiões, há uma precariedade no financiamento dos serviços de APS, o que impacta diretamente na contratação e na manutenção de profissionais de saúde. Essa realidade é especialmente evidente em partes da América Latina, do Continente Africano e da Ásia, onde é comum a presença de trabalhadores atuando de forma voluntária, muitas vezes sem formação adequada e sem vínculo empregatício formal. Nessas localidades, observa-se também um número reduzido

de médicos e, em alguns casos, até de enfermeiros. Os riscos da incorporação de categorias profissionais não regulamentadas ou sem a devida qualificação nos serviços de APS, como estratégia de redução de custos, sem a devida consideração sobre a qualidade do cuidado prestado podem impactar diretamente os cuidados a população (Sarti; Almeida; Fontenelle; 2024).

É importante enfatizar que os profissionais das equipes multiprofissionais são essenciais para o cuidado integral dos pacientes, considerando suas múltiplas e distintas necessidades. No entanto, para que sua atuação seja efetiva, é fundamental que esses profissionais estejam devidamente capacitados e inseridos de forma adequada nos processos de trabalho em saúde.

Atuação do Enfermeiro na APS da Inglaterra, Canadá Chile e Brasil

Como parte dos esforços para garantir a qualidade e o desenvolvimento dos serviços de APS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reconhece a importância da qualificação dos recursos humanos, com ênfase especial na formação de enfermeiros. Nesse contexto, foram definidas estratégias para a expansão do número de Enfermeiros de Prática Avançada (EPA), profissionais capacitados para exercer práticas clínicas ampliadas e complexas, com maior autonomia na tomada de decisões. A formação desses profissionais é recomendada, inicialmente, por meio de programas de mestrado voltados para essa finalidade (Aguirre-Boza et al., 2019). No Canadá, os enfermeiros com nível de mestrado e experientes, também conhecidos como Nurse Practitioners se destacam por compor uma parcela significativa dos profissionais que atuam na APS do país, pois desempenham funções clínicas diretas junto à população, contando com o suporte

médico presencial ou remoto (Brandão, 2019). Atendem às necessidades complexas de saúde dos canadenses e contribuem para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável e eficaz. São capacitados para: diagnosticar e tratar doenças de forma autônoma, solicitar e interpretar exames, prescrever medicamentos, realizar procedimentos específicos dentro de seu escopo de prática e experiência (CNA, 2019).

Entretanto, a incorporação dos EPAs ainda enfrenta barreiras, especialmente no que se refere à resistência de parte da categoria médica. No entanto, o Chile tem demonstrado avanços relevantes nessa área, com articulações entre associações médicas e autoridades de saúde em prol do fortalecimento da saúde pública (Aguirre-Boza et al., 2019). No Brasil, algumas iniciativas também têm sido implementadas com o objetivo de qualificar a atuação dos enfermeiros, destacando-se a parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e instituições de ensino superior, voltada à oferta de mestrados profissionais para a área.

Apesar desses avanços, persistem limites importantes à atuação plena desses profissionais, que frequentemente esbarram no chamado “ato médico” e nos estereótipos sociais que ainda associam a resolução de problemas de saúde exclusivamente ao atendimento médico. O desconhecimento da população sobre o papel do enfermeiro dentro das instituições de saúde contribui para a manutenção da ideia de que o atendimento prestado por esse profissional seria insuficiente, caso não fosse complementado por uma consulta médica.

Na Inglaterra, os enfermeiros desempenham uma função estratégica dentro da atenção primária, integrando as equipes das GPs. Sua atuação é baseada em diversas funções - como nurse practitioner, practice nurse, health visitor e district nurse -, exercendo papéis clínicos e não clínicos dentro do sistema. Os profissionais

possuem competências ampliadas no cuidado de pacientes com doenças crônicas e prescrição de medicamentos (Toso; Filippou; Giovanella, 2016). A seguir, apresentamos os diferentes perfis profissionais desses enfermeiros da Inglaterra, destacando suas responsabilidades e locais de atuação dentro da APS de acordo com Toso, Filippou e Giovanella (2016):

- Practice Nurse (enfermeiro generalista): foco em cuidados preventivos e acompanhamento de condições clínicas nas GPs.
- Advanced Nurse Practitioner (enfermeiro clínico): autonomia ampliada, atuam no diagnóstico, prescrição e manejo de casos clínicos.
- Health Visitor (visitador de saúde): voltadas à promoção de saúde infantil e familiar, com forte atuação comunitária e domiciliar.
- District Nurse (enfermeiro distrital): responsáveis por prestar cuidados a pacientes com limitações, geralmente em domicílio ou instituições de longa permanência.

No Brasil, não há diferenças formais entre os tipos de enfermeiros, sendo que as áreas de atuação são definidas, majoritariamente, por meio de cursos de pós-graduação e certificações reconhecidas por entidades reguladoras. No entanto, o avanço da prática avançada em enfermagem encontra entraves significativos no cenário nacional, especialmente diante da rápida expansão de cursos de graduação em enfermagem, muitos deles oferecidos na modalidade de Ensino a Distância (EAD). Cabe ressaltar que a formação EAD não é o grande problema, mas sim apenas o foco intenso nesse mercado como fonte de lucro financeiro, gerando impacto na qualidade da educação ofertada.

A lógica de mercado na área da educação, os discursos sinalizam preocupação em relação ao futuro da formação de novos profissio-

nais, carente de recursos materiais, humanos e pedagógicos, visto que a EAD não garante práticas integrais com o ser humano. A forma como a tecnologia é veiculada ao usuário também é foco de preocupação, pois se anunciam cursos baratos, com média duração, com redução de estrutura educacional e sem preparo para a realidade da atenção à saúde. A magnitude da EAD em cursos da saúde, em especial na enfermagem, mostra que é urgente uma análise em relação ao arcabouço legal, normativo e operativo da modalidade EAD (Sanes, et al. 2020).

Esse processo de crescimento em massa do ensino superior, sem a devida garantia de qualidade, pode comprometer a formação técnica e científica necessária para a construção de um perfil profissional com competências ampliadas. A ausência de infraestrutura adequada e de práticas clínicas supervisionadas em muitas dessas instituições representa um obstáculo importante para a efetivação da Prática Avançada de Enfermagem no país, limitando a autonomia e a qualificação do cuidado prestado.

No ano de 2025, o presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva, assinou o decreto nº 12.456/2025, responsável por regulamentar a nova política de EAD, com o objetivo de garantir qualidade nessa modalidade. Foi vedado o formato de educação à distância para os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia, que deverão ser ofertados apenas em formato presencial devido à centralidade de atividades práticas, laboratórios presenciais e estágios (Cofen, 2025; Brasil, 2025). Garantindo a melhor qualidade nos cursos voltados para a assistência à saúde.

Considerações Finais

Ao longo deste capítulo, foi possível compreender a relevância da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante dos sistemas de saúde em diferentes contextos, através de sua capacidade para promover acesso, equidade e integralidade do cuidado. A comparação entre os modelos adotados no Brasil, Inglaterra, Canadá e países sul-americanos revela avanços significativos, mas também desafios persistentes, especialmente relacionados ao financiamento, à distribuição de profissionais e à coordenação entre os níveis de atenção.

Apesar das diferenças históricas e políticas, há uma convergência na valorização da APS como porta de entrada do sistema e espaço estratégico para a promoção da saúde. A presença de equipes multiprofissionais, o vínculo com o território e a continuidade do cuidado são elementos comuns e fundamentais para a efetividade da APS.

Este capítulo nos oferece uma análise comparativa que pode auxiliar os gestores e formuladores de políticas públicas de saúde na tomada de decisões mais assertivas, voltadas à qualificação da atenção primária. Além disso, destaca o papel do enfermeiro, especialmente nas práticas avançadas, como um agente fundamental na transformação dos modelos de cuidado.

Para fortalecer a APS, é essencial garantir financiamento adequado, ampliar a presença de profissionais capacitados, especialmente em áreas remotas, e reconhecer o protagonismo das equipes de saúde na produção do cuidado. Também é necessário investir em formação de qualidade, e em estratégias que aproximem os serviços das necessidades reais da população, são passos fundamentais para consolidar sistemas de saúde mais justos e resolutivos.

Epidemiologia na APS: Transformando Dados em Cuidado Territorial

O segundo capítulo destaca o papel fundamental da **epidemiologia** como ferramenta de gestão e prática clínica na Atenção Primária à Saúde. O mapa mental demonstra que a compreensão dos **padrões de doença** e o uso de **painéis visuais** — com indicadores como taxa de incidência e cobertura vacinal — permitem uma leitura precisa da **saúde da população** em cada território. Através de uma **análise de dados** rigorosa, as equipes conseguem promover a **equidade**, direcionando recursos para onde há maior necessidade, sem perder de vista o **vínculo** e a **continuidade** do cuidado. Em suma, o “norte” aqui é utilizar a inteligência de dados para fortalecer as ações preventivas e garantir que a assistência seja planejada conforme a realidade epidemiológica local.



Elaboração: os autores com a utilização de IA.

Referências

AGUIRRE-BOZA, F. et al. Estratégia de implementação para a prática avançada de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Chile. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 120-128, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xrTjgC9yHrwg-nG5J4n6QbTN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2025.

ALMEIDA, P. F. et al. Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, jul. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mSxjg6fjz44BknWc3C4QjSw/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BEVERIDGE, W. Social insurance and allied services: **The Beveridge report**. Majesty's Stationery Office, London, 1942. Disponível em: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health/coll-9-health/>. Acesso em: 14 de jun. 2025

BRANDÃO, J. R. de M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178217>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 de jun. 2025

BRASIL. Decreto nº 12.456, de 19 de maio de 2025. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 maio 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-12.456-de-19-de-maio-de-2025-630398639>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1997. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 14 de jun. 2025.

CANADA. Canada Health Act. **Government of Canada**, 1984. Disponível em: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

CNA. CANADIAN NURSES ASSOCIATION. **Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework**. Ottawa, 2019. Disponível em: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e-7e-4a40-45ca-863c-5ebfoar38d5e/UploadedImages/documents/nursing/Advanced_Practice_Nursing_framework_e.pdf. Acesso em: 25 jun. 2025.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. NOTA OFICIAL: MEC proíbe EaD na Enfermagem. **Ascom/Cofen**, Brasília, 19 de maio de 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-oficial-mec-proibe-ead-na-enfermagem/>. Acesso em: 25 jun. 2025

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. **Editora FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, n.2, p. 323-363, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0014>. Acesso em: 20 jun. 2025.

FREITAS, M. A. et al. Influência do sexo no estilo de vida, saúde e utilização de serviços médicos em hospitalizados. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 12, n. 5, p. 908-913, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/influencia-sexo-estilo-vida-saude-utilizacao-servicos-medicos-hospitalizados.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2025.

HUTCHISON, B. et al. Primary health care in Canada: systems in motion. **Milbank Quarterly**, Nova York, v. 89, n. 2, p. 256-288, jun. 2011. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x

CIHI, Canadian Institute for Health Information. **Physicians in Canada**. 2017. Disponível em: <https://www.cihi.ca/en/physicians-in-canada>. Acesso em: 14 jun. 2025.

CIHI, Canadian Institute for Health Information. **Suprimento, distribuição e migração de médicos canadenses, 2009**. Ottawa, 2010. Acesso em: 14 de jun. 2025.

JESUS, E. A. et al. Sistemas e serviços de saúde em âmbito mundial: organização da Atenção Primária à Saúde. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 12, supl. 1, p. 49-54, 2021. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/sistemas-e-servicos-de-saude-em-ambito-mundial-organizacao-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

LIGHT, D. W. Universal health care: lessons from the British experience. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 1, p. 25-30, jan. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447686/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

MARCHILDON, G. P. et al. Canada: Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 15, .1.p.104-106, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330307/HiT-15-1-2013-eng.pdf?sequence=5>. Acesso em: 24 jun. 2025.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. e1945, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945). Acesso em: 20 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaration of Astana**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018>. Acesso em: 14 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Integrated primary care for UHC**. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>. Acesso em: 14 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World health statistics**. Disponível em: <https://data.who.int/es/indicators/i/CCCEBB2/217795A>. Acesso em: 25 de jun. 2025.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges.

The Lancet, [s.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 21 maio 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 20 jun. 2025.

PAIM, J. S. et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-e-book-interativo-o>. Acesso em: 20 jun. 2025

RCGP. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. **Being a general practitioner**. 2025. Disponível em: <https://www.rcgp.org.uk/training-exams/training-gp-curriculum-overview/being-a-general-practitioner>. Acesso em: 20 jun. 2025.

SANES, M. S. et al. No to distance education! Production of meaning of discourses of nursing representative entities. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 5, e20190465, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0465>.

SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C.; FONTENELLE, L. F. Crise global da atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 4070, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4070](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4070). Acesso em: 25 jun. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, ser-viços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. (Capítulo I).

TIKKANEN, R.; OSBORN, R.; MOSSIALOS, E.; DJORDJEVIC, A.; WHARTON, G. International profiles of health care systems. **Commonw Fund**, v. 12, p. 7–228, 2020. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf. Acesso em: 20 de jun. 2025.

TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Nurses performance on primary care in the National Health Service in England. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 169–177, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SZzQw4XckqdfscbWkZpsMKR/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

UK, UNITED KINGDOM. The NHS Constitution for England. **Department of Health**, London, 2015. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>. Acesso em: 14 de jun. 2025.

Modelos e sistemas de atenção à saúde

Adriana Ribas Adriano Cararo

Débora Cristine de Oliveira Bonfim

Gabriela Fernanda Schiochet

Jucélia dos Anjos

1 Histórico do modelo e sistemas de atenção à saúde no Brasil

O debate sobre as formas de organização das práticas de saúde no Brasil tem sido intenso tanto no âmbito político quanto acadêmico. Historicamente, o “modelo biomédico” exerceu uma influência significativa na formação profissional, na organização dos serviços e na produção de conhecimentos em saúde no país. A emergência deste modelo é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos, cujas diretrizes orientavam a ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano (Flexner, 1972; Pagliosa, 2008).

A hegemonia do modelo biomédico começou a gerar um movimento de críticas a partir dos anos de 1970, que se intensificou no Brasil na segunda metade dos anos 1980 (Teixeira, 1998; Capra, 2012). Apesar de seus benefícios no alívio da dor e no tratamento de doenças, os limites desse modelo na atenção à saúde das pessoas foram amplamente reconhecidos, destacando-se o foco no indivíduo indiferenciado, a ênfase nas ações curativas e no tratamento de doenças, a medicalização e a atenção hospitalar com uso

intensivo de tecnologia material. Além disso, havia pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, orientação para a demanda espontânea, distanciamento dos aspectos culturais e éticos, e incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (Silva Júnior, 2007)..

Na década de 1980, frente aos crescentes custos do setor e em um contexto de lutas pelo fim da ditadura militar, por democracia e direitos de cidadania, a crítica ao modelo vigente ganhou força. Isso se expressou fundamentalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde e na promulgação da Constituição de 1988, culminando na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (Brasil, 1990; Brasil, 1990).

Nesse período, o conceito de saúde foi ampliado, passando a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, e o direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde foram reconhecidos como direitos de cidadania. Os princípios do SUS, como o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular, passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais (Brasil, 1990; Silva Júnior, 2007; Cecílio, 1997).

Nesse cenário de busca por superação do modelo biomédico e implementação dos princípios do SUS, a formulação do Programa Saúde da Família surge a partir de 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 1997). A ESF constitui-se em uma das principais tentativas de reorientação do modelo assistencial, apresentando-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseada na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2012, a ESF e o papel da Atenção Básica (AB) na ordenação das redes de atenção foram fortalecidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que articula

a AB com importantes iniciativas do SUS e reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção (Brasil, 2012).

2 Sistemas de atenção à saúde

2.1 Definição do Sistema de Atenção à Saúde

Um Sistema de Atenção à Saúde pode ser definido como o conjunto organizado de pessoas, instituições e recursos dedicados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população. Ele representa a forma como uma sociedade escolhe planejar, financiar, gerenciar e entregar os serviços e cuidados de saúde para atender às necessidades de seus cidadãos (Who, 2000).

2.2 Objetivos do Sistema de Atenção à Saúde

O objetivo primordial de qualquer sistema de atenção à saúde é a melhoria contínua da saúde da população. Isso se traduz em metas como:

- **Promoção de Saúde:** Implementar ações que visem melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os riscos à saúde (Brasil, 2020).
- **Prevenção de Doenças:** Realizar ações para evitar o surgimento e desenvolvimento de doenças, como campanhas de vacinação e programas de rastreamento (Brasil, 2020).
- **Integralidade:** Garantir que todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) estejam articulados e integrados para atender às necessidades de saúde da população (Brasil, 2020).

- **Universalização:** Assegurar que todos, independentemente de sua condição social, tenham acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2020).
- **Equidade:** Oferecer serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada indivíduo, buscando reduzir as desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento (Brasil, 2020).
- **Organização em rede:** Criar redes de atenção à saúde que integrem os diferentes serviços e níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (Brasil, 2025).

2.3 Importâncias do Sistema de Atenção à Saúde

- **Redução da Mortalidade e Morbidade:** Um sistema de atenção à saúde eficiente pode reduzir a mortalidade e a morbidade por meio da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado (Brasil, 2020).
- **Melhora da Qualidade de Vida:** O acesso a serviços de saúde de qualidade e a promoção da saúde contribuem para melhorar a qualidade de vida da população (Brasil, 2020).
- **Redução de Custos:** Um sistema de atenção primária forte pode reduzir a necessidade de internações hospitalares e procedimentos mais complexos e caros, gerando economia para o sistema de saúde (Fialho, 2017).
- **Desenvolvimento Social:** A saúde é um direito fundamental e um pré-requisito para o desenvolvimento social e econômico de um país (Fialho, 2017).
- **Fortalecimento da Sociedade:** Um sistema de saúde eficaz contribui para uma sociedade mais justa, saudável e com melhores condições de vida para todos (Brasil, 2020).

2.4 Níveis de Atenção do Sistema de Atenção à Saúde

O SUS, maior sistema público de saúde do mundo, atende mais de 190 milhões de pessoas todos os anos, sempre de forma integral e gratuita. Para funcionar bem, um sistema dessa complexidade e que é referência global em ações diversas – como vacinação, transplantes, doações de órgãos, de sangue e de leite materno –, precisa ser organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde (Brasil, 2022).

No Brasil, os níveis de atenção à saúde são organizados para proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos com equidade, qualidade e efetividade. Conforme estabelecido pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, esses níveis são divididos em atenção primária, secundária e terciária, seguindo parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS (Brasil, 2022).

- **Atenção Primária à Saúde (baixa complexidade)**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são estabelecimentos da APS, conhecidas como postos de saúde, focam em ações e atendimentos de prevenção e promoção da saúde. Nas UBS, equipes multiprofissionais e especialistas em saúde da família oferecem exames e consultas de rotina, buscando garantir a atenção integral à saúde no território. Esses profissionais atuam tanto nas unidades quanto em espaços públicos da comunidade, oferecendo práticas integrativas e complementares como fitoterapia, yoga e Reiki, além de realizar visitas domiciliares. O objetivo principal é estar próximo às pessoas para promover saúde e qualidade de vida na comunidade, otimizando recursos ao prevenir doenças como hipertensão, diabetes e colesterol, que poderiam levar a internações e tratamentos complexos. As UBS são o local

ideal para a maioria dos atendimentos, exceto em casos de risco de morte, que exigem unidades de urgência e emergência como UPAs 24h ou hospitais (Brasil, 2022).

- **Atenção Secundária (média complexidade)**

A atenção especializada no Brasil é dividida em média e alta complexidade, que abrangem atendimentos ambulatoriais e hospitalares especializados. A média complexidade inclui serviços médicos especializados oferecidos em hospitais e ambulatórios, cobrindo áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e oftalmologia. Inclui também atendimento em especialidades odontológicas no Centro Especializado em Odontologia (CEO) que inclui serviços especializados como endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, prótese dentária, diagnóstico bucal e Atendimento a pacientes com necessidades especiais (CFO, 2012). As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) também se encaixam neste nível, prestando atendimentos de complexidade intermediária e com capacidade para 150 a 450 pacientes por dia. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é outro componente importante da atenção especializada. Ele visa o atendimento precoce a vítimas de urgências e emergências que podem resultar em sofrimento, sequelas ou morte (Brasil, 2022).

- **Atenção Terciária (alta complexidade)**

O nível de alta complexidade da atenção especializada engloba hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa. Esses locais são equipados com leitos de UTI e centros cirúrgicos amplos e complexos. Além disso, realizam procedimentos que exigem tecnologia de ponta e têm custos elevados, como tratamentos oncológicos,

cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas deste nível são capacitados para tratar casos mais singulares ou complexos que não puderam ser solucionados na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada. A alta complexidade também oferece assistência para cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida e distúrbios genéticos e hereditários, entre outros tipos de cuidados menos rotineiros (Brasil, 2022).

3 Por que organizar o SUS em redes de atenção à saúde?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é sim uma grande conquista, garantindo acesso universal e gratuito aos serviços de saúde. No entanto, ao longo dos anos, diversos desafios se impuseram à sua efetividade, como a fragmentação dos serviços, a dificuldade de acesso a cuidados especializados e a má utilização dos recursos disponíveis. Nesse contexto, a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge como uma estratégia essencial para melhorar a qualidade, a integralidade e a eficiência dos serviços prestados à população (Brasil, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde podem ser definidas como um conjunto articulado de serviços e ações de saúde, organizados de maneira regionalizada e hierarquizada, que visam garantir a integralidade do cuidado em saúde aos cidadãos (Brasil, 2010). Isso significa que o atendimento ao usuário não deve ocorrer de forma isolada, mas sim de maneira integrada, respeitando diferentes níveis de complexidade e assegurando o fluxo adequado entre eles. A construção das RAS está fundamentada em princípios como a regionalização, a hierarquização, a integralidade e a coordenação do cuidado (Brasil, 2010). Dessa forma, os serviços de saúde são distribuídos conforme as necessidades da população

de cada território, promovendo maior equidade e eficiência na utilização dos recursos públicos. Organizar o SUS em Redes de Atenção à Saúde traz uma série de benefícios concretos. Primeiramente, contribui para a superação da fragmentação dos serviços. Historicamente, muitos usuários do SUS enfrentam dificuldades para acessar cuidados especializados ou realizar a continuidade de seu tratamento, muitas vezes por falta de comunicação entre os serviços. As redes promovem a articulação entre os diferentes pontos de atenção, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, centros especializados e serviços de urgência (Brasil, 2010).

Além disso, as RAS favorecem a coordenação do cuidado, especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), que é considerada a porta de entrada preferencial do sistema. A APS, ao assumir o papel de coordenadora, acompanha o usuário ao longo de todo o percurso assistencial, evitando a duplicidade de exames, internações desnecessárias e promovendo o acompanhamento contínuo de doenças crônicas. Outro aspecto relevante é a otimização dos recursos públicos. Ao organizar os serviços em rede, o SUS consegue distribuir melhor os profissionais de saúde, os equipamentos e os insumos, evitando desperdícios e aumentando a eficiência na gestão dos serviços (Brasil, 2010; Brasil, 2011). Um dos principais motivos para a implementação das RAS é garantir a integralidade do cuidado. Isso significa que o sistema de saúde deve atender as necessidades das pessoas de forma completa, considerando os diferentes aspectos da saúde: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2010).

Na prática, a integralidade só é possível quando há um fluxo bem definido entre os diferentes serviços da rede. Por exemplo, um paciente hipertenso atendido na Atenção Básica deve ter fácil acesso a exames laboratoriais, consultas com cardiologistas, medicamentos e, quando necessário, hospitalização. Assim como

acontece em nosso município em relação às gestantes que são atendidas na Atenção Básica durante o pré-natal, passam pelos exames necessários e são encaminhadas para as maternidades conforme a estratificação de risco realizada durante o pré-natal na APS. Quando há erro nessa estratificação, uma gestante de alto risco pode acabar sendo encaminhada para uma maternidade que não tenha estrutura necessária para bem atendê-la. Tudo isso deve ocorrer de forma integrada e contínua, com comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos (Brasil, 2010). Além disso, a integralidade também pressupõe o olhar ampliado sobre o paciente, considerando não apenas a doença, mas também os determinantes sociais da saúde, como condições de moradia, alimentação, educação e trabalho (Brasil, 1988). Embora a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde traga muitos benefícios, a sua implementação enfrenta desafios importantes. A gestão compartilhada entre os diferentes entes federativos (União, estados e municípios) exige um elevado nível de planejamento, articulação e financiamento adequado (Brasil, 1988). Outro desafio é a necessidade de investimentos contínuos em tecnologia da informação e sistemas de regulação, para garantir a comunicação entre os diferentes pontos da rede. Também é fundamental investir na capacitação permanente dos profissionais de saúde, para que compreendam o funcionamento das redes e atuem de maneira colaborativa (Brasil, 2010). É importante destacar que a participação social é essencial nesse processo.

Conselhos de Saúde e conferências devem ter um papel ativo na definição das prioridades e na avaliação das ações implementadas (Brasil, 1988). Organizar o SUS em Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia indispensável para garantir o acesso universal, a integralidade do cuidado e a eficiência na gestão dos recursos públicos (Brasil, 2010). As RAS promovem a superação

da fragmentação, melhoram a coordenação do cuidado e asseguram que o cidadão seja atendido de maneira contínua e integrada em todas as suas necessidades de saúde. Embora existam desafios significativos para a implementação plena das redes, os benefícios superam as dificuldades. Avançar nessa direção é fundamental para fortalecer o SUS e garantir o direito à saúde para toda a população brasileira (Brasil, 1988; Brasil, 2010).

3.1 A Rede Mãe Paranaense

A Rede Mãe Paranaense é uma iniciativa estratégica implantada pelo Governo do Paraná com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e melhorar a qualidade da atenção à saúde de gestantes, puérperas e recém-nascidos (Paraná, 2022). Essa política está inserida nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e foi criada com base nas diretrizes da Rede Cegonha, programa do Ministério da Saúde, mas com características e adaptações próprias voltadas às necessidades regionais do estado do Paraná (Brasil, 2011). A Rede Mãe Paranaense está organizada dentro do modelo de atenção integral e contínua à saúde, preconizado pelas RAS. Essas redes buscam superar a fragmentação do cuidado por meio da integração entre os diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário, garantindo o acesso oportuno e a continuidade do cuidado. A estrutura da rede é desenhada para oferecer uma linha de cuidado que começa com a detecção precoce da gravidez, segue com o acompanhamento pré-natal de qualidade, assegura o parto seguro em maternidades de referência e prossegue com o acompanhamento do puerpério e da saúde infantil (Paraná, 2022).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede Mãe Paranaense fortalece o papel das Unidades Básicas de Saúde

(UBS), que realizam o acompanhamento pré-natal, vacinação, orientações sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, além de ações de planejamento familiar. Já na Atenção Secundária, a rede conta com ambulatorios especializados que oferecem acompanhamento para gestantes de risco intermediário, exames especializados como ultrassonografias de alto risco e monitoramento de condições como diabetes gestacional e hipertensão (Paraná, 2022). A Atenção Terciária, por sua vez, é composta por maternidades de referência e hospitais de alta complexidade que atendem gestantes de alto risco e oferecem suporte a recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos. Em nosso município, a referência de alto risco para gestantes é a Santa Casa de Ponta Grossa, que conta com a estrutura de UTI adulta e neonatal, enquanto o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMAI) é a referência para médio e baixo risco, buscando se tornar um Hospital Amigo da Criança, com alto incentivo à humanização do parto e ao aleitamento materno exclusivo.

Um dos diferenciais da Rede Mãe Paranaense é a definição de fluxos assistenciais bem estruturados. Esses fluxos garantem que, ao identificar uma gestante de risco, a APS faça o encaminhamento rápido para o nível de atenção adequado, evitando atrasos que podem comprometer a saúde da mãe e do bebê. Além disso, a regulação de leitos e a utilização de sistemas informatizados de acompanhamento permitem uma melhor gestão dos casos e a comunicação entre os profissionais de diferentes serviços de saúde.

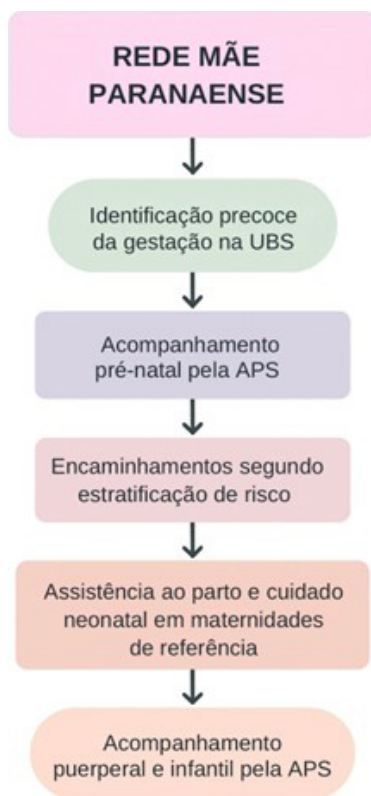
A implementação da Rede Mãe Paranaense trouxe resultados importantes, como a redução da mortalidade infantil e materna em algumas regiões, melhoria na qualidade do pré-natal, ampliação do acesso a exames especializados e maior organização dos serviços hospitalares. Outro impacto positivo é a promoção de um parto mais humanizado, com respeito às escolhas da mulher

e incentivo ao parto normal sempre que possível (Brasil, 2011; Paraná, 2022).

A rede também enfrenta desafios significativos. Entre eles estão a desigualdade na distribuição de serviços de saúde entre os municípios, a falta de profissionais especializados em algumas regiões, dificuldades na integração de sistemas de informação e a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura e capacitação. A implementação de práticas como a telemedicina, a qualificação das equipes multiprofissionais e o fortalecimento das redes regionais de atenção são algumas das estratégias utilizadas para superar essas limitações (Paraná, 2022). Boas práticas têm sido observadas em diversos municípios, como a criação de Centros de Parto Normal, a implantação de serviços de atenção psicossocial para gestantes em situação de vulnerabilidade e o incentivo ao aleitamento materno através da atuação de Bancos de Leite Humano. Em nosso município temos uma ampla rede de trabalho realizado pelo Banco de Leite que se localiza no Amadeu Puppi e atende todas as UTIs neonatais da cidade, contando com uma equipe completa de profissionais que atuam no incentivo a amamentação e a doação de leite humano. Em termos de perspectivas futuras, a Rede Mãe Paranaense busca ampliar sua cobertura, consolidar os fluxos assistenciais, investir em tecnologia da informação para integração entre os serviços e fortalecer a educação permanente dos profissionais de saúde. A continuidade do apoio governamental e o envolvimento das equipes de saúde, gestores municipais e da comunidade são fundamentais para o fortalecimento da rede. Além disso, o uso de indicadores de saúde e o monitoramento constante dos resultados obtidos pela rede têm contribuído para a identificação de pontos críticos e para o aprimoramento das ações desenvolvidas (Paraná, 2022). A Rede Mãe Paranaense representa um avanço na organização da atenção

à saúde materno-infantil dentro do sistema público de saúde do Paraná. Sua integração com as Redes de Atenção à Saúde permite a oferta de cuidados mais resolutivos, oportunos e humanizados, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e para a garantia dos direitos das gestantes, puérperas e recém-nascidos. Apesar dos desafios, os avanços conquistados demonstram o potencial da rede como modelo para outras regiões do país.

Figura 1 – Fluxograma de funcionamento da Rede Mãe Paranaense



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Paraná (2022).

4 Dificuldades e desafios atuais no sistema de saúde do Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), como já citado, é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Criado com o objetivo de garantir acesso igualitário à saúde para toda a população brasileira, o SUS exibe um panorama complexo, marcado por avanços significativos e desafios persistentes em sua implementação, gestão e funcionamento (Moura, 2025, p.1). Este cenário, segundo a One Health Brasil (2024, p. 01) reflete as disparidades regionais, a evolução de políticas públicas e o impacto de crises globais na saúde pública.

Nos últimos anos, o SUS tem lutado para atender eficientemente às necessidades da população, mas a falta de financiamento adequado e a distribuição desigual de recursos têm contribuído para uma disparidade no acesso aos serviços de saúde entre diferentes regiões do país.

Ainda segundo a entidade, “os problemas enfrentados pelo SUS são acentuados por uma população que envelhece rapidamente e pelo aumento da prevalência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Essas condições requerem tratamento contínuo e gerenciamento de longo prazo, pressionando ainda mais os recursos já limitados do sistema”. Além disso, o Brasil tem enfrentado surtos de doenças infecciosas, como o zika vírus e a febre amarela, e um aumento significativo de casos que envolvem a saúde mental, como depressão, ansiedade e outros distúrbios, que vem desafiando a capacidade de resposta do sistema de saúde pública. Além do mais, a implementação eficiente dos níveis de atenção à saúde também impacta a eficácia do sistema e o atendimento da população. (One Health Brasil, 2024 p. 2; Mv Blog, 2023, p. 3)

Como já citado, são inúmeros os desafios e dificuldades enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que impactam diretamente na sua capacidade de fornecer cuidados de saúde abrangente e de qualidade:

- As desigualdades regionais existentes num país de proporções continentais como é o caso do Brasil, dificulta a distribuição equitativa dos serviços de saúde e a oferta adequada de recursos em todas as regiões, resultando em disparidades no atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente em áreas remotas e de difícil acesso.
- A falta de profissionais de saúde capacitados e em número suficiente, em todas as áreas, também compromete o funcionamento dos níveis de atenção à saúde, pois dificulta o encaminhamento adequado dos pacientes para tratamentos mais complexos.
- A falta de integração entre os serviços e os profissionais devido a uma comunicação deficiente, gera uma fragmentação dos cuidados, resultando em redundâncias, atrasos nos diagnósticos e em tratamentos inadequados.
- A falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção tem gerado lacunas no atendimento com longas filas de espera e dificuldades de encaminhamento dos pacientes.
- A falta de integração tecnológica no sistema de atendimento médico compromete significativamente a eficiência dos serviços prestados, a coordenação entre os diferentes níveis de atendimento, além da qualidade do cuidado para com o paciente. No entanto, a implementação de prontuários eletrônicos e sistemas de informação em saúde esbarra em limitações orçamentárias, na resistência a mudanças nos protocolos

tradicionais de atendimento e na necessidade de treinamento especializado para os profissionais da saúde.

- A destinação de recursos financeiros insuficientes para suprir as demandas reais do sistema.
- A sobrecarga na atenção primária, que resulta em longos tempos de espera nas unidades e para conseguir realizar procedimentos mais complexos, na diminuição da qualidade do atendimento e na dificuldade de gerenciamento dos pacientes crônicos nos demais níveis, além da falta de financiamento adequado para a infraestrutura, aquisição de equipamentos, capacitação de profissionais e disponibilidade de medicamentos, também são alguns dos desafios a serem superados para a melhoria do sistema de saúde. (Mv Blog, 2023, p. 3-4; Moura, 2025, p. 2)

Entretanto, existem segundo a One Health Brasil (2024, p. 1), várias iniciativas para melhorar o sistema de saúde, tais como os esforços para integrar a atenção primária à rede de serviços, potencializando com isso a prevenção e o controle de doenças crônicas, além da ampliação ao acesso a medicamentos e terapias.

Contudo, a entidade expõe que ainda são significativos os obstáculos a serem transpostos, mas que a situação atual da saúde no Brasil está em constante evolução, com progressos e desafios coexistindo na busca por um sistema de atendimento médico mais equitativo e eficiente.

5 Modelo ideal para o Brasil atualmente

O modelo biomédico, ainda predominante nos atendimentos de saúde, foi fundamental e suficiente para lidar com os problemas de saúde vigentes há algumas décadas. Isso se deve ao fato de que, à época, o perfil epidemiológico da população era majoritariamente agudo. As pessoas buscavam os serviços de saúde somente após o adoecimento, com uma doença já instalada. No entanto, vivenciamos atualmente uma *anacronia* — tentamos gerir um sistema de saúde complexo utilizando regras e conceitos ultrapassados, oriundos de outra realidade social, demográfica e epidemiológica.

O Brasil, por sua diversidade e desigualdades, convive hoje com uma tripla carga de doenças: doenças crônicas, doenças infecciosas e causas externas. Ainda que o perfil de morbimortalidade tenha se transformado, enfermidades infecciosas e agudas continuam afetando significativamente parte da população. Para ilustrar essa mudança, a expectativa de vida no Brasil atingiu 76,4 anos em 2023 (IBGE, 2024), um salto expressivo se comparado à década de 1980, quando, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a expectativa era de 62,5 anos. Esse dado, por si só, evidencia a necessidade urgente de reestruturar a forma de cuidar, com base em políticas públicas eficazes e, especialmente, na formação profissional. Afinal, são os trabalhadores da saúde os principais agentes responsáveis por concretizar — ou não — as diretrizes do modelo de atenção vigente.

Segundo Mendes (2009), vivemos um paradoxo no campo da saúde pública: *“uma situação de saúde que combina transição demográfica acelerada e tripla carga de doença, com forte predominância de condições crônicas, e um sistema fragmentado de saúde que opera de forma episódica e reativa, voltado principalmente à atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas”* (Mendes, 2009, p. 24).

Diante desse cenário, o autor propõe um Modelo de Atenção às Condições Crônicas, estruturado em cinco níveis de ação:

- **Nível 1** – Condições intermediárias: referem-se aos determinantes sociais da saúde, como saneamento básico, educação, emprego, renda e habitação. Ainda não há doença instalada, mas o contexto de vida precário pode gerar adoecimento.
- **Nível 2** – Condições proximais: associam-se ao comportamento e estilo de vida, como tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, sobrepeso e consumo excessivo de álcool. São fatores, em grande parte, modificáveis.
- **Nível 3** – Doença instalada: ocorre a identificação de patologias como hipertensão e diabetes. Nesse momento, o cuidado é mais específico, podendo envolver uso de medicamentos, mas ainda é possível manter o atendimento na Atenção Básica, com destaque para o *autocuidado apoiado*.
- **Nível 4** – Situações complexas: exige-se equilíbrio entre o autocuidado e o cuidado profissional, com suporte de tecnologias e exames especializados.
- **Nível 5** – Condições crônicas agravadas: são casos mais complexos, muitas vezes resultado de falhas ou negligências nos níveis anteriores. Exigem alta densidade tecnológica e atenção especializada.

Mendes (2011) também aponta que uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, enquanto eixo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve estar estruturada com base em sete atributos essenciais:

- I. Acesso de primeiro contato: porta de entrada preferencial e acolhedora;

2. Fonte regular de atenção: continuidade do cuidado, mesmo na ausência de doença;
3. Integralidade: cuidado amplo e abrangente;
4. Coordenação do cuidado: articulação dos serviços ao longo da rede;
5. Foco na família: a unidade familiar como centro do cuidado;
6. Orientação comunitária: ações em sintonia com o território;
7. Competência cultural: respeito às características socio-culturais dos usuários.

Além disso, a APS deve cumprir três funções essenciais: responsabilização, conhecendo e acompanhando a população do território; comunicação eficaz entre usuários e serviços; e alta resolutividade, sendo capaz de solucionar cerca de 85% das demandas em saúde (Mendes, 2011)

6 A atenção primária no SUS e a realidade da prática em uma universidade pública

No contexto da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), uma instituição pública com 37 cursos de graduação, existe uma importante atuação em serviços de extensão voltados à comunidade.

Um dos serviços ofertados é a coleta do exame preventivo de câncer de colo do útero. Inicialmente, a leitura das lâminas era realizada exclusivamente pelo laboratório da universidade, com foco nas servidoras da instituição.

No entanto, a partir de 2016, em razão do aumento de diagnósticos positivos para câncer e da necessidade de assegu-

rar continuidade ao cuidado, estabeleceu-se uma parceria com a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Desde então, os exames passaram a ser coletados para o SUS, ampliando o atendimento à comunidade externa.

Apesar dos avanços, a prática atual apresenta limitações importantes, muitas delas induzidas pelo próprio modelo do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Na UEPG, as mulheres agendam a consulta, realizam a coleta do exame e, posteriormente, recebem o resultado. Contudo, a estrutura da consulta é reduzida a um procedimento técnico, dificultando o estabelecimento de vínculo e a escuta qualificada. Essa fragilidade é agravada pelo fato de que as usuárias atendidas são provenientes de diferentes regiões de Ponta Grossa, o que impede o acompanhamento longitudinal característico da atenção primária.

Além disso, o próprio sistema padroniza o atendimento por meio de um protocolo fechado, baseado em perguntas estruturadas, o que limita a abordagem integral e individualizada.

Entre os questionamentos do formulário estão: “Fez exame preventivo anteriormente?”, “Quando fez o último preventivo?”, “Usa DIU?”, “Já fez radioterapia?”, “Está grávida?”, “Data da última menstruação?”, “Usa pílula anticoncepcional?”, “Sangramento após relação sexual?”, “Usa hormônio?”, “Sangramento após a menopausa?”.

Embora relevantes do ponto de vista clínico, tais perguntas, por serem fechadas e sem espaço para aprofundamento, reduzem a consulta a um preenchimento de dados, desconsiderando aspectos fundamentais como condições psicossociais, histórico de violência, necessidades de orientação sexual ou planejamento familiar.

Tais perguntas, ainda que importantes, não oferecem espaço para a escuta ampliada. Sem iniciativa do profissional ou tempo

adequado, questões essenciais como violência, planejamento familiar, orientações sexuais ou autocuidado acabam invisibilizadas. Perde-se, assim, uma grande oportunidade de realizar promoção da saúde, educação e cuidado integral, elementos fundamentais da APS.

Considerações finais

O presente artigo explorou a evolução dos modelos e sistemas de atenção à saúde no Brasil, desde a influência do modelo biomédico até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de suas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Reconhece-se o SUS como uma conquista fundamental, que busca garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, conforme preconizado pela Constituição de 1988.

A análise histórica demonstrou a transição de um modelo curativista e hospitalocêntrico para uma abordagem mais integral, impulsionada pela criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). A organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi apresentada como uma estratégia crucial para superar a fragmentação dos serviços, promover a integralidade do cuidado e otimizar os recursos, conforme exemplificado pela Rede Mãe Paranaense.

Apesar dos avanços, o sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta desafios persistentes, como a falta de financiamento adequado, as desigualdades regionais na distribuição de recursos e profissionais, a fragmentação dos serviços e a carência de integração tecnológica. A sobrecarga na atenção primária e a dificuldade de gerenciamento de doenças crônicas em uma população que envelhece rapidamente também representam obstáculos significativos.

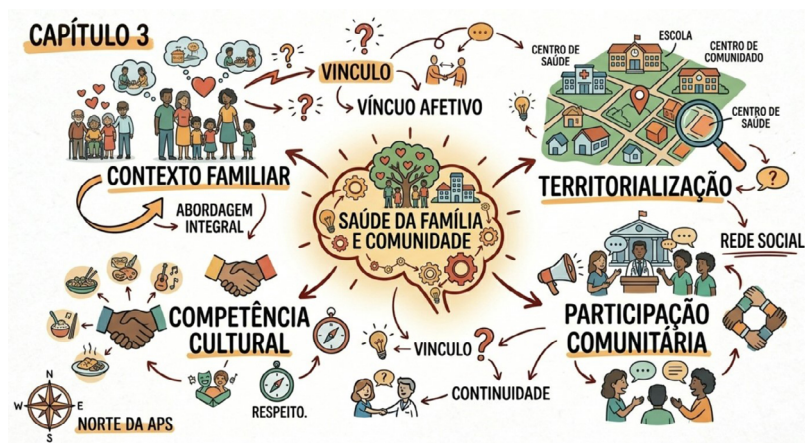
A experiência da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) na oferta de exames preventivos, embora importante, ilustra as limitações de uma abordagem excessivamente protocolar e focada no procedimento, que impede o estabelecimento de vínculo e a escuta qualificada. Essa prática reforça a necessidade de uma APS mais robusta, capaz de atuar como coordenadora do cuidado e promover a integralidade, considerando os determinantes sociais da saúde e as necessidades psicossociais dos usuários.

Em suma, para que o SUS alcance sua plena efetividade, é imperativo que os desafios sejam enfrentados por meio de investimentos contínuos em infraestrutura, tecnologia e capacitação profissional, além do fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de atenção e a promoção de uma cultura de cuidado centrado no usuário. A participação social e o monitoramento constante dos indicadores de saúde são fundamentais para aprimorar as ações e garantir o direito à saúde para toda a população brasileira. O avanço na organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde é, portanto, essencial para um sistema mais equitativo, eficiente e humano.

Os Pilares da Atenção Primária: Uma Abordagem Integrada ao Cuidado

O mapa mental sintetiza os fundamentos da **Atenção Primária à Saúde (APS)**, destacando-a como a porta de entrada e o eixo norteador do sistema de saúde. O capítulo enfatiza que o cuidado efetivo depende da **acessibilidade** e do fortalecimento do **vínculo e continuidade** entre profissionais e pacientes. Essa estrutura é sustentada por uma **equipe interdisciplinar** qualificada, que atua sob o princípio da **equidade** e foca suas ações não apenas na cura, mas na **prevenção e promoção** da saúde. Acima de tudo, o modelo propõe uma medicina **centrada na comunidade**, onde o contexto social e o território são fundamentais para

humanizar o atendimento e garantir a eficácia do tratamento ao longo do tempo.



Elaboração: os autores com auxílio de IA

4 Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 250, p. 25686, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2020]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: manual de implantação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_cegonha_manual_implantacao.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Atenção Primária e Atenção Especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: MS, 1997. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9_16.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. 30. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/H7gNXf5dwPpZV4jQ5NGN3cD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). CEO é responsável por atendimentos odontológicos complexos. Brasília, DF: CFO, 2012. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/ceo-e-responsavel-por-atendimentos-odontologicos-complexos/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

FIALHO, Marcelito Lopes et al. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *Intr@ciência: Revista Científica*, Guarujá, n. 14, p. 1-11, dez. 2017. Disponível

em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180511143037.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

FLEXNER, Abraham. *Medical Education in United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. 4. ed. New York: CopyRight, 1972.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábuas completas de mortalidade: em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia. **Agência de Notícias**, 29 nov. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MOURA, Luiza. **Rede de Atenção à Saúde e os desafios do SUS**. Faculdade Líbano, 2025. Disponível em: <https://artigos.libanoeducacional.com.br/artigo/rede-de-atencao-a-saude-e-os-desafios-do-sus>. Acesso em: 1 abr. 2025.

MV BLOG. **Entenda os 3 níveis de atenção à saúde possíveis no Brasil e as suas características**. 2023. Disponível em: <https://mv.com.br/blog/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil#:~:text=De%20modo%20geral%20e%20resumido,e%20requer%20interven%C3%A7%C3%B5es%20altamente%20especializadas>. Acesso em: 18 abr. 2025.

ONE HEALTH BRASIL. **Qual a situação de saúde apresentada no Brasil atualmente**. 2024. Disponível em: <https://onehealthbrasil.com/?p=93#:~:text=Qual%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Apresentada%20no%20Brasil%20Atualmente,-A%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de&text=Entre%20eles%2C%20a%20desigualdad e%20de,Brasil%20tem%20um%20perfil%20complexo>. Acesso em: 15 abr. 2025.

PAGLIOSA, Fernando; ROS, Marisa Anselmi da. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492- 499, out./dez. 2008. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgklclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5L-gVNSwKDKqRyBTy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Rede Mãe Paranaense: linha guia. Curitiba: **SESA**, 2022. Disponível em: https://mppr.mp.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-03/mae_paranaense_linha_gui.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

SILVA JÚNIOR, Antonio Geraldo da; ALVES, Camila de Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Carvalho; CORBO, Ana Dalila Pacheco (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 27-41.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, Salvador, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: Who, 2000. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4120.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

Modelos e sistemas de atenção à saúde no Brasil e no cenário internacional

Carolina Moura Wagner Ferreira Oliveira

Frederico Machado de Sousa Lessa

Gabrielly Menin Dykstra

1 Introdução

Os sistemas de saúde desempenham um papel fundamental na garantia do direito à saúde, na promoção do bem-estar coletivo e na redução das desigualdades sociais. A forma como cada país estrutura seu sistema de saúde reflete escolhas políticas, econômicas e culturais, que impactam diretamente o acesso, a qualidade e os resultados em saúde da população (Paim, 2009).

Nas últimas décadas, o debate sobre a Cobertura Universal de Saúde (CUS) ganhou centralidade na agenda global, especialmente após a adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável pelas Nações Unidas. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3 (ODS 3) propõe assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas em todas as idades, tendo como uma de suas metas o alcance da CUS (ONU, 2015).

Embora o princípio da universalidade seja amplamente defendido, os modelos de organização dos sistemas de saúde variam amplamente no mundo, desde sistemas totalmente públicos, como o britânico, até sistemas predominantemente privados e mercadológicos, como o norte-americano. Entre esses extremos, existem sistemas híbridos e segmentados, como o brasileiro,

que busca garantir o acesso universal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), mas convive com a forte presença de planos de saúde privados e desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado (Giovanella et al., 2021).

Nesse contexto, a atenção primária à saúde (APS) tem se consolidado como a principal estratégia para alcançar a CUS, por sua capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, coordenar o cuidado e promover ações de prevenção e promoção da saúde (Starfield, 1998). A experiência brasileira com a Estratégia Saúde da Família, apesar de seus desafios, tem sido internacionalmente reconhecida como um exemplo de política pública voltada para a equidade (Massuda et al., 2018).

Este capítulo tem como objetivo apresentar os principais modelos de sistemas de saúde existentes no mundo, destacando suas características, fontes de financiamento, formas de organização e resultados em saúde. Também serão discutidas experiências internacionais bem-sucedidas, a trajetória e os desafios do sistema brasileiro, e o papel central da atenção primária na construção de sistemas de saúde mais justos e eficientes. A comparação internacional busca lançar luz sobre caminhos possíveis para o aprimoramento do SUS e para a promoção do direito à saúde no Brasil.

2 A Campanha da OMS: Cobertura Universal de Saúde (CUS)

A Cobertura Universal de Saúde (CUS), ou Universal Health Coverage (UHC), é um conceito central promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e constitui uma das principais metas globais de saúde do século XXI. Segundo a definição oficial da OMS, a CUS significa garantir que todas as pessoas e comunidades tenham acesso, sem discriminação e sem dificuldades financeiras, a

serviços de saúde essenciais, seguros, eficazes, de qualidade e oportunos (OMS, 2023). Isso inclui desde ações de promoção da saúde e prevenção de doenças até diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A busca pela CUS não é apenas uma meta técnica, mas sim uma escolha política, ética e social. Ela reflete o compromisso com o direito à saúde e com a construção de sistemas de saúde mais justos e eficientes. Ao priorizar a CUS, os países reconhecem que a saúde é um bem público fundamental, indispensável ao desenvolvimento humano, à inclusão social e à redução das desigualdades (Evans; Etienne; Frenk, 2010).

CUS na Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

A Cobertura Universal de Saúde está explicitamente incluída na Agenda 2030 da ONU, por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 3 (Saúde e Bem- Estar). A meta 3.8 compromete os países signatários a:

“Alcançar a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção contra riscos financeiros, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”.

Esse compromisso exige uma abordagem ampla e intersectorial, integrando o fortalecimento dos sistemas de saúde com políticas públicas em áreas como educação, habitação, saneamento, meio ambiente e justiça social.

Dimensões da CUS: quem é coberto, que serviços e com que custos

A OMS propõe três dimensões fundamentais para avaliar o progresso em direção à CUS, representadas por um modelo gráfico de cubo ou pirâmide:

1. População coberta: ampliar o número de pessoas com acesso regular aos serviços de saúde.
2. Serviços abrangidos: garantir a oferta de um conjunto essencial e abrangente de serviços de saúde de qualidade.
3. Custos cobertos: reduzir ou eliminar o pagamento direto no ponto de atendimento, evitando o empobrecimento causado por despesas médicas (OMS, 2023).

O equilíbrio entre essas dimensões exige decisões políticas complexas, especialmente nos contextos de recursos limitados.

Desafios globais para a implementação da CUS

Embora o conceito de CUS seja amplamente aceito, sua concretização enfrenta múltiplos obstáculos, sobretudo nos países de baixa e média renda:

- Subfinanciamento da saúde pública, com dependência de pagamentos diretos pelos usuários.
- Desigualdades regionais e socioeconômicas, que limitam o acesso equitativo a serviços de qualidade.
- Falta de infraestrutura, medicamentos e profissionais de saúde em áreas remotas ou vulneráveis.
- Fragmentação dos sistemas de saúde, especialmente em contextos onde coexistem redes públicas e privadas desarticuladas.
- Governança frágil, com baixa capacidade de planejamento, regulação e fiscalização (Who, 2010).

A pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais essas fragilidades, ao expor as desigualdades estruturais nos sistemas de saúde e reforçar a urgência de investimentos sustentáveis e universais.

Iniciativas e progressos

Vários países têm adotado políticas inspiradas na CUS, com diferentes graus de sucesso. A Tailândia é frequentemente citada como exemplo de país que conseguiu alcançar a CUS com recursos limitados, ao priorizar a atenção primária e o financiamento público. Já o Reino Unido, com o Serviço Nacional de Saúde (NHS), representa um modelo de cobertura universal consolidado (Who, 2016).

A OMS tem promovido campanhas globais anuais, como o Dia Mundial da Saúde, para reforçar a importância da CUS. Além disso, publica relatórios periódicos com dados, análises e recomendações para orientar os países em sua trajetória rumo à cobertura universal (Who; World Bank, 2023).

3 Modelos de Sistemas de Saúde: características e classificações

A compreensão dos diferentes modelos de sistemas de saúde é fundamental para analisar a organização dos serviços, os mecanismos de financiamento, o acesso da população e os resultados em saúde. Embora cada país tenha suas especificidades, é possível identificar modelos estruturais predominantes que servem como base para a comparação internacional. Os três modelos clássicos mais reconhecidos na literatura são: Beveridgiano, Bismarckiano e

Liberal ou de Mercado. Além deles, alguns países adotam modelos mistos ou segmentados (Machado et al., 2020).

3.1 Modelo Beveridgiano

Inspirado no relatório elaborado por William Beveridge no Reino Unido em 1942, esse modelo baseia-se no princípio da universalidade e na ideia de que o acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos, devendo ser financiado por impostos gerais (Esping-Andersen, 1990).

- Financiamento: Impostos arrecadados pelo Estado.
- Prestação de serviços: Majoritariamente pública, com médicos e hospitais vinculados ao governo.
- Cobertura: Universal, gratuita no ponto de acesso.
- Exemplos: Reino Unido (NHS), Espanha, Itália, Suécia.

Esse modelo é marcado por um forte papel do Estado como financiador, regulador e provedor dos serviços. Os usuários não realizam pagamentos diretos, salvo em casos excepcionais.

3.2 Modelo Bismarckiano

Desenvolvido na Alemanha no final do século XIX por Otto von Bismarck, esse modelo surgiu no contexto da industrialização e foi concebido como uma forma de proteção social dos trabalhadores.

- Financiamento: Contribuições obrigatórias para fundos de seguridade social pagos por empregadores e empregados.
- Prestação de serviços: Mista (pública e privada), com forte regulação estatal.

- Cobertura: Universal, mas vinculada à condição de contribuinte.
- Exemplos: Alemanha, França, Bélgica, Japão.

Apesar de envolver instituições privadas (como os seguros de saúde), o modelo Bismarckiano busca garantir acesso universal por meio de regulamentações rígidas e mecanismos redistributivos (Machado et al., 2020).

3.3 Modelo Liberal ou de Mercado

Predomina nos Estados Unidos, onde o acesso à saúde é tratado como um bem de consumo, regulado pelas forças de mercado.

- Financiamento: Privado, com predominância de seguros de saúde adquiridos individualmente ou por meio de empregadores.
- Prestação de serviços: Predominantemente privada.
- Cobertura: Parcial e desigual; milhões de pessoas podem ficar sem cobertura.
- Exemplo: Estados Unidos.

Esse modelo é criticado por gerar desigualdades acentuadas no acesso e por seus altos custos, embora conte com tecnologia de ponta e excelência em determinados segmentos hospitalares e universitários (Who, 2010).

3.4 Modelo Misto ou Segmentado

Caracteriza-se pela coexistência de diferentes subsistemas dentro de um mesmo país: público, privado e contributivo.

- Financiamento: Mistura de impostos, contribuições e pagamentos diretos.
- Prestação de serviços: Pública e privada.

- Cobertura: Variável; nem sempre universal.
- Exemplos: Brasil, América Latina, África do Sul.

No caso brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante cobertura universal, mas convive com um setor privado robusto, resultando em segmentação do acesso de acordo com classe social e tipo de cobertura (Paim, 2021).

Considerações sobre os modelos

É importante destacar que esses modelos são tipos ideais, e na prática os países adotam combinações e adaptações de acordo com suas realidades econômicas, políticas e culturais. Atualmente, discute-se também o papel da atenção primária, da participação comunitária, da regulação estatal e das tecnologias digitais como elementos centrais para o fortalecimento dos sistemas, independentemente do modelo adotado (Giovanella et al., 2021).

4 Comparações Internacionais: a atenção primária no Brasil em Perspectiva

A análise comparativa entre o Brasil e outros países revela avanços e desafios importantes na organização dos sistemas de saúde, especialmente no que se refere à atenção primária à saúde (APS), reconhecida mundialmente como a espinha dorsal de sistemas eficazes, eficientes e equitativos (Starfield, 1998).

A Atenção Primária à Saúde, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Declaração de Alma-Ata (1978), é o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Deve ser acessível, contínua, coordenada e resolutiva, e estar orientada às necessidades da população, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e participação comunitária (OMS, 2018).

4.1 A APS no Brasil: avanços e contradições

No Brasil, a APS é estruturada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada desde meados da década de 1990. A ESF propõe uma abordagem territorializada, com equipes multiprofissionais responsáveis por um número definido de pessoas, e articulação com ações de vigilância em saúde (Paim, 2020).

- Cobertura: Em 2023, segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 65% da população brasileira estava cadastrada na ESF (Massuda et al., 2018).
- Resultados positivos: Estudos apontam que a expansão da ESF está associada à redução da mortalidade infantil, à melhoria do controle de doenças crônicas e à ampliação do acesso a cuidados básicos, especialmente nas regiões mais vulneráveis (Giovanella et al., 2021).
- Desafios persistentes: Subfinanciamento, precarização dos vínculos profissionais, desigualdades regionais e baixa resolutividade em alguns contextos limitam a consolidação da APS como coordenadora do cuidado (Macinko; Guerra Jr., 2018).

4.2 A APS no cenário internacional: experiências comparadas

Diversos países com bons indicadores de saúde investem fortemente na APS como base do sistema. Alguns exemplos se destacam:

- Reino Unido: O NHS organiza a entrada no sistema por meio dos General Practitioners (GPs), profissionais que atuam como “gatekeepers”, ou

- seja, controlam o acesso a especialistas e serviços hospitalares. A APS é financiada pelo sistema público e tem forte regulação (Giovannella et al., 2021).
- Canadá: A APS é gerida pelas províncias e territórios, com financiamento público e cobertura universal. As Family Health Teams integram médicos, enfermeiros e outros profissionais, promovendo o cuidado centrado no paciente (Jesus et al., 2021).
- Portugal: Reformas nos anos 2000 criaram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as Unidades de Saúde Familiar (USF), promovendo melhoria na qualidade e gestão da APS (Jesus et al., 2021).
- Cuba: Um dos exemplos mais notórios de APS centrada na comunidade. As equipes médicas de família acompanham cada núcleo familiar em seu território, com foco na vigilância ativa e na prevenção (Jesus et al., 2021).
- Estados Unidos: Tradicionalmente marcado por acesso fragmentado, o país tem buscado expandir a APS por meio dos Health Centers e iniciativas como o Patient-Centered Medical Home (PCMH), embora a cobertura continue desigual (Macinko; Guerra Jr., 2018).

4.3 Indicadores comparativos de desempenho

A comparação entre países evidencia o impacto da APS em diversos desfechos (Who, 2010):

País	Cobertura Universal	Investimento APS	Em resultados de saúde
Reino Unido	Sim	Alto	Alta resolutividade e satisfação do usuário

Canadá	Sim	Alto	Bom controle de doenças crônicas
Cuba	Sim	Alto	(em proporção Baixa mortalidade infantil e alta ao PIB)
Brasil	Parcial SUS	via Médio-baixo	Avanços importantes, mas desigualdades regionais
EUA	Não	Baixo	(APS Altos custos e desigualdades no desvalorizada) acesso

4.4 O papel da APS na busca pela Cobertura Universal de Saúde

A consolidação da APS como estratégia prioritária é condição essencial para alcançar a Cobertura Universal de Saúde (CUS). Países que priorizam a APS tendem a apresentar melhor eficiência no uso de recursos, maior equidade e melhores indicadores populacionais (Starfield, 1998; OMS, 2018).

No Brasil, apesar das conquistas, a APS ainda precisa ser mais valorizada no financiamento, na formação profissional e na estruturação de redes de atenção. O fortalecimento da atenção primária, portanto, é um desafio global e também nacional — e representa o caminho mais sustentável e equitativo para sistemas de saúde mais justos e eficazes (Paim, 2020; Massuda et al., 2018).

5 Redes de Atenção à Saúde e Cuidados Integrados no Cenário Internacional

A crescente complexidade dos problemas de saúde e a necessidade de respostas mais coordenadas levaram muitos países a adotar o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) ou cuidados integrados, especialmente no manejo das condições crônicas, da saúde mental e das demandas de populações vulneráveis. A

proposta das RAS busca articular diferentes níveis de atenção – primário, secundário e terciário – de forma contínua, centrada no usuário e orientada por critérios de regionalização, integralidade e resolutividade (Mendes, 2007).

Enquanto a Atenção Primária assume o papel de ordenadora do cuidado, os níveis secundário e terciário são acionados de acordo com a complexidade das necessidades. A atenção secundária, por sua vez, engloba serviços especializados ambulatoriais e diagnósticos complementares, como exames, atendimentos em centros de especialidades (ex: CEMs, CEOs), consultas com especialistas e serviços de apoio terapêutico, incluindo fisioterapia, psicologia e odontologia especializada. Nessa lógica, tais serviços devem ser acessados mediante encaminhamento qualificado da APS, em um modelo de cuidado que privilegia a continuidade e evita a fragmentação (Giovanella et al., 2012)

No cenário internacional, vários países organizam suas redes de forma eficiente para garantir a fluidez entre os níveis. Modelos bem-sucedidos de redes integradas priorizam a interdisciplinaridade, a gestão de casos e o compartilhamento de informações entre os profissionais e os serviços, com uso de prontuário eletrônico e protocolos de cuidado clínico. Na Dinamarca e na Holanda, por exemplo, a APS é fortemente articulada com a rede especializada por meio de plataformas digitais e contratos integrados de desempenho, assegurando resolutividade, eficiência e melhor uso dos recursos públicos (OECD, 2020).

No Reino Unido, os General Practitioners (GPs) atuam como os principais gatekeepers (porteiros) do sistema de saúde, sendo responsáveis pelo primeiro contato e pelo encaminhamento criterioso para a atenção secundária. Esse modelo garante que o acesso a recursos especializados seja feito de forma racional e equitativa. Conforme destacado por Bi & Liu (2023), os GPs “são

frequentemente comparados a gatekeepers da saúde, como intermediários entre os níveis primário e secundário”.

No Canadá, o sistema público universal organiza-se em redes regionais que integram a atenção primária com centros de especialidades, favorecendo o acesso coordenado a profissionais como fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Essa integração ocorre por meio de equipes interprofissionais, como os *Family Health Teams* e *Primary Care Networks*, que atuam na gestão de condições crônicas e na redução da sobrecarga hospitalar (SHAW et al., 2010; Deslauriers et al., 2017). Embora existam avanços, estudos indicam que a presença de fisioterapeutas na atenção primária ainda é limitada, dificultando o acesso pleno a esses serviços (Deslauriers et al., 2017).

Na Noruega, os municípios são responsáveis pela atenção primária e parte da atenção secundária, incluindo centros de reabilitação, clínicas de saúde mental e atendimento intermediário. Os hospitais regionais, administrados pelo governo central, concentram os serviços de maior complexidade. A atenção secundária atua como uma “ponte” estruturada por meio de planos individuais de cuidado, facilitando a transição entre os níveis. Essa lógica favorece a autonomia dos pacientes e a continuidade terapêutica, especialmente para idosos e pessoas com doenças crônicas (OECD, 2019).

Já na Alemanha, apesar da predominância do modelo Bismarckiano, têm-se desenvolvido redes locais de cuidado integrado por meio de *Integrated Care Contracts*, que articulam a atenção primária com especialistas ambulatoriais e hospitais. A atenção secundária é oferecida por profissionais autônomos ou por instituições contratadas pelas *sickness funds* (caixas de seguro de saúde), sendo o encaminhamento coordenado por meio de contratos de desempenho, principalmente em áreas como cardiologia, endocri-

nologia e reabilitação. Essas redes visam melhorar a continuidade do cuidado e reduzir internações desnecessárias, sobretudo para pacientes com doenças crônicas (OECD, 2017).

Em países da Ásia e da América Latina, estratégias de redes integradas também têm sido adotadas. Na Coreia do Sul, o compartilhamento digital de informações entre médicos de família e especialistas é viabilizado por plataformas eletrônicas nacionais, conectando clínicas privadas de atenção secundária a sistemas públicos de regulação. Já na Colômbia, o modelo das *Redes Integradas de Servicios de Salud* articula o acesso entre os níveis de atenção a partir de contratos gerenciados pelas EPS, incluindo especialistas, apoio terapêutico e exames, com foco em gestão clínica e controle de custos (KIM et al., 2019; Jaramillo et al., 2021).

Além da estrutura física e organizacional, as RAS demandam uma mudança cultural, promovendo a colaboração entre diferentes categorias profissionais e planos terapêuticos centrados na pessoa—um modelo que tem demonstrado eficácia especialmente entre populações com múltiplas condições de saúde ou vulnerabilidades (Barnett et al., 2018; Who, 2018).

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são diretrizes organizativas previstas desde 2010 na política nacional, com o objetivo de integrar os diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando o cuidado de forma regionalizada, hierarquizada e centrada no usuário (MENDES, 2009; BRASIL, 2010). A atenção secundária, que compreende serviços especializados ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico, deve ser acessada por meio de regulação qualificada, com base nos encaminhamentos da atenção primária. No entanto, apesar dos avanços institucionais e normativos, persistem desafios operacionais e culturais que dificultam a efetiva coordenação do cuidado.

A experiência prática de profissionais que atuam no interior do país evidencia esse cenário. Em um município do Paraná, por exemplo, o funcionamento da rede costuma ser satisfatório, com boa articulação entre os pontos de atenção. No entanto, é comum que parte da população busque diretamente o atendimento especializado, sem passar pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isso exige, frequentemente, ações educativas por parte das equipes da atenção secundária, orientando os usuários sobre a importância da APS como porta de entrada preferencial do sistema, fundamental para o cuidado contínuo, preventivo e para a qualificação dos encaminhamentos. Essa situação reflete um fenômeno observado em diversas regiões brasileiras: a subvalorização social da APS frente à percepção de que o cuidado especializado é mais resolutivo — uma visão que contraria as evidências científicas e a lógica da integralidade do SUS (Starfield, 2002; Giovanella et al., 2020).

Apesar desses entraves, estudos apontam que a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fortalecimento das RAS têm contribuído para a redução de hospitalizações evitáveis e ampliação do acesso a especialidades por meio de regulação pactuada (Macinko; Harris, 2015). Entretanto, para que essa rede funcione plenamente, é necessário avançar na alfabetização em saúde da população, qualificação das equipes e na valorização institucional da atenção primária como eixo estruturante do sistema.

Assim, a consolidação das redes de atenção e do cuidado integrado se revela um caminho essencial para superar a fragmentação e o modelo biomédico hegemônico. A experiência internacional reforça que sistemas que integram atenção primária, secundária e terciária com mecanismos eficazes de regulação, coordenação e financiamento tendem a apresentar melhores resultados em saúde, maior satisfação dos usuários e melhor custo-efetividade (Who, 2018).

6 Inovações e Tendências Globais nos Sistemas de Saúde

Os sistemas de saúde ao redor do mundo têm enfrentado desafios crescentes, como o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica para doenças crônicas e complexas, o aumento dos custos e a fragmentação da assistência. Essas pressões impulsionaram inovações organizacionais, tecnológicas e políticas voltadas à construção de sistemas mais resolutivos, sustentáveis e orientados ao valor em saúde (OECD, 2021; Who, 2021; KANTAR & OECD, 2023).

Uma das principais tendências globais é a disseminação do modelo de Value- Based Health Care (VBHC), que propõe a reorganização dos sistemas com foco em resultados relevantes para os pacientes, substituindo a lógica centrada em volume de procedimentos (PORTER; TEISBERG, 2010). Países como Holanda, Suécia, Reino Unido e Austrália têm adotado estratégias que vinculam o financiamento à efetividade clínica, satisfação dos usuários e desfechos em saúde, utilizando indicadores de longo prazo como critério de desempenho (European Commission, 2021; OECD, 2020).

A digitalização dos sistemas de saúde constitui outra transformação marcante, envolvendo o uso de prontuários eletrônicos interoperáveis, telemedicina, inteligência artificial, big data e ferramentas de autogestão da saúde. A Estônia é referência nesse campo, tendo digitalizado completamente seus registros de saúde e garantindo acesso seguro e contínuo para profissionais e pacientes por meio do sistema nacional *e-Health* (KANTAR & OECD, 2023). Outros países, como Finlândia, Dinamarca, Canadá e Reino Unido, também desenvolveram plataformas digitais integradas que permitem o compartilhamento de informações clínicas entre diferentes níveis de atenção, promovendo coordenação e segurança no cuidado (Who, 2021; OECD, 2021).

No contexto brasileiro, a ausência de interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde representa uma barreira crítica para a integralidade do cuidado. Em um município do interior do Paraná, por exemplo, profissionais que atuam na atenção secundária relatam que a inexistência de um prontuário eletrônico unificado entre os níveis municipal, estadual e federal frequentemente compromete o tratamento adequado. Quando um paciente é transferido de uma unidade local para um hospital regional, é comum que dados clínicos, exames e imagens não acompanhem o usuário, dificultando a atuação da equipe receptora. Muitas vezes, o próprio paciente não consegue relatar com precisão os procedimentos realizados anteriormente ou os medicamentos utilizados, o que compromete a segurança assistencial. Esse tipo de dificuldade, vivenciado em vários territórios brasileiros, reforça a necessidade de investimentos em plataformas digitais integradas, como as já adotadas com êxito em países europeus e escandinavos.

A adoção de equipes interprofissionais na atenção primária representa outra inovação relevante. Modelos como os *Family Health Teams* no Canadá integram profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais desde o primeiro nível de atenção, com protocolos clínicos definidos que evitam sobrecarga dos serviços hospitalares e otimizam os encaminhamentos à atenção secundária (Deslauriers et al., 2017; SHAW et al., 2010). Na Suécia e na Noruega, experiências semelhantes mostram que a presença de profissionais de apoio terapêutico contribui para o cuidado de populações com multimorbidades e para a melhora da coordenação clínica (OECD, 2019; ANELL et al., 2012).

O fortalecimento da participação comunitária também figura entre as estratégias mais promissoras. Sistemas como o português e o australiano vêm promovendo o envolvimento dos

cidadãos no planejamento e avaliação dos serviços, consolidando o modelo de cuidado centrado na pessoa e apoiado em valores como autonomia e corresponsabilidade (Santos et al., 2020; Phillips et al., 2022). A abordagem da Saúde Planetária — que articula saúde humana, sustentabilidade ambiental e justiça social — também tem sido incorporada às políticas de saúde pública em países como Canadá, França e Austrália, alinhando os sistemas de saúde às agendas climáticas e de desenvolvimento sustentável (Rockström et al., 2021; Who, 2022).

A pandemia de COVID-19 acelerou muitas dessas transformações e evidenciou a necessidade de infraestruturas digitais robustas, coordenação entre níveis de atenção e resiliência dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, revelou as fragilidades de sistemas fragmentados e baseados em lógicas mercadológicas, reforçando o papel das redes integradas, da atenção primária resolutiva e da governança pública (Who, 2021; Viana et al., 2022).

Essas tendências indicam que o futuro dos sistemas de saúde exige inovação com equidade, investimento com planejamento e foco em resultados que importam para a vida das pessoas. O Brasil, ao observar essas experiências internacionais, têm a oportunidade de fortalecer o SUS por meio da ampliação da coordenação entre níveis de atenção, da modernização tecnológica, da valorização das equipes multiprofissionais e da construção de uma cultura de cuidado centrada nas pessoas e nos territórios.

7 Alta Complexidade dos serviços de saúde

No Brasil, a atenção terciária em saúde envolve serviços de alta complexidade, como terapias intensivas, transplantes e procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo, sendo essencial para garantir o acesso universal, integral e gratuito à população. Essa estrutura opera majoritariamente através de hospitais públicos, que são financiados pelo SUS e contam com Unidades de Terapia Intensiva, centros cirúrgicos e equipes multiprofissionais, denominados como polos regionais de referência (Brasil, 2010; Massuda et al., 2018).

Segundo Amorim (2022), entre os anos de 2010 e 2020, a taxa de crescimento dos hospitais de média e alta complexidade no país foi de 16% e 39%, respectivamente, com maior concentração nas Regiões Sudeste e Sul.

Para tornar esse nível de atenção mais eficaz, a regionalização da alta complexidade tem se mostrado uma eficiente estratégia. Ao concentrar procedimentos em centros mais populosos, é possível melhorar os resultados clínicos e reduzir os custos hospitalares, como demonstrado por Ramos et al. (2020). Ainda assim, há desafios, como o subfinanciamento, as longas filas para procedimentos, a fragmentação da continuidade assistencial e o déficit de profissionais especializados, especialmente em cidades de menor porte (Paim, 2020; Viana et al., 2022).

Análises da Organização Mundial da Saúde (Who, 2017) evidenciam que regiões com fluxos bem definidos, protocolos centralizados e monitoramento contínuo de indicadores conseguem reduzir tanto a mortalidade hospitalar quanto o tempo de internação. Essa abordagem reafirma a regionalização como instrumento essencial para qualificar o acesso à atenção terciária. No entanto, desafios estruturais ainda exigem superação, como a garantia de transporte seguro entre unidades, a manutenção da competên-

cia técnica em hospitais locais, a prevenção da concentração dos serviços em grandes centros urbanos e a viabilização de um financiamento sustentável e regulado (Ghandour et al., 2019).

8 Regionalização no Cenário Internacional: Benefícios e Evidências

Ao se observar o cenário internacional, a regionalização da atenção de alta complexidade representa um dos maiores avanços em eficiência e equidade nos sistemas de saúde contemporâneos. Em países desenvolvidos, a criação de redes coordenadas entre os diferentes níveis de atenção é considerada uma base essencial para assegurar a disponibilidade de serviços de alta complexidade nos locais mais adequados.

Nesse sentido, uma meta-análise realizada por Wilcox e Adhikari (2012) evidenciou uma redução significativa da mortalidade hospitalar após a implementação de sistemas regionalizados. Este modelo se sustenta na centralização dos casos em centros altamente especializados, os quais acumulam experiência clínica, reduzem a variabilidade nos cuidados e aumentam a segurança do paciente.

Um exemplo ilustrativo pode ser observado na Suécia, onde a centralização de cirurgias cardíacas pediátricas resultou em uma queda da mortalidade hospitalar em 30 dias: de 9,5% (1988–1991) para 1,9% (1995–1997), mantendo esse desempenho nos anos subsequentes (Jögi et al., 2000). A experiência sueca reforça o potencial da concentração técnica como estratégia de qualificação da atenção terciária.

9 Modelos de Saúde e Acesso à Alta Complexidade no Cenário Internacional

Apesar disso, o acesso ao atendimento de alta complexidade continua sendo um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no cenário internacional. Tais serviços demandam procedimentos altamente especializados, infraestrutura tecnológica avançada e profissionais com qualificação específica, sendo imprescindíveis no manejo de doenças graves e crônicas como câncer, doenças cardiovasculares e neurológicas.

Entretanto, o acesso a esses serviços é bastante desigual, tanto entre países quanto dentro das próprias nações, refletindo disparidades econômicas, estruturais e políticas. Em países de alta renda, como Alemanha, Canadá e Japão, os investimentos em infraestrutura hospitalar, formação contínua de especialistas e incorporação de tecnologias de ponta possibilitam uma cobertura mais abrangente e equitativa (Who, 2010; OECD, 2021).

Porém, países de baixa e média renda enfrentam importantes limitações, como a escassez de centros de referência, a baixa disponibilidade de profissionais capacitados e as dificuldades recorrentes de financiamento. Essa realidade expõe um quadro de acesso restrito aos cuidados mais avançados, comprometendo a equidade dos sistemas de saúde.

A desigualdade no acesso à alta complexidade também se manifesta de maneira acentuada dentro dos próprios territórios nacionais, com a concentração dos serviços em centros urbanos e capitais. Isso impõe barreiras geográficas e econômicas significativas às populações que vivem em áreas remotas ou em situação de vulnerabilidade social. Estudos realizados na América Latina e na África evidenciam que muitos pacientes precisam realizar longas jornadas para acessar serviços especializados, o que pode atrasar o diagnóstico precoce e comprometer a continuidade do cuidado.

(PAHO, 2017). A fragmentação dos sistemas de saúde, somada à baixa integração entre os níveis de atenção, agrava a exclusão de grupos populacionais do acesso a terapias avançadas.

Dessa forma, a realização de políticas públicas que promovam a regionalização dos serviços de alta complexidade, a ampliação de ferramentas como a telemedicina e o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada efetiva e articulada aos demais níveis de cuidado torna-se urgente (Mendes, 2011).

O financiamento da atenção terciária também se apresenta como um dos principais pontos críticos. Em países com sistemas universais, como Reino Unido e Suécia, o desafio é manter a sustentabilidade do financiamento diante do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas. Já em países com sistemas mistos ou privatizados, como os Estados Unidos, o acesso à atenção complexa frequentemente depende da cobertura de seguros de saúde, o que acentua desigualdades entre segurados e não assegurados (Gomes; Viana, 2014).

Nesse cenário, observa-se a adoção de mecanismos alternativos de financiamento, como parcerias público-privadas, modelos de pagamento por desempenho e incorporação seletiva de tecnologias de alto custo. Essas estratégias buscam otimizar recursos e promover maior eficiência nos gastos públicos com saúde.

Assim, destaca-se uma crescente cooperação internacional voltada à ampliação do acesso a tecnologias em saúde, à padronização de diretrizes clínicas e ao fortalecimento das capacidades locais. Organismos multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vêm desempenhando papel decisivo nesse processo.

Por meio do suporte técnico, da elaboração de guias e da mobilização de recursos globais, tais organizações têm promovido esforços no sentido de universalizar o acesso à saúde de alta

complexidade. Ainda assim, os desafios persistem, exigindo ações sustentadas, baseadas nos princípios da justiça social, da equidade e do direito à saúde (Who, 2010; PAHO, 2017).

10 Considerações Finais

Diante dos diferentes modelos e estratégias adotadas globalmente, observa-se que o fortalecimento da atenção primária, a regionalização da alta complexidade e a integração entre os níveis de atenção são elementos centrais para a construção de sistemas de saúde mais equitativos, eficientes e resolutivos. O Brasil, ao se espelhar em experiências internacionais bem-sucedidas e valorizar as potencialidades do SUS, tem a oportunidade de aprimorar seu modelo, garantindo o direito à saúde de forma integral e sustentável.

DCNTs na APS: Gestão de Condições Crônicas e Empoderamento do Paciente

O quarto capítulo aborda o enfrentamento das **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)**, enfatizando a transição de um modelo reativo para um cuidado proativo e contínuo. O mapa mental ilustra que o sucesso no manejo dessas condições depende de **estratégias de gestão** bem definidas, como a estratificação de risco e o seguimento de protocolos preventivos. A **intervenção no estilo de vida** — focada em alimentação, atividade física e cessação do tabagismo — é potencializada pelo **autocuidado apoiado** e pela avaliação multidimensional, que devolvem ao paciente o protagonismo sobre sua saúde. Todo esse processo é sustentado por **tecnologias na APS**, como o prontuário eletrônico e o telemonitoramento, que garantem a precisão dos dados e fortalecem o

vínculo e a continuidade indispensáveis para o controle de doenças de longa duração.



Referências

- AMORIM, Inara Rosa de. Atenção à saúde e as transformações no mercado de trabalho: uma análise em três ensaios. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022.
- ANELL, A.; GLENNGÅRD, A. H.; MERKUR, S. *Sweden Health System Review*. Health Systems in Transition, v. 14, n. 5, 2012.
- BARNETT, K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, v. 380, n. 9836, p. 37–43, 2012.
- BI, Q.; LIU, Q. Gatekeeping and general practice: comparing global practices and implications for primary care. *Journal of Primary Health Care*, v. 15, n. 1, p. 5–12, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 2010.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As múltiplas faces da descentralização: a reforma do sistema de saúde brasileiro nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 29–44, 1996.

- DESLAURIERS, S. et al. Integrating Physiotherapists into Publicly Funded Primary Care: A Call to Action. *Physiotherapy Canada*, v. 69, n. 4, p. 275–276, 2017.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- EUROPEAN COMMISSION. *Defining Value in Value-Based Healthcare*. Brussels: EC, 2021.
- EVANS, D. B.; ETIENNE, C.; FRENK, J. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 88, n. 6, p. 402, 2010. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.078741>.
- GHANDOUR, H. et al. *Regional hub-and-spoke models in high-complexity care: a narrative review*. 2019.
- GIOVANELLA, L. et al. Desafios da coordenação dos cuidados nas regiões de saúde: estratégias de integração entre atenção básica e especializada no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, e00181219, 2020.
- GIOVANELLA, Lígia et al. APS no Brasil: conceitos, práticas e desafios. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). *Política e gestão pública em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 427–460.
- GIOVANELLA, Lígia et al. *Política e gestão pública em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.
- JARAMILLO, I.; GÓMEZ, S.; BERNAL, N. Evaluación de las Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia: avances y retos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 45, e27, 2021.
- KANTAR PUBLIC; OECD. *Health Data Governance in the Digital Age: Implementing the OECD Recommendation on Health Data Governance*. Paris: OECD Publishing, 2023.
- KIM, J.; LEE, J. E.; HAN, K. T. et al. Integrated care and information systems in South Korea. *International Journal of Integrated Care*, v. 19, n. 3, p. 1–11, 2019.
- LIMA, L. D. et al. Informação em saúde como instrumento de gestão e cuidado: desafios para a integração em redes regionalizadas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 439–450, 2021.
- MACHADO, Cristiani Vieira et al. Modelos de sistemas de saúde: uma revisão conceitual e tipológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZtpjDRKddYJmQZ4HQQXwbDJD/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, v. 372, p. 2177–2181, 2015.

MACINKO, James; GUERRA JUNIOR, Adrián F. M. Primary Health Care and the UN Sustainable Development Goals. *The Lancet*, London, v. 392, n. 10161, p. 1370–1371, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32338-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32338-2).

MASSUDA, Adriano et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, London, v. 3, e000829, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>.

MENDES, E. V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

OECD. *Germany: Strengthening Integrated Care*. Paris: OECD Publishing, 2017. OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2021.

OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2019: Raising Standards*. Paris: OECD Publishing, 2019.

OECD. *Realising the Potential of Primary Health Care*. Paris: OECD Publishing, 2020.

RAMOS, Maira Catharina et al. Regionalization for health improvement: a systematic review.

PLOS One, San Francisco, v. 15, n. 12, e0244078, dez. 2020. DOI: [10.1371/journal.pone.0244078](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244078).

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção primária à saúde: uma análise do processo de formulação de política no Brasil**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 11–26, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BPfdTRk9MNTDY5fsz7mkgcq/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. **Sistemas de saúde em tempos de COVID-19: elementos para a construção da resiliência**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, p. 29–42, 2022.

GOMES, M. H. A.; VIANA, A. L. D. Acesso e cobertura em saúde: conceitos, políticas e instrumentos para análise. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 357–370, 2014.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2021.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Health in the Americas 2017*. Washington, D.C.: PAHO, 2017.

Who – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report: Health systems financing – the path to universal coverage*. Geneva: Who, 2010.

Sapel eos autet duciam, aut accae natem lanis iusciligent, ut explanimil ipiet omnis re, omnihiecto et aut a cum latio iliaeruptate et repre officiti inistionse dicia quatin re con posapel int aut illatur autem eaquam dolut volore necab ipitibu sdanisimi, sit etu-rehendias utem. It es eumque prepudi tistium aut qui tem laborum fuga. Ommod ut ut fuga nosanihit iduscipsum facillabo. Eleseriam eum ipsus, sumquis volupicium qui dolupient fuga nobis archici endita nones quisi volessecab ide officaborem et fugita-tur, non cullese quibuscium repudit iandit pa cus sitatie culpa voluptate nus quatem rerum in nisquam, ulpa dolest, tem is ma commin facculloriam harci alibus.

Ihillaut volupic aborume nditiam renienist, quias ernam demquam ullam, quis ma dolliquam hiciendempel inis corepel loribusam hic tem quam quia de ratia velique praeped iorpore core atur moluptiora aut voluptas ma dunda volent, id est volest rehent, officiam, il ma cum remposae coris eum quodi aut molestem landunt iissun-dit volor solorempore velitas ullupitibus sin enihil ilit, apiende repero dolupta epratis simaximus dolupidus.

Molorehendi venis eaqui verios voluptatem voluptatis voluptati dolut volent.

Sim atur sam sim qui que lab ilis et quatur, sin nonsedi gnatiis nem re pedi in pero qui velitasperro quasperum, cus quides et ant ipsunt aut poribus es estis sus voluptate magnimo llenihil et aut quatiium lignatur? Quibustia dita et maxima quid ut liciis ium quam re autemporero omnisci liquuntem etur aut que nos quatibus molorios con re ra porem quo valoribusdae aut volum ium ipsandandi imusam, quas por accus as natet voluptatium aliqui quis re preption culparum aut inus explabo. Ehenis asimus, omnimod itecepte llesequam ratur as dernam sunt anisti alit lam ium quo doluptat et de nihillaute omnimus aut qui bearchilla verum nobitem ea nis ex excea ea dem qui officatemqui quossit, culpa nonsequis dipictia cuptatur?

Dollabor aliqui repudiori occus.

Tem qui cuptas abo. Ita consedis evenimo llupti nis endantis aliquam idis quias autae et et in reptatur, ut quis eos remporent.

De num harundam aut voluptusam veri is il moluptatur, seque re num et vernatqui sitiatur aut quam conse doluptate de maximo repelib usdandae as estiae plit experi-bus dios ipsaper umquiatisi int que pro ipsa aut qui as del ipient ius dolupisimpos que por seque diti aut molupta sin porupta estrupt aquatus.

Ne post aliciate provit quis consed eatio eum et aspelita cusdam fuga. Ur assit hicta-tur rae quae. As re sit liquam evendent lab ipicidiatur aliquiatquo eiusdae. Nem

Determinantes sociais da saúde - cenário brasileiro e internacional

Irla Milane Souza Vasconcelos

Pamela Tainá Licovski

1 Contextualização

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde (DSS), são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Hoefel et al., 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estão relacionados às condições em que as pessoas vivem e trabalham (Hoefel et al., 2015).

Essas circunstâncias estão associadas por um conjunto de aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, políticos, psicológicos e comportamentais, que influenciam diretamente em problemas de saúde e nos fatores de risco na população (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Hoefel et al., 2015). Existem diversas definições dos DSS abordadas por autores, sendo atualmente bastante generalizado, como às condições de vida e de trabalho dos indivíduos relacionadas à situação de saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Nancy Krieger, definiu os DSS como os fatores que através das condições sociais afetam a saúde e que podem ser alterados através de ações informativas (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Tarlov trouxe uma definição aos DSS, ligada às características sociais que ocorriam na vida dos indivíduos, uma das definições mais importantes para explicação dos problemas de saúde, pois

explicava as mudanças sociais e práticas de saúde, encontradas nos processos de urbanização e industrialização ocorridos na época (Susser, 1998).

Virchow, foi um cientista que recebeu destaque, dizendo que a ciência médica é intrínseca e uma ciência social, com efeito importante dos fatores econômicos e sociais no processo de saúde e doença, submetidos à pesquisa científica (Rosen, 1980). Também falava que a vida política e social, podem identificar e eliminar os fatores que geram problemas na saúde pública (Rosen, 1980).

Koch e Pasteur foram bacteriologistas fundamentais na explicação do processo saúde-doença, afirmando esse paradigma, houve a criação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Para criação desse estabelecimento houve diversos debates, entre a saúde pública e medicina e entre enfoques biológicos e sociais do processo saúde doença (FEE, 1987). Dessa forma, o conceito de saúde pública ficou fundamentado no conhecimento científico baseado na bacteriologia, com controle de doenças específicas e afastamento das questões políticas (FEE, 1987).

Após o conceito de saúde pública ter seu enfoque no modelo médico biológico, observa-se ao longo do século XX, uma diferença entre outras abordagens, como a história da OMS, que destaca importância nos aspectos biológicos intercalados com aspectos sociais e ambientais (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Através disso, a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doença, é uma ampla concepção da saúde, além do enfoque centrado na doença (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A Conferência de Alma-Ata, ocorreu no final dos anos 70, com atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000”, com destaque aos determinantes sociais. Na década de 80, o pre-

domínio de enfoque da saúde como um bem privado, traz uma centrada assistência médica individual, na qual, com o debate sobre as Metas do Milênio, dá o lugar aos determinantes sociais que se afirmam com a criação da Comissão sobre DSS da OMS, em 2005 (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Os DSS podem se associar aos fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde dos cidadãos (Carvalho, 2012; George, 2011). Quando se fala em DSS, é conhecida uma visão amplificada do processo saúde-doença, que é determinado por uma multiplicidade de fatores, com origem social, econômica, cultural, ambiental e genética/biológica (Galvão et al., 2021).

É, sobretudo a partir de 2005, com a criação da Comissão Global sobre DSS, que ocorreu a sistematização do conhecimento e da articulação, no plano mundial, com iniciativas e realização de políticas associadas à influência que os determinantes têm no estado de saúde (Carvalho, 2013). Apesar de algum tempo, os fatores foram dependentes do modelo biomédico, sendo observado, inclusive na OMS, que sua abordagem tem períodos focados em aspectos biológicos, que intercalam com fatores sociais e ambientais (Buss; Pellegrini Filho, 2007; George, 2011). Então, foi a partir desse período, que houve um aumento no campo da saúde e fortalecimento intersetorial em relação às políticas e ações de saúde, valorizando o sistema de saúde como determinante de saúde (Carvalho, 2013; Buss; Pellegrini Filho, 2007; George, 2011).

Os diversos fatores que influenciam a saúde atuam de maneiras distintas, e nem todos possuem a mesma relevância. Segundo Campos, Saturno e Carneiro (2010), a Organização Mundial da Saúde (OMS) dá maior ênfase aos fatores ambientais, já que eles são responsáveis por cerca de 25% do estado de saúde da população. Por outro lado, dentro do conjunto dos determinantes sociais, George (2011) aponta que os hábitos de vida saudáveis

devem ter uma importância destacada, pois parecem proporcionar maiores benefícios para a saúde.

Segundo George (2011), para um melhor entendimento dos DSS, agrupa- os em cinco categorias, sendo eles, determinantes biológicos, como a idade, sexo e fatores genéticos; os determinantes econômicos e sociais, como a posição social, emprego, pobreza, exclusão social; os determinantes ambientais, como a qualidade do ar e da água, ambiente; e os determinantes de estilos de vida, como a alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e comportamento sexual. Além do acesso aos serviços, como educação, saúde, serviços sociais, transporte e lazer, que influenciam o estado de saúde dos indivíduos (George, 2011). Já Carvalho (2012) defende que os determinantes mais relevantes são aqueles que contribuem significativamente para as desigualdades sociais (Quadro 1).

Quadro 1 – Exemplos de determinantes da saúde divididos pelas três categorias consideradas

Determinantes ambientais	Poluição da água e do ar, a biodiversidade, o aquecimento global, a depleção do ozono, as condições das habitações, a qualidade dos transportes, a segurança alimentar, a gestão de resíduos, a política energética, o ambiente urbano.
Determinantes económicos	Desempenho económico do país, rendimento (pode condicionar acesso a comportamentos saudáveis), situação de emprego, ocupação, habitação.
Determinantes sociais	Cultura, estilos de vida, género, etnia, grau de inclusão social, idade, comportamentos relacionados com a saúde, as condições de vida e condições de trabalho, educação.

Fonte: elaborado a partir de Campos, Saturno e Carneiro, 2010; George, 2011; Carvalho 2012

Os determinantes ambientais da saúde incluem os efeitos de agentes químicos, físicos e biológicos, como a poluição do ar, da água, do solo e dos alimentos (George, 2011; Oliveira, 2010). Estudos mostram que a água contaminada por metais pesados tem grande impacto na saúde pública (Khan et al., 2013). Além disso, eventos climáticos extremos, como ondas de calor ou frio, afetam a saúde de forma imediata, principalmente em populações com menor desenvolvimento socioeconômico, contribuindo para doenças graves e aumento da mortalidade (Mendonça, 2003).

As desigualdades socioeconômicas na saúde resultam de diversos fatores, como a privação material, o desemprego e os comportamentos de saúde ligados à renda. A globalização, embora tenha aproximado economias, também ampliou desigualdades entre e dentro dos países (Ilo, 2011; Souza; Silva; Silva, 2013). Mesmo com o crescimento econômico, a redução das desigualdades continua limitada (Ilo, 2011). O acesso a hábitos saudáveis, como boa alimentação e atividade física, depende das condições econômicas. Indivíduos com melhores condições tendem a ter mais saúde e maior expectativa de vida, enquanto populações em situação de pobreza enfrentam mais riscos e comportamentos prejudiciais, como o consumo de álcool e tabaco (George, 2011; Oliveira, 2010). Souza, Silva e Silva (2013) mostram o exemplo dos professores franceses com idade média de 35 anos que apresentam esperança média de vida superior em 9 anos quando comparada com a de um operário fabril com a mesma idade.

A relevância dos determinantes sociais da saúde tem estimulado o crescimento de pesquisas que buscam entender como a estrutura de uma sociedade influencia a saúde de sua população (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Estudos voltados para as desigualdades em saúde têm se intensificado, com o objetivo de analisar as disparidades existentes entre diferentes grupos sociais. Essas

desigualdades, além de representarem uma forma de injustiça, ocorrem de maneira sistemática — mas são, em grande parte, passíveis de serem prevenidas ou corrigidas (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Who, 2010).

Existem na literatura alguns modelos que pretendem descrever a complexa relação entre os diferentes fatores que influenciam a determinação da saúde. Um desses exemplos é o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1), um dos mais referidos na literatura (Carvalho, 2012).

Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de DAHLGREN e WHITEHEAD



Fonte: Carvalho, 2013, p. 84

Esse modelo mostra como os determinantes da saúde estão apresentados em diferentes níveis, no centro, características individuais de idade, sexo e fatores hereditários (Carrapato, Correia, Garcia, 2017). No primeiro nível, encontram-se os estilos de vida (Carrapato, Correia, Garcia, 2017). No seguinte, as redes de apoio sociais e comunitárias. No nível mais distal, encontram-se os determinantes relacionados à economia, ambiente e cultura geral (Carrapato, Correia, Garcia, 2017). Dessa forma, o principal obje-

tivo dos DSS é reduzir as iniquidades em saúde, melhorando a saúde e bem-estar, promovendo o alcance de metas de saúde (Carvalho, 2012).

Nas últimas décadas, tanto no cenário nacional quanto internacional, houve um grande avanço nas pesquisas que investigam como a organização e o desenvolvimento das sociedades influenciam a saúde de suas populações (Almeida-Filho, 2002). Esse progresso tem sido especialmente significativo nos estudos sobre as iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades, diferenças nas condições de saúde entre grupos sociais que são persistentes, importantes e, ao mesmo tempo, evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000).

De acordo com Nancy Adler (2006), esses estudos podem ser divididos em três fases, a primeira concentrou-se em demonstrar a relação entre pobreza e saúde; a segunda procurou descrever os diferentes níveis de saúde conforme critérios de estratificação socioeconômica; já a terceira e atual, está voltada para investigar os mecanismos que geram essas desigualdades. Nessa linha, surgem abordagens que analisam como a saúde das populações está relacionada às desigualdades nas condições de vida e à complexidade das relações sociais entre indivíduos e grupos (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Estratégias propostas em estudos analisados são primordiais para a equidade, ou seja, igualdade de oportunidade a população, assim como também fortalecimento da política e planejamento, capacitação de prestadores de saúde, redução de barreiras de acesso e participação de grupos excluídos (Galvão et al., 2021). Na área econômica, redistribuição de renda, aumento do salário mínimo e criação de empregos; na área intersetorial, ações voltadas à educação, cultura, assistência social e moradia; na saúde, descentralização dos sistemas de saúde, planejamento com

o desenvolvimento de metas e indicadores de avaliação, atuação em áreas carentes, fortalecimento da atenção primária (ações de promoção da saúde e prevenção de doenças), redução das barreiras de acesso, capacitação de recursos humanos, ações específicas para a população negra e combate ao racismo institucional; assim como ações relevantes em outras áreas, como jurídica, populacional e pesquisa (Galvão et al., 2021).

Visando a manutenção da equidade em saúde, foi confirmado o relatório da OMS, na Conferência Mundial sobre os DSS, reafirmando os três princípios de ação:

1. Melhorar as condições de vida cotidiana: em relação às circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos: os motores estruturais das condições de vida referidas nos níveis global, nacional e local.
3. Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os DSS e promover a consciência pública sobre o tema.

1.1 Melhorar as condições de vida cotidiana

As diferenças na forma como a sociedade é estruturada fazem com que o direito a uma vida saudável e plena não seja igualmente acessível a todos, tanto dentro de um país quanto entre diferentes nações (Carvalho, 2012). Essa disparidade é visível desde os primeiros anos de vida e durante a infância escolar, nas condições de trabalho e de emprego, no ambiente físico dos locais de trabalho e na qualidade do meio ambiente em que as pessoas vivem. Além disso, a posição social influencia o acesso aos serviços

de saúde, o que resulta em desigualdades na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de doenças, bem como na chance de sobrevivência e bem-estar (Carvalho, 2012).

1.2 Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos

As políticas adotadas pelos governos, conforme suas características, podem tanto favorecer quanto prejudicar a saúde da população e a equidade em saúde (Carvalho, 2012). Políticas públicas bem elaboradas têm potencial para gerar impactos positivos imediatos e duradouros na saúde (Carvalho, 2012). A harmonia entre as políticas é fundamental, pois significa que diferentes setores do governo devem atuar de forma complementar — e não contraditória — quando se trata de promover tanto o crescimento econômico quanto a equidade em saúde. A atuação integrada entre diferentes áreas, inclusive aquelas fora do setor da saúde, conhecida como ação intersetorial, representa uma estratégia essencial para alcançar esses objetivos.

1.3 Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto das ações

A atuação sobre os determinantes sociais da saúde será mais eficaz se houver sistemas de informação bem estruturados, como o registro de dados vitais e o acompanhamento regular das desigualdades em saúde e de seus determinantes (Carvalho, 2012). Além disso, é fundamental que existam mecanismos que possibilitem a interpretação e o uso adequado dessas informações para orientar a criação de políticas, sistemas e programas mais eficientes. Também é essencial investir na educação e capacitação sobre os determi-

nantes sociais da saúde, pois esse conhecimento é indispensável para promover mudanças significativas.

2 Cenário brasileiro

Os DSS influenciam o processo de adoecimento e saúde da população, tendo em vista que estão fortemente ligados às condições sociais, econômicas, ambientais, culturais e políticas.

Existe no Brasil, um histórico de desigualdades que acabam sendo ampliadas por alguns fatores como a concentração de renda, precarização do trabalho, acesso desigual a políticas públicas essenciais e outros.

Durante a pandemia do covid-19 a influência dos DSS se tornou mais evidente. Em um estudo realizado em 2020, com o objetivo de analisar a influência dos fatores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e da estrutura do sistema de saúde na evolução da pandemia no Brasil, os autores observaram que os estados com maior nível de desigualdade relacionada à distribuição de renda apresentaram maior transmissão do SARS-CoV-2 e ainda, que as piores condições socioeconômicas associadas a moradias superlotadas, foram relacionadas ao aumento da mortalidade por Covid-19. Ou seja, fatores socioeconômicos e iniquidades sociais tiveram um impacto negativo em relação à disseminação e à mortalidade por Covid-19 no Brasil (Figueiredo et al., 2020).

Apesar de ter sido observado avanços no país nas últimas décadas, sendo muitos deles, impulsionados por uma Constituição voltada para os aspectos sociais e redistribuição de renda, o que possibilitou melhores condições de vida, ainda persiste um cenário marcado por iniquidades em saúde, que precisam de atenção para serem solucionados (Carvalho, 2013), uma vez que aspectos como renda, moradia, condições de trabalho, escolaridade, sanea-

mento básico e alimentação adequada são fatores que influenciam diretamente o nível de saúde e expectativa de vida da população.

A partir de 2003, com a criação da Comissão Global sobre DSS, foi iniciado um processo de organização do conhecimento existente e de articulação a nível mundial, voltadas ao incentivo de políticas públicas sobre o tema, possibilitando maiores avanços (Carvalho, 2013).

2.1 Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)

Dada a importância dos DSS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou um movimento internacional visando o combate às iniquidades em saúde ocasionadas pelos DSS, sendo criada em 2005 a Comissão Internacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), visando a conscientização sobre a importância dos DSS na saúde da população, bem como a necessidade de combatê-los (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Como parte deste movimento, em 2006 foi criada no Brasil, por meio de Decreto Presidencial a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), sendo composta por 16 representantes de diversas áreas, reconhecendo que a saúde é um bem público e enfatizando a importância da participação de diversos setores da sociedade brasileira (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Neste mesmo Decreto, instituiu-se um Grupo de Trabalho Inter-setorial composto por diversos Ministérios relacionados com os DSS, além dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS) com o intuito de promover ações articuladas visando a redução das desigualdades em saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

As atividades da CNDSS são norteadas pelo conceito de saúde estabelecido pela OMS - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doenças ou enfermidades” - e ainda, pelo Artigo 196 da Constituição brasileira de 1988 que estabelece a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A CNDSS, em seu relatório final (CNDSS, 2008), refere que sua atuação é pautada por três compromissos, que a orienta em sua missão de combater as iniquidades em saúde no Brasil, sendo:

- *Compromisso com a equidade:* Apesar dos avanços demonstrados pelos indicadores de saúde, o Brasil ainda compõe o ranking dos países com maiores níveis de desigualdades em saúde entre grupos populacionais, sendo estas iniquidades, evitáveis. O Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2007, com dados de 2005, evidencia que em termos de distribuição de renda, o Brasil está entre os países mais desiguais do mundo, sendo superado apenas por alguns países da África e da América Latina. Diante desse cenário, a CNDSS reafirma o seu compromisso no desenvolvimento de medidas que visem assegurar o direito universal à saúde.
- *Compromisso com a evidência:* A Comissão busca embasar suas análises, recomendações e propostas em conhecimentos científicos sólidos, tendo em vista que eles exploram de forma aprofundada os determinantes sociais e seus efeitos, fornecendo dados importantes sobre os mecanismos que contribuem para a geração de ini-

quidades em saúde, podendo nortear as estratégias de intervenção de forma que as ações sejam mais assertivas. Entretanto, a CNDSS ressalta que embora tenha havido aumento na produção científica tanto nacional quanto internacional, ainda existem lacunas a serem esclarecidas no entendimento quanto à avaliação do impacto das intervenções realizadas.

- *Compromisso com a ação:* Partindo do pressuposto de que as iniquidades em saúde podem ser evitadas por meio da atuação sobre os determinantes sociais que a geraram, o compromisso com a ação representa a essência do trabalho desta Comissão. Contudo, essa ação enfrenta desafios consideráveis, como por exemplo a necessidade da atuação intersetorial, necessária para desenvolver e colocar em prática ações que ultrapassem as competências do setor saúde. A cooperação entre diferentes áreas do governo, bem como da sociedade, são condições indispensáveis para o sucesso das estratégias e ações desenvolvidas.

Assim, apoiado pelos compromissos com a equidade, a evidência e a ação, a CNDSS resume os objetivos estabelecidos no Decreto Presidencial que a criou, como:

- *A produção e disseminação de informações sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil*, visando auxiliar na formulação de políticas públicas baseada em evidências;
- *A contribuição efetiva para a criação e desenvolvimento de políticas e programas com o objetivo de promover a equidade em saúde*, garantindo à população acesso igualitário aos serviços essenciais;
- *A mobilização de diferentes esferas do governo e da sociedade civil* buscando conscientizá-los sobre a importância do

tema, estimulando a participação intersetorial para a construção de uma sociedade mais justa e saudável.

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos, a CNDSS desenvolveu algumas linhas de atuação, conforme a seguir:

- *Produção de conhecimentos e informações* sobre a associação entre os determinantes sociais e a saúde, especialmente as iniquidades, o que auxiliaria no embasamento para a criação de políticas e programas. Nesse contexto, a CNDSS juntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) disponibilizaram um edital de pesquisa destinando cerca de quatro milhões de reais ao financiamento de estudos voltados à esse tema. Tais projetos possibilitam reunir pesquisadores, gestores estaduais e locais formando uma rede de colaboração voltada à análise de dados e à discussão das implicações políticas dos resultados obtidos. Foram ainda, analisados sistemas de informação de abrangência nacional sobre os DSS, bem como realizado um Seminário Internacional sobre metodologias de avaliação relacionados a intervenções sobre os DSS.
- *Promoção, apoio, seguimento e avaliação de políticas, programas e intervenções* desenvolvidas por instituições governamentais e não-governamentais nos níveis local, regional e nacional. Nesse eixo, o Grupo de Trabalho Intersetorial é considerado o principal instrumento para a articulação entre os diferentes setores da administração pública a fim de assegurar ações integradas e efetivas.

- *Ações de promoção e mobilização da sociedade civil*, visando a sensibilização em relação à importância da correlação entre saúde e condições de vida. Para isso, integrantes da CNDSS e da Secretaria Técnica, além de participar de Congressos, reuniões e eventos nacionais e internacionais, fazem uso de estratégias de comunicação de massa com o intuito de disseminar informações e sensibilizar a sociedade.
- *Portal institucional sobre os DSS* (<https://dssbr.ensp.fiocruz.br>) que funciona como um repositório de dados, publicações e informações relevantes em relação às atividades que vêm sendo desenvolvidas. Além de divulgar as ações da Comissão, este espaço também visa a interação e discussão entre estudiosos do tema.

O relatório final da CNDSS (2008) concluiu que a atuação sobre os DSS se manteve em crescente relevância na agenda política do governo federal, visto que cerca de 45% dos programas e ações desenvolvidas foram mantidas durante o triênio estudado. Dentre os programas e ações considerados relevantes, a Comissão destaca três deles, sendo: programas intersetoriais, que envolvem diferentes setores do governo; programas setoriais, sendo estes elaborados por diferentes ministérios, porém que se articulam localmente visando alcançar um determinado público; e programas setoriais desenvolvidos por um único ministério, abrangendo vários problemas e público alvo. Entretanto, enfatiza que para a efetividade destas ações são necessárias a definição clara de objetivos e responsabilidades dos envolvidos nas várias etapas do processo de implementação. A Comissão descreve algumas implicações relacionadas a políticas públicas, como: ampliar os investimentos das ações estudadas, racionalizar os recursos priorizando as ações que demonstraram maior consistência, fortalecer

a articulação entre as ações, e integrar os diversos órgãos federais envolvidos na execução dos programas e ações.

3 Cenário internacional

3.1 Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável foi um compromisso global firmado pelos 193 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) durante uma reunião em Nova York, em 2015. Na referida reunião, os representantes desses países reconheceram que eliminar a pobreza, em todas as suas formas e dimensões, especialmente a pobreza extrema, é atualmente o maior desafio mundial e ainda, um requisito fundamental para o desenvolvimento sustentável.

Por meio do documento “Transformando o nosso mundo: A agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, os países se comprometeram a adotar diversas medidas visando a promoção do desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos, de forma inclusiva, sem deixar ninguém para trás. Desta forma, a Agenda 2030 foi composta por um plano de ação voltado às pessoas, ao planeta e à prosperidade, contendo 17 objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas estabelecidas de forma clara, para que todos os países pudessem adotá-las (Who, 2025).

Os objetivos englobam de forma integrada, três dimensões importantes para o desenvolvimento sustentável, sendo: econômica, social e ambiental. Estas ações devem ser desenvolvidas tanto pelos governos, quanto pela sociedade civil, empresas privadas, bem como por todos os cidadãos. Durante os anos de implementação da Agenda 2030, os ODS e suas metas têm o papel de impulsionar e apoiar iniciativas em áreas de relevância para

a humanidade envolvendo: pessoas, planeta, prosperidade, paz e parcerias.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2015) estabeleceu os 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável, conforme a seguir:

1. *Erradicação da pobreza*: Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
2. *Fome zero e agricultura sustentável*: Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar, melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável;
3. *Saúde e Bem-estar*: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;
4. *Educação*: Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos;
5. *Igualdade de Gênero*: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas;
6. *Água Potável e Saneamento*: Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos;
7. *Energia Acessível e Limpa*: Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos;
8. *Trabalho Decente e Crescimento Econômico*: Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos;
9. *Indústria, Inovação e Infraestrutura*: Construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação;
10. *Redução das Desigualdades*: Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles;

11. *Cidades e Comunidades Sustentáveis*: Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis;
12. *Consumo e Produção Sustentáveis*: Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis;
13. *Ação Contra a Mudança Global do Clima*: Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos;
14. *Vida na Água*: Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável;
15. *Vida Terrestre*: Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade;
16. *Paz, Justiça e Instituições Eficazes*: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis;
17. *Parcerias e Meios de Implementação*: Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu ainda, diversas metas específicas para cada um dos objetivos elencados, com o intuito de nortear as políticas públicas, bem como as iniciativas da sociedade civil, do setor privado e da comunidade internacional.

3.2 Determinantes sociais de saúde em nível global

3.2.1 África

Em novembro de 2012, ocorreu na África o Encontro Nacional sobre os DSS.

O Ministério da Saúde, em colaboração com a OMS, reuniram no encontro representantes das principais instituições nacionais; da administração central, local, da sociedade civil, do sector privado e parceiros internacionais, tendo em conta que a política da saúde pública deve concorrer para a articulação do conjunto das políticas intersectoriais, com vista a um melhor estado de saúde das populações (Who, 2012).

Abordaram os seguintes assuntos:

- Apresentação das recomendações e declarações internacionais sobre os DSS;
- Políticas e estratégias setoriais, oportunidades e desafios – ação transversal, coordenada sobre os DSS, para melhorar as condições de saúde prioritárias;
- Oportunidades e desafios para um trabalho conjunto dos diferentes atores;
- Trabalhos de grupo sobre: saúde escolar, alcoolismo, tabaco e outras drogas, estilos de vida saudáveis, segurança rodoviária e segurança no trabalho.

3.2.2 América

Um seminário sobre os determinantes sociais da saúde, que contou com a participação de vários participantes da OPAS, foi publicado pela Academia Nacional de Medicina e pelo Instituto Nacional de Saúde Pública do México, com o título “A importância dos determinantes sociais da saúde nas políticas públicas” (Who, 2013).

Ele analisou as recomendações da Comissão sobre DSS da OMS e apresentou experiências e perspectivas sobre essas questões de diversos níveis, internacional, nacional e regional (Who, 2013). As apresentações também analisaram o impacto dos determinantes sociais da saúde nos esforços do México para melhorar as condições de saúde de sua população e reduzir as iniquidades em saúde. A publicação apresentou linhas estratégicas de ação para o desenho de políticas que abordam os DSS como base para intervenções em saúde nos três níveis de governo: municipal, estadual e nacional (Who, 2013).

3.2.3 Europa

As desigualdades em saúde podem ser observadas tanto em países de alta renda quanto de baixa renda em toda a Região Europeia da OMS. Os DSS e as desigualdades na saúde são passíveis de mudanças por meio de intervenções políticas e de governança (Who, 2024).

A OMS/Europa apoia os Estados-Membros no combate às desigualdades em saúde socialmente determinadas. Orienta ações, fornecendo evidências científicas sólidas e opções para que os formuladores de políticas fortaleçam sua capacidade de governança para atuar sistematicamente sobre os determinantes sociais da saúde e reduzir as desigualdades em saúde (Who, 2024).

As atividades são desenvolvidas em duas áreas de trabalho inter-relacionadas:

- fornece um portfólio de serviços aos Estados-Membros para aumentar a sua capacidade de combater as desigualdades na saúde, abordando os determinantes sociais e económicos da saúde; e

- monitorar, revisar e sistematizar as implicações políticas das descobertas de pesquisas emergentes sobre desigualdades de saúde socialmente determinadas.

Essencial para a execução de ambas as atividades é o desenvolvimento de habilidades e conhecimento, projetados para formuladores de políticas, profissionais e representantes de organizações não governamentais, acadêmicos e programas da OMS e de outras agências das Nações Unidas.

3.2.4 Sudeste Asiático

Os Estados-Membros da Região do Sudeste Asiático da OMS adotaram uma Declaração Ministerial sobre Sistemas de Saúde Sensíveis aos Adolescentes, com atuação nos DSS, comprometendo-se com políticas, recursos e serviços adaptados às necessidades únicas desta faixa etária para um futuro mais saudável e equitativo para todos (Who, 2024).

Através da declaração foi aprovado aumentar a mobilização e a alocação de recursos financeiros e humanos nacionais e subnacionais, incluindo investimentos para ações aceleradas de saúde e bem-estar dos adolescentes por meio de programas eficazes de saúde para adolescentes, intervenções com boa relação custo-benefício, incluindo programas de saúde escolar, serviços de saúde adequados para adolescentes, educação abrangente em saúde, apoio à saúde mental e uso ideal da tecnologia digital, incluindo a aplicação de leis e regulamentos relevantes (Who, 2024).

A adolescência, do período dos 10 aos 19 anos de idade, é uma das fases mais transformadoras do desenvolvimento humano, com rápidas mudanças físicas, cognitivas, emocionais, sociais e sexuais que estabelecem a base para a saúde e o bem-estar ao longo da vida. A Região Sudeste Asiático da OMS é responsável por 27%

da população adolescente total do mundo, quase 360 milhões de jovens, o maior número entre todas as regiões (Who, 2024).

3.2.5 Pacífico Ocidental

A Região do Pacífico Ocidental da OMS está passando por uma mudança demográfica significativa, com populações envelhecendo rapidamente. Essa tendência é acompanhada por um aumento nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como doenças cardíacas, derrames, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas e problemas de saúde mental. Enfrentar esses desafios requer uma abordagem multissetorial, visando tanto os fatores de risco das DCNTs quanto os determinantes sociais da saúde (Who, 2024).

A OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A prescrição social reconhece que a saúde é fortemente determinada por fatores como pobreza, isolamento e solidão. Trata-se de uma abordagem holística na área da saúde, na qual os profissionais de saúde conectam os pacientes a serviços comunitários não clínicos para melhorar sua saúde e bem-estar geral. Esse método visa abordar as causas básicas dos problemas de saúde, em vez de apenas tratar os sintomas, promovendo cuidados integrados e baseados na comunidade e reduzindo as intervenções médicas (Who, 2024).

A Comissão da OMS sobre Conexão Social (2024-2026) busca tornar a solidão e o isolamento social uma prioridade global de saúde pública. Ao defender o reconhecimento e os recursos, a Comissão visa abordar os graves impactos dessas questões na saúde física e mental das pessoas, bem como no bem-estar comunitário e social. Com base em evidências, a utilização da prescrição social pode melhorar as conexões sociais, os DSS, os resultados de saúde física e mental, além de reduzir os desafios

enfrentados por uma população em envelhecimento, como os socioeconômicos (Who, 2024).

4 Considerações finais

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável tem sido um marco importante para as iniciativas globais voltadas ao enfrentamento dos DSS. Ao estabelecer os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e as 169 metas relacionadas a eles, os Estados-Membros da ONU se comprometeram com a luta visando a erradicação da pobreza, a promoção do bem-estar humano e a preservação do planeta, bem como a inclusão social e a redução das desigualdades.

Desta forma, os DSS ocupam um lugar de destaque, tendo em vista que são fatores fundamentais para o enfrentamento das desigualdades a nível global. Como observado em diversos países, existe a necessidade do desenvolvimento e implementação de abordagens intersetoriais de forma que possibilite a articulação das políticas públicas com as diversas áreas que influenciam os DSS.

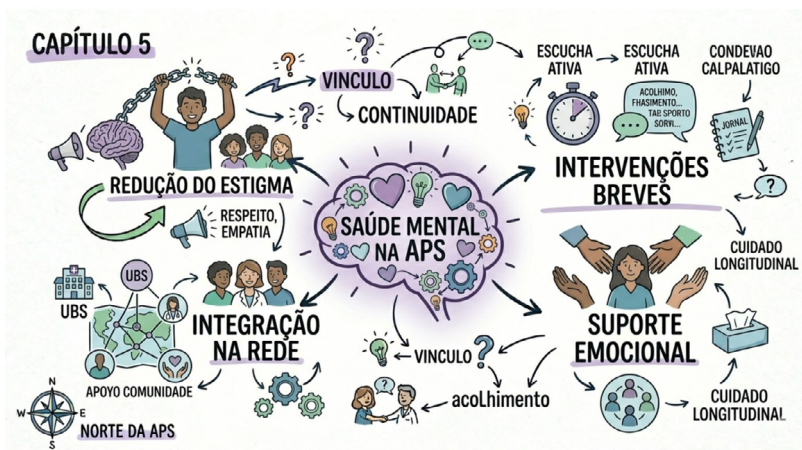
Ações como investimentos em educação, saneamento, nutrição, emprego, habitação e inclusão social, são indispensáveis para que sejam atingidas as metas estabelecidas. É importante ainda, além da mobilização de recursos, a participação social para o enfrentamento dos DSS, principalmente nos grupos mais vulneráveis.

Para que os objetivos da Agenda 2030 sejam de fato alcançados, torna-se imprescindível incentivar e fortalecer as alianças entre governos, sociedade civil, setor privado e órgãos internacionais, visando a construção de um modelo de desenvolvimento que

promova saúde, justiça social e sustentabilidade para as gerações presentes e futuras.

Estratégias e Pilares da Saúde Mental na Atenção Primária (APS)

- **Redução do Estigma:** Foca no combate ao preconceito por meio do respeito e da empatia, simbolizado pela quebra de correntes e pelo acolhimento da comunidade.
- **Vínculo e Continuidade:** Destaca a importância de estabelecer relações de confiança entre profissionais e pacientes para garantir um acompanhamento constante e eficaz.
- **Intervenções Breves:** Prioriza a escuta ativa e o acolhimento imediato, utilizando ferramentas práticas para resoluções ágeis no cotidiano das unidades de saúde.
- **Suporte Emocional e Cuidado Longitudinal:** Enfatiza o apoio contínuo ao paciente, integrando o cuidado ao longo do tempo e fortalecendo a rede de proteção individual.
- **Integração na Rede:** Reforça a conexão entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o apoio comunitário, servindo como o “norte” para a organização do sistema de saúde.



Fonte: elaboração pelos autores com uso de IA.

Referências

- ADLER, N. Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, 2006. NIH Campus, Bethesda, Maryland. Disponível em: <http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>. Acesso 20 jun 2025.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.
- BUSS, P. M. PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços**. Lisboa: Alto Comissário da Saúde, 2010.
- CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e sociedade*, v. 26, p. 676-689, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online], 2013. V. 2. P. 19- 38.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Fiocruz, 2012.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

FEE, E. Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Baltimore :**The Johns Hopkins University Press**, 1987.

FIGUEIREDO, A. M. De. et al. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200673, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>

GALVÃO, Anna Larice Meneses et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, p.e200743, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde**. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2vZqVke>>. Acesso em: 20 de jun 2025.

HOEFEL, M. G. L. et al. Determinantes sociais da violência na saúde de populações da América Latina. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 06, n. 02, p. 1786-1804, 2015.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. World of Work Report 2011: Making markets work for jobs. **Geneva**: International Labour Office, 2011.

KHAN, S. et al. Drinking water quality and human health risk in Charsadda district, Pakistan. **Journal of Cleaner Production**, Amsterdam, v. 60, p. 93-101, 2013.

MENDONÇA, F. Aquecimento global e saúde: uma perspectiva geográfica: notas introdutórias. **Terra Livre**, São Paulo, v. 1, n. 20, p. 205-221, 2003.

OLIVEIRA, D. G. F. **Determinantes do estado de saúde dos portugueses**. 2010. Dissertação (Mestrado em Estatística e Gestão da Informação) – Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 22 jun. 2025.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. **J Epidemiol Community Health**, n. 52, p. 608-611, 1998.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health.** EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Detail** - Countries in WHO South-East Asia Region commit to adolescent responsive health systems. Asia: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/timorleste/news/detail/08-10-2024-countries-in-who-south-east-asia-region-commit-to-adolescent-responsive-health-systems>. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equity and ealt** - World report on social determinants of health equity. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity>. Acesso em: 20 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Feature stories** - WHO promotes social prescribing to improve health and well-being in the Western Pacific. Pacífico Ocidental: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/australia/news/feature-stories/detail/who-promotes-social-prescribing-to-improve-health-and-well-being-in-the-western-pacific>. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics** - Social determinants. Europa: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/europe/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organização mundial da Saúde da América** - A importância dos determinantes sociais da saúde nas políticas públicas. Américas: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/25-11-2013-importance-social-determinants-health-public-policies>. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organização mundial da Saúde de Cabo Verde** - Encontro Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. África: WHO, 2012. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/news/encontro-nacional-sobre-determinantes-sociais-da-saude>. Acesso em: 23 jun. 2025.

Redes de atenção à saúde

Paula Renata Barbosa Laroca

Sabrina Correia dos Santos

Catharina Schier da Cruz

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem arranjos organizativos que integram ações e tecnologias voltadas à promoção de um cuidado integral, contínuo e resolutivo, por meio da articulação efetiva entre os diferentes níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Esses sistemas são concebidos para superar a lógica fragmentada dos serviços de saúde, promovendo fluxos assistenciais coordenados e centrados nas necessidades da população (Souza et al., 2023).

No Brasil, a formalização desse modelo ocorreu por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização e funcionamento das redes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa normativa define a composição regional das redes, orienta a responsabilização sanitária e propõe a integração dos diferentes níveis de atenção em um modelo mais coeso e eficiente (Brasil, 2010).

A implementação efetiva das RAS exige o engajamento de todos os envolvidos no processo: gestores, trabalhadores da saúde e usuários, com o objetivo de enfrentar os desafios contemporâneos do sistema de saúde brasileiro, como o envelhecimento populacional, as desigualdades regionais, a violência e outras complexidades sociais e epidemiológicas. Nesse sentido, o fortalecimento do planejamento regional, o investimento em governança e a qualificação profissional são estratégias fundamentais (Meloni, 2020).

Desde 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem incentivado a conformação das RAS com base na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecendo-a como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada do sistema de saúde. Essa diretriz visa garantir que os princípios da integralidade e da resolutividade sejam efetivamente praticados na gestão dos serviços e no cotidiano da atenção à saúde (Martinelli et al., 2022).

Para assegurar a efetividade das redes, é indispensável sua organização com base em elementos constitutivos essenciais, que devem operar de forma articulada.

Dentre esses elementos, destaca-se a população, vinculada a um território definido, que serve de base para o planejamento das ações. Os pontos de atenção à saúde, por sua vez, formam a estrutura operacional da rede e devem ser organizados de maneira a garantir a integralidade do cuidado, englobando desde unidades básicas até serviços especializados e hospitalares. Além disso, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico oferecem suporte técnico às decisões clínicas, enquanto os sistemas logísticos asseguram o funcionamento da regulação do acesso, do transporte, da informação em saúde e da gestão de insumos. Por fim, destaca-se a importância de um sistema de governança, fundamentado em compromissos interfederativos e na construção de alianças intergestores, como mecanismo de coordenação e responsabilização. A articulação eficaz desses elementos é condição indispensável para redes centradas nos indivíduos, qualificadas na resolutividade e alinhadas aos princípios do SUS (Mendes, 2011).

Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e a realidade de Ponta Grossa frente aos indicadores de desempenho.

A autora Starfield (2002) reforça que a APS deve ser compreendida não como um nível inferior no sistema de saúde, mas como base essencial para a resolução da maioria das demandas, sendo capaz de atender aproximadamente 80% dos casos com maior efetividade e menor custo. Essa perspectiva ganha força ao considerar que a APS não apenas intervém no campo biológico, mas atua de forma transversal sobre os determinantes sociais da saúde, possibilitando uma atenção centrada no indivíduo, na família e no território.

No entanto, embora o Brasil tenha avançado na institucionalização da APS como porta de entrada do SUS, persistem desigualdades territoriais que comprometem sua resolutividade. Fertonani et al. (2011) e Mendes (2011) apontam para a tensão entre os princípios normativos do SUS e a fragmentação ainda existente na oferta e gestão dos serviços, o que limita o potencial transformador da APS em muitos contextos. A compreensão da APS como prática concreta também demanda sua articulação com uma perspectiva de direitos. Nesse sentido, ASE et al. (2015) problematizam se sua ampliação representa, de fato, um avanço ou se pode ser utilizada como estratégia de precarização do cuidado quando orientada apenas por critérios de economicidade. Ainda assim, os autores reconhecem que a aproximação entre a APS e os direitos humanos é necessária, sobretudo por meio de marcos normativos internacionais que promovem políticas públicas mais inclusivas e participativas, favorecendo a superação da dicotomia entre modelos seletivos e universais. Tal aproximação requer atuação integrada em três níveis: o macrossocial (regras de acesso, financiamento e cobertura), o mesossocial (mecanismos de par-

ticipação e intersetorialidade) e o microsocial (interações entre usuários e profissionais de saúde). A relevância da APS também é reafirmada no plano internacional, especialmente no marco da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, cujo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número 3 estabelece como meta “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (ONU, 2023). Essa diretriz contribui para a articulação entre APS, justiça social e desenvolvimento sustentável, conferindo ao debate sobre sua estruturação um caráter ainda mais urgente e global.

Nesse contexto, Mendes (2011) destaca que os desafios contemporâneos da saúde pública exigem reformas orientadas por valores como equidade, solidariedade e justiça social, promovendo uma liderança confiável, serviços centrados nas pessoas e políticas públicas que efetivamente protejam a saúde coletiva. Isso implica não apenas garantir o acesso, mas qualificar os modos de cuidado, fortalecendo a coordenação entre os diferentes níveis da rede. Por fim, compreender como a APS se estrutura nos territórios brasileiros torna-se fundamental para avaliar sua capacidade de promover saúde de forma efetiva e equitativa. Ao considerar essas questões, a cidade de Ponta Grossa – PR será analisada como exemplo empírico, a partir de dados oficiais extraídos das plataformas SISAB e DATASUS. Essa análise visa observar em que medida os princípios da APS se traduzem em práticas locais que atendam às reais necessidades da população e fortaleçam as redes regionais de cuidado.

Para uma análise geral utilizou-se do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que disponibiliza diversos indicadores de desempenho, os indicadores escolhidos para analisar a atenção básica foram os que abrangem a atenção à saúde da mulher e da gestante, prevenção e diagnóstico precoce, imunização infantil e a atenção às condições crônicas como hipertensão

e diabetes. A partir da extração dos dados públicos disponíveis nos relatórios de indicadores de desempenho do site do Ministério da Saúde, foram selecionadas as informações referentes ao primeiro quadrimestre dos anos de 2022 a 2025. Para garantir a consistência da análise, consideraram-se apenas os dados válidos para o componente de desempenho, especificamente aqueles relacionados às Equipes de Saúde da Família (ESF) e às Equipes de Atenção Primária (EAP). A ESF é composta, em geral, por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e, em alguns casos, cirurgião-dentista. Já a EAP abrange equipes compostas por profissionais da atenção primária em outras configurações reconhecidas pelo SUS. Com essa filtragem, foi possível obter os seguintes dados para análise comparativa e interpretativa.

Tabela 1 – Indicadores quadrimestrais da Atenção Primária à Saúde (eSF e eAP) no município de Ponta Grossa – PR

Período	Pré-Natal (6 consultas)	Pré- Natal (Sífilis e HIV)	Gestantes Saúde Bucal	Cobertura Citopato- lógico	Cobertura Polio e Penta	Hipertensão (PA Aferida)	Diabetes (Hemo- globina Glicada)
2025	70%	80%	62%	21%	76%	26%	23%
2024	50%	59%	45%	23%	85%	23%	21%
2023	60%	78%	53%	20%	65%	11%	11%
2022	55%	71%	37%	19%	84%	11%	9%

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) com dados organizados pelas autoras (2025).

Os dados sugerem maior acesso e qualificação do pré-natal, o que contribui diretamente para a redução de riscos gestacionais. Apesar de ainda estar abaixo da cobertura ideal, o crescimento mostra um esforço local para integrar o cuidado odontológico

às práticas da APS com gestantes — componente muitas vezes negligenciado. A baixa cobertura do exame citopatológico revela um importante gargalo da APS em Ponta Grossa. Fatores como busca ativa insuficiente, barreiras de acesso e ausência de ações educativas podem estar envolvidos. A vacinação infantil mostra instabilidade, o que pode comprometer a proteção coletiva e refletir fragilidades na vigilância em saúde, agenda programada ou hesitação vacinal. O aumento indica melhor organização das ações de acompanhamento de crônicos, embora o valor ainda esteja aquém do ideal. A pressão arterial é um exame de rotina, e os números baixos podem sinalizar dificuldades no registro ou baixa adesão de pacientes. Embora ainda baixo, o crescimento mostra esforços na linha do cuidado ao diabetes, com possível ampliação do acesso a exames laboratoriais e maior controle da doença pela APS.

A APS de Ponta Grossa apresenta avanços consistentes na atenção à saúde da mulher, no cuidado de condições crônicas e no pré-natal. Contudo, a cobertura do exame citopatológico e a instabilidade vacinal são pontos críticos que demandam ações estratégicas urgentes. O aumento nos indicadores de hipertensão e diabetes aponta para melhora na organização dos serviços, mas ainda abaixo do esperado, revelando espaço para fortalecimento da longitudinalidade e do cuidado programado. Para compreender de forma mais abrangente os avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) em Ponta Grossa, é relevante contrastar seus indicadores com os de outros municípios de referência no estado do Paraná. Nesse sentido, a cidade de Curitiba — capital estadual, com maior densidade populacional, estrutura de serviços mais consolidada e histórico de investimentos em saúde pública

— apresenta-se como um parâmetro pertinente para análise comparativa. Essa aproximação possibilita identificar desigualda-

des regionais, avaliar a efetividade das estratégias locais e refletir sobre boas práticas que podem ser adaptadas ou replicadas em contextos distintos, contribuindo para o fortalecimento das redes de atenção à saúde em todo o território.

Tabela 2 – Indicadores da saúde da gestante da APS (eSF e eAP): comparação entre Ponta Grossa e Curitiba – PR (relatório quadrimestral).

Período	Pré-Natal (6 consultas)		Pré-Natal (Sífilis e HIV)		Gestantes Saúde Bucal	
	Curitiba	P. Grossa	Curitiba	P. Grossa	Curitiba	P. Grossa
2025	52%	70%	68%	80%	60%	62%
2024	49%	50%	67%	59%	57%	45%
2023	57%	60%	76%	78%	61%	53%
2022	69%	55%	85%	71%	74%	37%

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) com dados organizados pelas autoras (2025).

A cidade de Ponta Grossa demonstra avanços consistentes no acesso e continuidade do cuidado pré-natal, enquanto Curitiba sofre uma tendência de redução, que pode refletir desafios organizacionais, como evasão das gestantes, falhas na captação precoce ou registro incompleto. Apesar de Curitiba manter melhor desempenho em 2022 e 2023, é Ponta Grossa que mostra tendência de evolução positiva, indicando esforços locais para integrar testagens essenciais no pré-natal. A cobertura em saúde bucal materna teve melhora significativa em Ponta Grossa, ultrapassando Curitiba em 2025. Isso pode refletir uma reorganização da oferta odontológica no pré-natal ou maior integração entre as equipes de saúde bucal e ESF. A cobertura em saúde bucal materna teve melhora significativa em Ponta Grossa, ultrapassando Curitiba em 2025. Isso pode refletir uma reorganização da oferta odontológica no pré-natal ou

maior integração entre as equipes de saúde bucal e ESF. A cidade de Ponta Grossa apresenta melhorias consistentes nos três indicadores analisados, especialmente em pré-natal ampliado e saúde bucal, demonstrando avanços na estruturação da APS voltada à saúde materna. Curitiba, embora parta de patamares mais altos em 2022, evidencia uma tendência de queda em todos os indicadores, o que pode indicar fragilidades recentes no acompanhamento gestacional, possivelmente associadas à reorganização dos serviços ou à sobrecarga da rede.

Tabela 3 – Indicadores da prevenção e diagnóstico precoce, imunização infantil e a atenção às condições crônicas como hipertensão e diabetes da APS (ESF e eAP): comparação entre Ponta Grossa e Curitiba – PR (relatório quadrimestral).

Período	Cobertura Citopatológico		Cobertura Polio e Penta		Hipertensão (PA Aferida)	
	Curitiba	P. Grossa	Curitiba	P. Grossa	Curitiba	P. Grossa
2025	33%	21%	71%	76%	18%	26%
2024	30%	23%	67%	85%	18%	23%
2023	22%	20%	84%	65%	18%	11%
2022	11%	19%	68%	84%	14%	11%

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) com dados organizados pelas autoras (2025).

Apesar dos baixos percentuais em ambos os municípios, Curitiba demonstra tendência de recuperação, enquanto Ponta Grossa permanece estagnada, indicando possível falha na busca ativa, adesão das usuárias ou registro de procedimentos. Ambas as cidades enfrentam oscilações vacinais preocupantes, possivelmente ligadas a hesitação vacinal, desafios logísticos e campanhas irregulares. Ponta Grossa apresenta melhor desempenho geral, mas a

queda em 2023 merece atenção. Ponta Grossa se destaca nesse indicador, refletindo melhorias na organização das ações de cuidado a condições crônicas. Curitiba, apesar de ser uma capital, não mostra evolução expressiva, o que pode apontar para dificuldades na gestão de usuários hipertensos na APS. A comparação revela que nenhum dos dois municípios apresenta desempenho positivo e constante nos indicadores, reforçando os desafios comuns à Atenção Primária, mesmo em cidades com perfis distintos. Entretanto, Ponta Grossa se destaca positivamente no manejo da hipertensão e na cobertura vacinal, enquanto Curitiba demonstra recuperação mais clara no exame citopatológico, indicando caminhos distintos de priorização e organização dos serviços. Diante da análise realizada, é possível concluir que a Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Ponta Grossa apresenta avanços significativos, especialmente no cuidado pré-natal e no acompanhamento de condições crônicas, quando comparada à capital Curitiba. Embora ambas as cidades enfrentam desafios importantes, como a baixa cobertura do exame citopatológico e a oscilação nas taxas de imunização, Ponta Grossa demonstra maior consistência em determinados indicadores e revela esforço local na reorganização dos serviços. A comparação evidencia não apenas as desigualdades regionais, mas também a relevância da gestão local e do fortalecimento das equipes da APS para garantir o acesso, a integralidade e a continuidade do cuidado. Esses resultados reforçam a importância da APS como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde, destacando seu potencial resolutivo quando devidamente articulada às necessidades da população e sustentada por políticas públicas comprometidas com a equidade e a qualidade do cuidado.

A atenção secundária no contexto das redes de atenção à saúde

A atenção secundária é um dos níveis de complexidade do cuidado em saúde que também compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Se caracteriza como a atenção que oferece serviços especializados e complementares à atenção primária e terciária à saúde garantindo a continuidade, integralidade e resolutividade do cuidado. Segundo Mendes (2011), a atenção secundária faz parte da lógica das RAS e atua como um dos pontos de atenção que oferece serviços especializados ambulatoriais e hospitalares de média complexidade. A APS aciona seus serviços quando identifica a necessidade de avaliações mais aprofundadas ou intervenções específicas que fogem de sua capacidade resolutiva. Mendes (2011) também enfatiza que a efetividade da atenção secundária depende da comunicação eficiente com a atenção primária e que essa integração é vital para evitar a fragmentação do cuidado e garantir que o paciente retorne a APS após a intervenção especializada, para dar continuidade ao tratamento.

A atenção secundária, conforme a visão de Mendes e outros autores como Paim (2009) e Giovanella (2008), a atenção secundária possui as seguintes características:

- Acesso regulado, normalmente via encaminhamento da APS.
- Atenção ambulatorial especializada, com consultas com médicos especialistas (como cardiologistas, neurologistas, endocrinologistas, entre outros).
- Exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos de média complexidade, como endoscopias, ultrassonografias, pequenas cirurgias, etc.

- Serviços organizados em Centros de Especialidades, Policlínicas, Centros de Diagnóstico, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), entre outros.
- Atua como elo entre a APS e a atenção terciária, sendo fundamental para a continuidade do cuidado.

Para Mendes (2011), a atenção secundária deve ser estruturada dentro de linhas de cuidado e redes temáticas, de forma a garantir:

- **Integralidade:** nenhum usuário deve ficar sem atendimento por não ter acesso a um serviço de média complexidade.
- **Coordenabilidade:** precisa funcionar de forma articulada com a APS e deve ser a ordenadora do cuidado.
- **Longitudinalidade:** o usuário deve ter seu percurso de saúde acompanhado, mesmo ao transitar entre diferentes níveis de atenção.

A atenção secundária é um pilar estratégico no SUS, especialmente no que se refere à garantia do acesso especializado, da resolutividade clínica e da continuidade do cuidado. Como afirmado por Mendes (2011), sua organização deve ser feita de forma regionalizada, integrada e em rede, garantindo que o usuário transite com segurança entre os diferentes níveis de atenção.

Relação da Atenção Secundária com a Atenção Primária e Terciária no SUS

A atenção secundária é um elo intermediário e estratégico dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, conectando os serviços da atenção primária aos da atenção terciária, garantindo a continuidade, integralidade e resolutividade do cuidado.

Quando pensamos na relação com a atenção primária à saúde (APS), devemos entender que esta é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, responsável pela atenção básica e pela coordenação do cuidado. Quando os casos excedem sua capacidade resolutiva, a APS realiza encaminhamentos regulados para a atenção secundária. O fluxo para a execução dos serviços deve ser pensado da seguinte forma:

- A APS identifica, acolhe e acompanha o usuário em sua trajetória de saúde.
- A atenção secundária oferece apoio diagnóstico, terapêutico e especializado.
- A secundária deve dialogar com a APS por meio de mecanismos como a referência e contrarreferência, mantendo a comunicação entre os níveis.

Já a atenção terciária, envolve serviços de alta complexidade, como cirurgias de grande porte, internações em UTIs, procedimentos de alta tecnologia e cuidados prolongados. A atenção secundária atua como um filtro clínico, identificando casos que exigem a atenção terciária. Nesse caso, o fluxo para a execução de serviços deve ser pensado da seguinte forma:

Quando o problema de saúde do usuário é de média complexidade, a atenção secundária deverá resolver.

Se houver necessidade de procedimentos de alta complexidade, a atenção secundária realiza o encaminhamento regulado para a atenção terciária.

De acordo com Mendes (2011), essa organização evita a super utilização dos serviços hospitalares de alta complexidade e ajuda a manter a racionalidade na alocação de recursos do sistema. Também enfatiza a necessidade da interdependência entre os níveis de atenção à saúde, ou seja, para que o SUS funcione com eficiência e equidade, é fundamental que os três níveis de atenção estejam

integrados por sistemas de informação, protocolos clínicos e fluxos de cuidado bem definidos, haja regionalização e regulação do acesso, com base nas necessidades da população e que o usuário transite entre os níveis sem rupturas no cuidado.

Serviço de Atenção Domiciliar nas Redes de Atenção à Saúde

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito da atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma estratégia que visa proporcionar cuidados de saúde no ambiente domiciliar para pacientes que, embora necessitem de acompanhamento contínuo, não requerem internação hospitalar. Esse serviço é essencial para garantir a continuidade do cuidado, especialmente para indivíduos com condições crônicas, em reabilitação ou em situações de pós-internação. A atenção domiciliar na atenção secundária é indicada para pacientes que apresentam limitações de mobilidade, necessitam de cuidados contínuos e possuem um ambiente domiciliar adequado para receber os serviços. Além disso, é fundamental que haja um cuidador disponível para auxiliar nas atividades diárias e colaborar com a equipe de saúde.

O SAD está inserido nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são estruturas organizativas do SUS destinadas a garantir a integralidade do cuidado por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Na prática, a atenção domiciliar atua como um elo entre a atenção primária, responsável pelo acompanhamento contínuo e preventivo, e a atenção terciária, que envolve serviços de alta complexidade. Essa integração permite que o paciente transite de forma mais fluida entre os diferentes níveis de cuidado, conforme suas necessidades clínicas. Podemos citar como exemplo, um paciente que recebe

alta hospitalar após um procedimento cirúrgico pode ser encaminhado para o SAD, garantindo a continuidade do tratamento e a monitorização de sua recuperação no domicílio. Simultaneamente, a equipe de atenção primária pode acompanhar o caso, promovendo ações de prevenção e educação em saúde.

No Brasil, o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar passou a existir a partir de 1990, seguindo a tendência mundial. O uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar (BRASIL, 2014).

Mendes (2011) apresenta a RAS como “conjunto articulado de ações e serviços de saúde realizados por diferentes dispositivos e pontos de atenção” para uma mesma população e explica que o SAD é um dispositivo da atenção secundária, porém articulado com os demais níveis, ou seja, é uma porta de entrada e saída que integra a rede e que assegura continuidade ao permitir que o cuidado hospitalar continue no domicílio, garantindo retorno e acompanhamento após altas.

Os principais benefícios do SAD incluem a humanização do cuidado, a redução de internações hospitalares, a diminuição do risco de infecções nosocomiais e a promoção da autonomia do paciente. Além disso, o cuidado no domicílio pode ser mais confortável para o paciente e sua família, favorecendo a adesão ao tratamento. Entretanto, a implementação efetiva do SAD enfrenta desafios, como a necessidade de recursos humanos capacitados, a disponibilidade de equipamentos adequados e a garantia de infraestrutura logística para o deslocamento das equipes. Além disso, é fundamental assegurar a comunicação eficiente entre os diferentes níveis de atenção e a integração dos sistemas de informação

em saúde. Em relação a conexão direta com as Redes de Atenção à Saúde, o SAD se constitui como “ponto de atenção secundária” que cumpre os requisitos fundamentais das RAS:

Território: atua nas microáreas definidas pela atenção primária; Cuidado contínuo: sustenta a transição entre hospital e ambulatorial; Acolhimento da integralidade: *in loco*, com olhar centrado na pessoa; Regulação e coordenação: através de protocolos e pactos.; Uso de sistemas informacionais: monitorando processos, indicadores e qualidade do serviço.

Serviço de atenção domiciliar da cidade de Ponta Grossa

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) na cidade de Ponta Grossa iniciou-se no ano de 2022 e organiza-se a partir de um fluxograma que define etapas claras para admissão e alta de pacientes. Conforme o fluxograma elaborado pela Prefeitura de Ponta Grossa (2023), o “Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) é coadjuvante ao atendimento ambulatorial, prevenindo a internação hospitalar, sendo responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) com o cuidador, pessoa capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades cotidianas, podendo ser membro da família ou não. Visa como melhoria à ampliação do cuidado ao usuário do SUS com agravos de saúde, que possa receber atendimento humanizado, no conforto do seu lar, juntamente dos seus familiares. A atenção familiar aliada à assistência é de grande importância para a recuperação da doença. Usuários submetidos a cirurgias, por exemplo, poderão ser atendidos em casa e terão redução de riscos de contaminações e infecções. O serviço se caracteriza pela reabilitação em domicílio por profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia,

nutrição, enfermagem, atendimento pela assistência social e vacinação para pacientes acamados, avaliados e triados nas Unidades de Saúde (US). Somente será realizado o atendimento domiciliar em pacientes restritos ao leito, exclusivamente do sistema SUS e domiciliados no Município de Ponta Grossa.” O SAD atualmente presta os seguintes serviços: Fisioterapia motora e respiratória; Avaliação, orientação e prescrição nutricional; Avaliação e tratamento de disfagia; Orientações e cuidados nas lesões por pressão; Troca de Gastrostomia Percutânea; Troca de Sonda Vesical de Demora dos pacientes acamados restrito ao leito, os quais não conseguem se deslocar até a UBS de referência; Acompanhamento e orientação de higiene bucal; Acompanhamento e orientação psicológica para o paciente acamado e/ou cuidador; Paciente em vulnerabilidade social.

Em relação às visitas domiciliares, são realizadas de maneira periódica com base no plano de atendimento da equipe. Os casos que não se enquadram no programa de atendimento domiciliar como cadeirantes, pacientes com possibilidades de locomoção, são encaminhados para os serviços ambulatoriais do município ou receberão alta conforme avaliação realizada pela equipe e encaminhados para a unidade de sua região (PONTA GROSSA, 2023). O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Ponta Grossa vem passando por um processo de reestruturação em consonância com os princípios da integralidade e da continuidade do cuidado propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, a porta de entrada para o serviço era, predominantemente, as Unidades de Saúde da Atenção Primária. Essa prática, embora comum em muitos municípios brasileiros, revela uma fragilidade no desenho do cuidado domiciliar, pois desconsidera um dos principais dispositivos de transição assistencial: a alta hospitalar.

Conforme aponta Eugênio Vilaça Mendes (2011), o cuidado em saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) deve estar centrado nas necessidades do usuário ao longo do tempo, articulando os diferentes pontos da rede, com mecanismos efetivos de regulação, referência e contrarreferência. Nesse sentido, restringir o SAD apenas à demanda proveniente da atenção básica representa um desalinhamento com os pressupostos da integralidade do cuidado, pois inviabiliza a continuidade da assistência após a desospitalização, momento crítico que demanda planejamento e suporte clínico adequado para prevenir reinternações, agravos e sobrecarga familiar. Estudos e normativas do Ministério da Saúde, como a Portaria nº 963/2013, que institui as diretrizes do Melhor em Casa, reforçam que o SAD deve ser um componente estratégico da atenção secundária e funcionar como ponto de cuidado intermediário entre a alta complexidade hospitalar e os serviços de base territorial, acolhendo inclusive pacientes com condições crônicas, quadros agudos estabilizados ou em cuidados paliativos. A não inclusão de pacientes pós-alta hospitalar compromete o papel do SAD como elo da continuidade assistencial, além de ferir o princípio da integralidade que rege o SUS. A reestruturação atualmente em curso no município de Ponta Grossa visa corrigir essa distorção histórica, ampliando o escopo de entrada do SAD para incluir usuários provenientes da rede hospitalar, por meio de fluxos regulatórios mais bem definidos e articulados com a Central de Regulação e os hospitais de referência. Esta medida não apenas qualifica o cuidado domiciliar, mas também contribui para a racionalização do uso de leitos hospitalares e a humanização da assistência em saúde.

A implementação de fluxos integrados entre a atenção hospitalar, a atenção primária e o SAD é indispensável para que o cuidado domiciliar exerça sua função estratégica no modelo de

redes. Como defende Mendes (2011), a fragmentação dos serviços compromete a efetividade do sistema e penaliza o usuário com descontinuidade e desassistência, exigindo, portanto, modelos organizacionais centrados no percurso do usuário e não nas estruturas institucionais isoladas.

A atenção terciária no contexto das redes de atenção à saúde

A atenção terciária configura-se como o nível mais complexo do sistema de atenção à saúde, sendo responsável pelo tratamento de casos graves, agudos ou crônicos. É composta, em sua maioria, por hospitais de grande porte e hospitais universitários, que concentram unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, serviços diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade, além de tecnologias avançadas. Seu papel é fundamental nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), oferecendo suporte resolutivo para condições que não podem ser tratadas nos demais níveis assistenciais, especialmente aquelas que demandam intervenções especializadas e de alta densidade tecnológica (BRASIL, 2022).

Com o objetivo de alinhar a atenção terciária aos princípios das RAS e das redes temáticas, foi instituída, por meio da Portaria nº 3.390/2013, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Essa política estabelece os hospitais como pontos de atenção à saúde inseridos em regiões de saúde definidas, com populações específicas, e orienta a estruturação das linhas de cuidado contínuo (Souza et al., 2018).

Historicamente, o modelo assistencial brasileiro concentrou-se nos hospitais, com forte ênfase em ações curativas, o que resultou na desvalorização da atenção primária e das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo para a fragmentação do sistema. Em teoria, o acesso à atenção terciária

ria deve ocorrer mediante encaminhamentos oriundos dos outros níveis de atenção, exceto em casos de urgência e emergência. Nesse contexto, a atenção terciária deve assumir um papel fundamental na continuidade e integralidade do cuidado. Superar o modelo hospitalocêntrico implica fortalecer a atenção primária como ordenadora do cuidado e estruturadora das redes, conferindo à atenção terciária uma função complementar, integrada e coordenada, orientada pela lógica do cuidado contínuo (Batista et al., 2019; Mendes, 2011).

No âmbito das RAS, a atenção terciária deve operar de maneira articulada, sobretudo com a atenção primária, por meio de fluxos efetivos de referência e contrarreferência. Sua atuação deve ser compreendida como parte de um processo contínuo, e não como ponto de partida do cuidado. Essa integração é fundamental para reduzir a fragmentação do sistema, melhorar os desfechos clínicos e a trajetória dos pacientes, além de otimizar recursos e racionalizar os fluxos assistenciais (Santos, et al.; 2021).

A regulação do acesso hospitalar no SUS é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, por meio da disponibilização dos serviços às centrais de regulação, conforme previsto na Portaria nº 3.907/2016 e na Política Nacional de Regulação, além dos pactos estabelecidos nas instâncias intergestores (Souza et al., 2018).

Contudo, a realidade demonstra que essa articulação entre os níveis de atenção ainda é limitada. Observa-se um sistema fragmentado, onde a atenção terciária é frequentemente sobrecarregada com demandas que poderiam ser resolvidas na atenção primária ou secundária. Isso resulta em desperdício de recursos, sobrecarga dos hospitais e prejuízos à resolutividade e à fluidez do cuidado.

Para que a atenção terciária cumpra efetivamente seu papel nas redes, é imprescindível que seus serviços sejam organizados com qualidade, segurança e efetividade. No entanto, muitos hospitais enfrentam sérias limitações estruturais e operacionais, que comprometem a qualidade do cuidado hospitalar, como falhas diagnósticas e terapêuticas, inadequações na realização de exames e procedimentos, lentidão nos fluxos de cuidado, falhas de comunicação e ausência de educação permanente para os profissionais de saúde (Mendes, 2011; Brasil, 2016). Diante desses desafios, torna-se imperativo repensar a função estratégica da atenção terciária no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, reconhecendo-a não apenas como prestadora de serviços de alta complexidade, mas como elo fundamental de um sistema integrado, centrado nas necessidades dos usuários. A superação das fragilidades estruturais e operacionais dos hospitais exige investimentos contínuos, reorganização dos processos de trabalho, incorporação de tecnologias apropriadas e fortalecimento da articulação com os demais níveis de atenção. A integração efetiva entre atenção primária, secundária e terciária está associada à melhoria dos desfechos clínicos, à redução de hospitalizações evitáveis e ao uso mais eficiente dos recursos públicos (Lima et al., 2021). Além disso, os hospitais universitários desempenham papel estratégico ao articular assistência, ensino e pesquisa, sendo considerados espaços de inovação e qualificação profissional com potencial de induzir mudanças organizacionais e tecnológicas no sistema de saúde. Assim, a consolidação da atenção terciária como componente qualificado e articulado das RAS é condição indispensável para a efetivação de um cuidado mais resolutivo, integral e equitativo (Santos; Souza; Moura, 2022).

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais nas Redes de atenção à saúde

O Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG), anteriormente denominado Hospital Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva, foi inaugurado em 31 de março de 2010. Inicialmente, os atendimentos eram nos ambulatorios especializados, além de serviços nas áreas de clínica cirúrgica, clínica médica e unidade de terapia intensiva adulto (UTI). Em 2013, a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) assumiu a administração hospitalar, conferindo-lhe o caráter de hospital-escola. A partir de então, passou a ser denominado Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG), nome mantido até os dias atuais.

Sob a gestão da UEPG, o hospital ampliou significativamente sua estrutura física e assistencial, possibilitando a criação de novos serviços como as clínicas infectológica e neurológica, a unidade de terapia intensiva neonatal, o pronto atendimento e a maternidade. Essa expansão consolidou o HU-UEPG como referência regional em atendimento hospitalar de média e alta complexidade, além de fortalecer seu papel na formação profissional por meio da implementação de programas de residência médica, multiprofissional e uniprofissional voltados à qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o advento da pandemia de COVID-19, em 2020, foi firmada uma parceria entre a UEPG, a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa e a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Essa colaboração resultou na transferência temporária dos serviços materno-infantis do HU-UEPG, incluindo maternidade, UTIs neonatal e pediátrica, clínica cirúrgica pediátrica e atendimentos relacionados, para as instalações do Hospital da Criança. Já em 2021, a UEPG oficializou a solicitação de doação do pré-

dio do Hospital da Criança, visando à implantação do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMAI), iniciativa que reforçou o compromisso institucional com a atenção integral à saúde da mulher e da criança. Tanto o HU-UEPG quanto o HUMAI são instituições públicas, mantidas com recursos do Governo do Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Prestam assistência exclusivamente a usuários do SUS, abrangendo as 3^a, 4^a e 21^a Regionais de Saúde. A área de cobertura inclui 18 municípios da região dos Campos Gerais: Arapoti, Cândido de Abreu, Carambeí, Castro, Imbaú, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Ortigueira, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, Reserva, São João do Triunfo, Sengés, Telêmaco Borba, Tibagi e Ventania.

Os fluxos assistenciais da instituição seguem diretrizes reguladas pelo SUS. O atendimento ambulatorial especializado (atenção secundária) ocorre mediante encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), podendo evoluir para internação hospitalar, conforme a complexidade do caso. Além disso, o hospital também recebe pacientes por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), respeitando a disponibilidade de leitos para situações de urgência e emergência.



Fonte: HU-UEPG, 2025.

As relações interinstitucionais estabelecidas pelo HU-UEPG e HUMAI são amplas e estratégicas. Articulam-se com Unidades de Saúde da Família, UBS, Centro Municipal de Especialidades de Ponta Grossa, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Secretarias Municipais de Saúde. Também mantêm vínculo com a Rede de Atenção Socioassistencial, composta por instituições de diferentes níveis de complexidade, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), o Centro Municipal de Atendimento à Mulher (CMAM), instituições de acolhimento para crianças e adolescentes, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), organizações não governamentais (ONGs) e entidades filantrópicas dos municípios de sua área de abrangência.

Essa rede articulada fortalece o papel dos hospitais universitários enquanto pontos de atenção terciária comprometidos com

a integralidade do cuidado, a formação de profissionais e a construção de soluções intersetoriais no âmbito das políticas públicas de saúde e assistência social.

Nesse contexto, o momento da alta hospitalar no HU-UEPG representa uma etapa estratégica na garantia da continuidade do cuidado. Ao receber alta, o paciente é devidamente orientado quanto aos cuidados pós-hospitalares e aos pontos da rede intersetorial com os quais deve manter vínculo, assegurando a integralidade e a continuidade da atenção. O HU-UEPG realiza articulações diretas com a rede. Essa articulação pode incluir, por exemplo, o encaminhamento de relatório social, com o objetivo de subsidiar o acompanhamento do caso após a desospitalização. Entre essas instituições destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros que integram os níveis de atenção e apoio comunitário. Tal prática reforça o papel do hospital universitário não apenas como executor de cuidados especializados, mas também como agente coordenador do cuidado em rede, contribuindo para a efetivação de uma atenção integral, resolutiva e humanizada.

Promoção da Saúde e Educação na Atenção Primária

A promoção da saúde e a educação na APS fundamentam-se na criação de **vínculos e na continuidade** do cuidado, estabelecendo uma relação de confiança entre profissionais e a comunidade para gerar um verdadeiro **empoderamento** dos cidadãos. Esse processo é impulsionado por **campanhas de saúde** que utilizam mídias sociais e eventos comunitários para disseminar informações, ao mesmo tempo em que o **compartilhamento de conhecimento** em ambientes educativos fortalece a base do saber coletivo. A estratégia visa alcançar uma **mudança de com-**

portamento efetiva, incentivando hábitos saudáveis — como alimentação equilibrada e o combate ao tabagismo — por meio da **alfabetização em saúde**, que simplifica conceitos técnicos para a população. Por fim, todo esse ecossistema é sustentado pela **participação popular**, garantindo que as ações sejam democráticas e centradas nas necessidades reais da comunidade, servindo como o norte para uma assistência mais humana e resolutiva.



Fonte: os autores com auxílio de IA.

Referências

BATISTA, S. R.; et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043–2052, jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMA-Q-AB) – 3º ciclo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção domiciliar no sus** : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da saúde. organização Pan-americana da saúde. – Brasília : Ministério da saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

GIOVANELLA, Lígia et al. Política de saúde e organização do sistema de serviços: programas, instituições e atores. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 367-420.

LIMA, R. T. S. et al. Atenção terciária e redes de atenção à saúde: desafios para a integração e a resolutividade do cuidado hospitalar no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4567-4576, 2021.

MARTINELLI, N L; et al. Regionalização e Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 4, dez. 2022.

MELONI, D. R. **Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

MENDES, Jr., W. V. **Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para Brasil. 2000**. dissertação (Mestrado em Medicina) – Rio de Janeiro, Universidade Federal do rio de Janeiro, Instituto de Medicina social, 2000.

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

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PONTA GROSSA (Município). **Fluxograma do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)**. 1. ed. Ponta Grossa: Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, 2023. Material gráfico.

SANTOS, L. A.; SOUZA, M. F.; MOURA, B. R. O papel estratégico dos hospitais universitários no fortalecimento das redes de atenção à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

SANTOS, R. C.; et al. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 19, n. 69, p. 51-65, jul./set. 2021.

SOUZA, E.D; et al. As redes de atenção à saúde no Brasil: perspectivas e desafios da atualidade. **Ciências da Saúde**, V. 27, Out. 2023.

SOUZA, J. S. et al. Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 46–57, 2018.

SOUZA, J. S.; et al. Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 46–57, 2018.

Transformação do sistema de saúde da Ucrânia: da herança pós-soviética ao modelo digital de atenção primária à saúde

Svitlana Borysenko

Resumo

Este estudo apresenta uma análise abrangente e longitudinal da transformação do sistema de saúde da Ucrânia, delineando sua trajetória evolutiva desde o modelo legado de matriz soviética até a consolidação de uma estrutura modernizada e resiliente de Atenção Primária à Saúde (APS). Através da síntese entre o modelo clássico de quatro atributos de Barbara Starfield e o paradigma de *Value-Based Healthcare* de Michael Porter, a pesquisa examina como as reformas sistêmicas implementadas entre 1991 e 2025 enfrentaram desafios demográficos profundos, incluindo a sobremortalidade masculina e o acelerado envelhecimento populacional. Elemento central desta análise é o arcabouço metodológico original da autora para o monitoramento da eficácia das políticas de saúde regional, validado empiricamente por meio de projetos-piloto de larga escala na região de Dnipropetrovsk entre 2011 e 2017. O estudo demonstra que a mudança estratégica do “financiamento de infraestrutura física” para a “compra de resultados em saúde” — viabilizada pelo sistema de capitação e pela autonomia institucional — constituiu o fator decisivo para a estabilização do setor. Ademais, o artigo destaca o papel sem precedentes da resiliência digital; a implementação nacional do *eHealth* e o princípio

de que “o recurso segue o paciente” revelaram-se críticos para a manutenção da continuidade do cuidado durante o cenário de guerra total, dissociando efetivamente os serviços médicos de edifícios físicos vulneráveis. Finalmente, fundamentando-se em uma análise comparativa inédita realizada durante um programa de mobilidade acadêmica no Paraná, Brasil, a autora identifica uma sinergia potente entre a expertise digital ucraniana e a orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS). Em última análise, esta pesquisa sustenta que a experiência ucraniana oferece um modelo de relevância global para a sobrevivência dos sistemas de saúde em contextos de extrema instabilidade, defendendo parcerias acadêmicas trans-hemisféricas para fomentar modelos de gestão adaptativos e transparentes tanto no Hemisfério Norte quanto no Sul.

1 Fundamentos teóricos e metodológicos: conceitos globais e sua adaptação ao contexto Ucraniano

A transformação do sistema de saúde na Ucrânia não deve ser compreendida como um fenômeno isolado ou paroquial; pelo contrário, ela está profundamente imersa e fundamentalmente integrada ao discurso científico global sobre o papel central da atenção primária na garantia da resiliência e sustentabilidade das infraestruturas nacionais de saúde. O arcabouço metodológico que sustenta esta pesquisa foi construído sobre uma síntese sofisticada entre as teorias clássicas de organização de sistemas de saúde e os mandatos estratégicos contemporâneos promulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No centro da fundamentação teórica das reformas ucranianas modernas, ocupa lugar de destaque o conceito de **Atenção Primária à Saúde (APS)**, conforme meticulosamente articulado e rigorosamente desenvolvido nas obras seminais de **Barbara Starfield (1992, 1998)**. De acordo com seus postulados clássicos, a eficiência objetiva e a eficácia sistêmica de qualquer arquitetura de saúde são determinadas pela capacidade do nível primário em operacionalizar quatro atributos fundamentais e indispensáveis:

- **Acesso de Primeiro Contato:** A APS deve funcionar como o “ponto de entrada” definitivo ou o *gatekeeper* para o sistema de saúde mais amplo, garantindo a disponibilidade imediata e de baixa barreira para a assistência médica sempre que o paciente apresente uma nova demanda de saúde.
- **Longitudinalidade (Continuidade do Cuidado):** O estabelecimento e o cultivo de uma aliança terapêutica resiliente e de longo prazo entre o paciente e um médico de família específico. Esta relação longitudinal permite uma consideração holística do histórico médico individual (anamnese) e do contexto socioecológico mais amplo da saúde do sujeito.
- **Integralidade (Comprehensiveness):** A capacidade inerente do sistema de atenção primária em resolver aproximadamente 80–90% de todos os problemas de saúde no nível local, minimizando significativamente a necessidade de encaminhamentos injustificados ou redundantes para especialistas focais do nível secundário.
- **Coordenação:** O papel crítico do médico de família como um “navegador do sistema”, orquestrando e harmonizando ativamente a jornada do paciente através

dos vários escalões de cuidados especializados e intervenções clínicas hospitalares.

A sobreposição deste modelo teórico à realidade ucraniana durante o período pós-soviético revelou contradições sistêmicas profundas. Enquanto o paradigma de Starfield pressupõe um alto grau de autonomia clínica combinada com responsabilidade pessoal pelos resultados dos pacientes, o sistema ucraniano manteve, por décadas, uma estrutura centralizada e inercial. Neste modelo herdado, as policlínicas funcionavam predominantemente em uma capacidade burocrática de “despacho”. Consequentemente, a realização prática desses princípios globais na Ucrânia exigiu não apenas uma reforma radical na infraestrutura regulatória e legal, mas uma mudança fundamental de paradigma mental — uma transição da percepção da medicina como um processo de “manutenção da capacidade de leitos hospitalares” para um modelo de serviço centrado na pessoa e orientado às necessidades específicas do indivíduo.

Em paralelo ao modelo de Starfield, uma “estrela do norte” metodológica crucial para a Ucrânia tem sido a estratégia global de **Cobertura Universal de Saúde (CUS)**, firmemente consagrada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas para 2030. Este quadro conceitual postula que a assistência médica essencial e de alta qualidade deve ser acessível a todos os cidadãos sem o risco iminente de catástrofe financeira para as famílias. Para a Ucrânia, a adoção desta estratégia significou a necessidade imperativa de dismantelar o sistema obsoleto e ineficiente de financiamento orçamentário direto baseado na infraestrutura física e transitar para a compra estratégica de serviços de saúde.

Além disso, a evolução da APS na Ucrânia está intrinsecamente ligada aos marcos históricos da saúde pública internacional:

desde a **Declaração de Alma-Ata (1978)**, que famosamente reconheceu a atenção primária como a chave indispensável para alcançar “Saúde para Todos”, até a **Declaração de Astana (2018)**. Enquanto o documento de Alma-Ata estabeleceu as bases éticas e igualitárias da equidade médica, a Declaração de Astana modernizou esses princípios em resposta aos desafios da digitalização pervasiva e da crescente carga global de doenças não transmissíveis (DNTs). No contexto ucraniano, essa evolução manifestou-se como uma transição deliberada de programas “verticais”, específicos para patologias, para a integração “horizontal” de serviços abrangentes no nível comunitário.

Uma camada adicional de profundidade analítica é fornecida através do prisma do conceito de “**Value-Based Healthcare**” (**Saúde Baseada em Valor**) de Michael Porter. Dentro deste arcabouço, a principal métrica de eficiência sistêmica é reconhecida como o resultado médico objetivo alcançado para o paciente em relação à unidade de fundos públicos despendidos. Para a reforma ucraniana, particularmente no que diz respeito ao estabelecimento e à lógica operacional do Serviço Nacional de Saúde da Ucrânia (NSZU), este conceito tornou-se um argumento fundamental a favor da implementação de indicadores de qualidade rigorosos e modelos de pagamento baseados em capitação (financiamento *per capita*).

2 A escola científica Ucrâniana: adaptação de modelos globais e o conceito de monitoramento da autora

Uma conceituação intelectual abrangente das reformas na Ucrânia é inerentemente impossível sem uma consideração rigorosa das contribuições feitas por acadêmicos nacionais. Estes pesquisadores dedicaram-se a identificar caminhos viáveis para superar a profunda **inércia institucional** e a “dependência de trajetória” (*path dependency*) características do sistema administrativo pós-soviético. Uma contribuição fundamental e pioneira para este processo acadêmico foi feita por **V. M. Lekhan**, cujo extenso corpo de trabalho estabeleceu o alicerce metodológico para a diferenciação estrutural e a delineação clara dos níveis de atenção à saúde. Lekhan argumentou com grande força analítica que, na ausência de uma autêntica autonomia estrutural e operacional para o setor primário, os princípios teóricos articulados por Barbara Starfield permaneceriam inevitavelmente apenas de natureza declarativa. Além disso, a dimensão econômica desta transformação sistêmica ganhou impulso significativo através das pesquisas de **T. V. Yeroshkina (2011)**, que forneceu uma justificativa científica robusta para a implementação de métodos de remuneração do trabalho baseados em evidências. Tais métodos foram posicionados como o incentivo econômico primário e indispensável para que os médicos da APS pudessem aprimorar seu desempenho clínico.

Um lugar distinto e proeminente dentro deste discurso acadêmico é ocupado pela pesquisa conduzida pela autora deste artigo. Em sua tese de doutorado intitulada “*Política de Saúde na Ucrânia durante o Período de 1991–2014*” (**Borysenko S. S., 2019**), a autora não apenas fornece uma retrospectiva histórica da trajetória evolutiva das reformas, mas também articula e formaliza um

conceito original para o **monitoramento da eficácia da política de saúde** em nível subnacional e regional.

Em forte contraste com as abordagens avaliativas tradicionais, que dependem quase exclusivamente de métricas quantitativas de “insumos” — como a contagem de leitos hospitalares ou o número bruto de visitas de pacientes — o conceito da autora fundamenta-se em uma análise multidimensional e holística da “**trajetória do paciente**” e da acessibilidade funcional real dos serviços. Este trabalho demonstra sistematicamente que, para que uma transformação seja genuinamente bem-sucedida, é necessário um sistema robusto de monitoramento contínuo e longitudinal — um sistema que considere meteticulosamente:

- O alinhamento preciso da **infraestrutura material e técnica** das unidades ambulatoriais com as necessidades de saúde reais e localizadas de comunidades específicas.
- A dinâmica sutil e as flutuações na **satisfação pública** em relação à qualidade percebida e à capacidade de resposta dos serviços de APS.
- A eficiência fiscal e operacional da **utilização dos recursos orçamentários** dentro do complexo quadro de descentralização administrativa e financeira.

A análise crítica da autora revelou que, ao longo do período de 1991–2014, um dos principais impedimentos estruturais foi a natureza “declarativa” das reformas: a presença formal de um arcabouço legislativo não era reforçada por mecanismos eficazes e acionáveis de supervisão ou por ciclos de retroalimentação (*feedback loops*) bidirecionais. O **instrumental de monitoramento** desenvolvido pela autora — o qual foi validado empiricamente e rigorosamente testado utilizando a região de Dnipropetrovsk como estudo de caso — permitiu a identificação de uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de autonomia institu-

cional concedido às unidades de saúde e uma melhoria tangível e mensurável nos indicadores de saúde pública.

A fase contemporânea desta discussão acadêmica é ainda enriquecida pelas contribuições de cientistas como **N. P. Kryzina e I. M. Solonenko**, que investigaram as complexas “armadilhas institucionais” e os gargalos inerentes ao período de transição. No entanto, como a autora enfatiza em sua pesquisa, foi especificamente a falta de um aparato de monitoramento sistêmico e baseado em evidências durante as fases iniciais que precipitou um estado de “**hipertrofia hospitalar**”. Neste estado, recursos públicos escassos continuaram a ser desproporcionalmente desviados para a manutenção de infraestruturas físicas obsoletas e ineficientes — um fenômeno coloquialmente conhecido como “financiar as paredes” — enquanto o nível primário de atenção sofria com um subfinanciamento sistêmico crônico.

Atualmente, o discurso acadêmico é representado por pesquisadores que analisam o impacto transformador da digitalização e a influência de estressores ambientais extremos. Pesquisadores como **O. P. Gulchiy e M. V. Golubchykov** sublinham o papel vital do sistema **eHealth** como um instrumento essencial para garantir a transparência e a responsabilidade administrativa — fatores que são absolutamente críticos para garantir investimentos internacionais e o apoio de doadores para o setor.

Uma posição particularmente significativa nas publicações acadêmicas atuais (cobrindo o período de 2022–2025) é ocupada pela análise da **resiliência do sistema de saúde** sob as condições extraordinárias de uma guerra em larga escala. Analistas modernos (especificamente aqueles vinculados ao NHSU e especialistas da Escola de Economia de Kiev) observaram que foi precisamente a descentralização e a autonomia operacional do setor primário — os mesmos princípios defendidos por Lekhan, Yeroshkina e

pela autora — que permitiram ao sistema manter sua integridade governamental e continuidade funcional. O contexto de guerra exigiu refinamentos críticos à teoria da APS: hoje, os acadêmicos ucranianos estão aumentando os atributos clássicos de Starfield com o conceito inovador de **“mobilidade e continuidade sob condições de deslocamento populacional extremo”**. Nesta nova realidade, o perfil digital de saúde do paciente torna-se muito mais crucial para os resultados clínicos do que o acesso físico a qualquer edifício ambulatorial específico de alvenaria.

Consequentemente, a integração do quadro clássico de Starfield, da estratégia global de CUS e da produção intelectual multifacetada da escola científica ucraniana nos permite conceituar a transformação do sistema ucraniano não como um evento fragmentado ou isolado, mas como uma **experiência única e de relevância global** na adaptação de tendências de alto nível a condições de profunda crise existencial e subsequente recuperação.

Concluindo esta visão geral teórica, é imperativo notar que os desafios contemporâneos — incluindo o impacto profundo das hostilidades militares na infraestrutura de saúde — consubstanciam as conclusões anteriores da autora quanto à necessidade absoluta de modelos de gestão flexíveis e adaptativos. Hoje, o pensamento científico ucraniano, baseando-se nos alicerces lançados por Lekhan e Yeroshkina e no quadro de monitoramento regional de Borysenko, está forjando uma expertise única na manutenção da funcionalidade médica sob condições de instabilidade extrema. Neste ambiente, a descentralização e a supervisão digital dos recursos emergiram como os fatores primordiais para a sobrevivência e o desenvolvimento sistêmico.

3 Determinantes demográficos e a crise de reprodução como gatilhos para a reforma da APS

3.1 Gênese da crise demográfica: da “estabilidade soviética” ao “cruzamento demográfico”

A transformação fundamental do sistema de saúde na Ucrânia, na virada do século XXI, não foi meramente um subproduto da vontade política das elites governantes ou uma resposta às exigências externas de instituições financeiras e sanitárias internacionais. Pelo contrário, ela foi imperativamente ditada por uma crise demográfica profunda e sistêmica. Conforme corretamente identificado nos estudos colaborativos conduzidos por **Borysenko S.S. e Yeroshkina T.V. (indexados na base de dados Scopus)**, as características demográficas regionais específicas — particularmente aquelas evidenciadas na região de Dnipropetrovsk — emergiram como os fatores decisivos que necessitaram a transição para um modelo de medicina de família.

Uma análise longitudinal de dados abrangendo o período de 1990 a 2024 permite a identificação de dois estágios fundamentais que geraram a demanda urgente por uma nova política nacional de saúde:

- **O Estágio de Inércia Latente (Pré-1991):** Durante o período soviético tardio, a Ucrânia possuía uma estrutura demográfica típica de sociedades industriais altamente desenvolvidas. Apesar de uma desaceleração gradual nas taxas de reprodução populacional, a república mantinha um crescimento natural positivo. Neste estágio, o sistema Semashko gerenciava seus objetivos de forma eficaz devido a uma imensa redundância de recursos e a uma trajetória de desenvolvimento extensivo. No

entanto, mesmo naquela época, emergia um descompasso estrutural entre uma arquitetura rígida centrada no hospital e os sinais nascentes de um envelhecimento populacional. A vasta rede de policlínicas e instalações de internação foi projetada primordialmente para combater doenças infecciosas agudas e traumas físicos — objetivos que correspondiam às necessidades de uma sociedade mais jovem, mas que se mostravam cada vez mais inadequados para lidar com a carga crescente de patologias crônicas.

- **O Estágio de Depopulação e a “Tesoura Demográfica” (Pós-1991):** O ponto de virada crucial ocorreu em 1991, quando a Ucrânia registrou oficialmente seu primeiro declínio populacional natural — um fenômeno famosamente denominado **“Cruzamento Demográfico”** na literatura científica. A entrada do país em um período de depopulação prolongada tornou o modelo obsoleto de “financiar as paredes” (manutenção da infraestrutura física independentemente dos resultados) econômica e socialmente insustentável.

3.2 Análise de indicadores sociodemográficos: o estudo de caso da região de Dnipropetrovsk

A análise granular apresentada na pesquisa de **Yeroshkina T.V. e Borysenko S. S.** identificou uma série de problemas estruturais críticos que tornaram a reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) uma prioridade imediata. Utilizando a região de Dnipropetrovsk — um dos centros industriais mais significativos da Ucrânia — como um estudo de caso representativo, as autoras documentaram as seguintes tendências destrutivas:

- **Intensificação da Mortalidade e “Sobre mortalidade” Masculina:** O estudo demonstrou uma taxa de mortalidade criticamente alta entre homens em idade ativa. Este fenômeno não apenas inflige graves danos econômicos ao Estado, mas também exige uma mudança fundamental no paradigma da saúde: passar do tratamento episódico de condições agudas para a prevenção sistêmica e de longo prazo de doenças cardiovasculares ao nível do médico de família.
- **Crescimento Natural Negativo e Declínio das Taxas de Natalidade:** A redução sustentada na **Taxa de Fecundidade Total (TFT)** e a deterioração concomitante da saúde reprodutiva (Yeroshkina & Borysenko, 2015) indicam que o sistema deve pivotar para priorizar a saúde materno-infantil dentro do arcabouço da atenção primária, garantindo que a assistência médica seja mais acessível, personalizada e proativa.
- **Envelhecimento Demográfico Avançado:** A proporção crescente de cidadãos em idade de aposentadoria exerce uma carga colossal sobre a infraestrutura social e médica. Uma população idosa exige observação contínua e de longo prazo (**longitudinalidade**), o que é impossível de operacionalizar sem uma instituição robusta de medicina de família. Manter alas hospitalares semipreenchidas em um estado de depopulação consumiu recursos vitais que, sob a reforma, foram redirecionados para a modernização e o reequipamento de unidades ambulatoriais.

3.3 Mudança nos perfis de morbi-mortalidade como fator decisivo na seleção do modelo de APS

Em suas obras acadêmicas, as autoras enfatizam que o envelhecimento demográfico desencadeia inevitavelmente uma mudança no perfil de morbidade — especificamente, uma transição para a dominância das **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. A prevalência crescente de patologias cardiovasculares, condições oncológicas e diabetes mellitus necessita de um modelo de “cuidado proativo”.

Conforme demonstrado na tese de doutorado de **S. S. Borysenko (2019)**, as reformas-piloto de 2011–2014 em regiões selecionadas foram uma tentativa estratégica de responder a esses desafios existenciais. O estabelecimento de Centros de APS aproximou com sucesso o médico do paciente, o que é um requisito crítico para uma população idosa com mobilidade física limitada. A análise conduzida em colaboração com T. V. Yeroshkina confirmou que em regiões industriais como Dnipropetrovsk, a eficiência sistêmica é diretamente dependente da qualidade da medicina preventiva e de rastreamentos de saúde regulares no nível primário.

Em conclusão, a análise dos indicadores sociodemográficos revela que a transição para o modelo de APS na Ucrânia foi impulsionada por processos objetivos de depopulação e envelhecimento. As publicações da autora, particularmente aquelas em coautoria com T. V. Yeroshkina, consubstanciam o fato de que a manutenção da antiga estrutura de saúde levaria apenas a um aumento catastrófico nos gastos públicos ineficientes. Esses desafios demográficos exigem uma mudança total de paradigma: deixar de “tratar a doença” em ambiente hospitalar para focar na “**gestão da saúde**” no nível comunitário, o que se tornou a pedra angular conceitual da reformulação do setor.

4 Evolução do Arcabouço Legislativo: das declarações às mudanças estruturais

O cenário regulatório e jurídico que rege a reforma do setor de saúde na Ucrânia seguiu uma trajetória de desenvolvimento complexa e multifacetada. Essa evolução reflete uma busca contínua e árdua por um equilíbrio viável entre as obrigações sociais historicamente enraizadas do Estado e a introdução de mecanismos pragmáticos baseados no mercado. Como sublinhado na pesquisa de doutorado de **Borysenko S. S. (2019)**, a ausência conspícua de mecanismos de implementação robustos e claros para a legislação durante os primeiros anos pós-soviéticos serviu como o principal catalisador para a “**estagnação institucional**” que caracterizou a década de 1990.

4.1 O estágio fundacional: estabelecimento das bases e o dualismo constitucional

O alicerce do sistema moderno foi lançado pelos “**Fundamentos da Legislação da Ucrânia sobre Cuidados de Saúde**” (Lei nº 280I-XII, de 19 de novembro de 1992). Embora este documento fundacional tenha declarado formalmente o direito universal dos cidadãos à proteção da saúde, ele essencialmente preservou o obsoleto aparato administrativo de comando e controle. Um desafio jurídico crucial surgiu com o **Artigo 49 da Constituição da Ucrânia (1996)**, que garante assistência médica gratuita em instituições estatais e municipais. Essa garantia criou um paradoxo jurídico significativo; posteriormente, uma Decisão do Tribunal Constitucional da Ucrânia (nº 10-1p/2002) esclareceu que a “gratuidade” excluía estritamente taxas oficiais pagas pelos pacientes. Essa interpretação judicial efetivamente paralisou a integração de

modelos contemporâneos de seguro e mecanismos transparentes de copagamento por mais de uma década.

4.2 O estágio do “Grande Piloto” e a diferenciação institucional dos níveis de atenção (2011–2014)

Um salto transformador em direção à operacionalização de um modelo moderno de Atenção Primária à Saúde (APS) foi alcançado através da **Lei da Ucrânia nº 3612-VI (7 de julho de 2011)**, referente à reforma da saúde piloto nas regiões de Vinnytsia, Dnipropetrovsk e Donetsk, bem como na cidade de Kiev. Este ato legislativo foi revolucionário em sua tentativa de codificar várias mudanças estruturais críticas:

- **A Estratificação Formal do Cuidado:** Pela primeira vez, a assistência médica foi legalmente delineada em níveis primário, secundário (especializado) e terciário.
- **Autonomia Institucional:** O estabelecimento de **Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS)** como entidades jurídicas independentes, distintas do legado sistema de policlínicas multiprofissionais.
- **Inovação no Financiamento:** A introdução do financiamento *per capita* (**capitação**), um mecanismo que foi exaustivamente analisado nos trabalhos colaborativos de **Yeroshkina T. V. e Borysenko S. S.** com referência específica aos dados empíricos da região de Dnipropetrovsk. Simultaneamente, a Lei nº 3483-VI (16 de junho de 2011) codificou oficialmente a designação de **“Médico de Família”** como o recurso humano fundamental do setor de atenção primária.

4.3 Transformação sistêmica e o paradigma “o recurso segue o paciente” (2017–2021)

Uma mudança decisiva de paradigma na política legislativa ocorreu com a adoção da **Lei da Ucrânia nº 2168-VIII (19 de outubro de 2017)**, “Sobre Garantias Financeiras Estatais de Atendimento Médico para a População”. Esta legislação histórica redefiniu radicalmente a filosofia de todo o sistema nacional:

- **O Comprador Estratégico:** A criação do **Serviço Nacional de Saúde da Ucrânia (SNSU)** como uma agência de pagador único e comprador exclusivo de serviços de saúde.
- **Integração Digital:** O lançamento nacional do sistema “**eHealth**” (declarações eletrônicas médico-paciente), que *de facto* operacionalizou o atributo de “Primeiro Contato” descrito no modelo clássico de Barbara Starfield.
- **O Programa de Garantias Médicas (PGM):** O estabelecimento de um pacote de benefícios claro e financiado pelo Estado, definindo o escopo específico de serviços garantidos aos cidadãos sem custos diretos do próprio bolso. Além disso, a Lei nº 2206-VIII (14 de novembro de 2017) forneceu as bases jurídicas para a expansão da **telemedicina** e a modernização das redes ambulatoriais em áreas rurais e subatendidas, visando reduzir a lacuna de equidade em saúde entre o urbano e o rural.

4.4 Adaptação do Arcabouço Legislativo à Lei Marcial (2022–2025)

O início da guerra em larga escala necessitou de uma recatificação imediata e de emergência do quadro regulatório para garantir a continuidade dos cuidados médicos vitais. As principais ações legislativas e executivas durante este período incluíram:

- **Decreto do Gabinete de Ministros nº 225 (7 de março de 2022):** Este ato simplificou os procedimentos para que as **Pessoas Internamente Deslocadas (PIDs)** acesassem serviços médicos, permitindo que os pacientes consultem qualquer médico de família sem a necessidade burocrática de assinar novamente uma declaração formal.
- **Decreto do Gabinete de Ministros nº 1464 (27 de dezembro de 2022):** Este decreto estabeleceu protocolos específicos para o Programa de Garantias Médicas sob lei marcial, concedendo ao SNSU a autoridade para efetuar pagamentos fixos a unidades em territórios ocupados ou zonas de combate ativo para manter o potencial de recursos humanos e serviços essenciais.
- **Diretrizes do Ministério da Saúde (ex: nº 446 e nº 507):** Estas regulamentações expandiram o acesso ao programa de reembolso “**Medicamentos Acessíveis**”, permitindo prescrições eletrônicas e em papel em regiões que sofrem com infraestrutura digital e de telecomunicações instável.

Em resumo, a evolução da legislação de saúde ucraniana demonstra uma transição definitiva de uma lógica de governança administrativo-de-comando para uma relação moderna baseada em contratos. O modelo jurídico contemporâneo, ancorado pelo Programa de Garantias Médicas, provou sua extraordiná-

ria flexibilidade e resiliência mesmo sob a coação de uma guerra total. A análise conduzida pela autora, em colaboração com **T. V. Yeroshkina**, confirma que a atual estabilidade do setor de APS foi alcançada precisamente devido à codificação legislativa oportuna da autonomia financeira e gerencial das instituições médicas.

5 Análise dos projetos-piloto da reforma da saúde (2011–2017): objetivos e especificidades regionais

Ocupando uma posição central no arcabouço empírico desta pesquisa, encontra-se a análise crítica e abrangente do experimento estatal de larga escala voltado à transformação fundamental do sistema de prestação de serviços de saúde, iniciado oficialmente em 2011. Em conformidade com a Lei da Ucrânia nº 3612-VI, quatro entidades administrativas distintas foram designadas como regiões-piloto para esta intervenção estratégica: as regiões de Vinnytsia, Dnipropetrovsk e Donetsk, além da cidade de Kiev.

5.1 Conteúdo e objetivos do experimento nacional

Conforme meticulosamente documentado nas contribuições acadêmicas de **V. M. Lekhan e V. G. Ginzburg**, o objetivo primordial desses projetos-piloto consistia na testagem rigorosa e na validação de um novo modelo organizacional e financeiro de assistência médica antes de sua implementação integral em todo o território nacional. As iniciativas-piloto abrangeram duas trajetórias estratégicas principais:

- **A Reforma da Atenção Primária à Saúde (APS):** Este processo envolveu a separação estrutural do nível de

atenção primária das tradicionais policlínicas multiprofissionais e o estabelecimento formal de **Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS)** como entidades jurídicas autônomas. A missão primordial foi a institucionalização da medicina de família e a operacionalização do princípio de que “o recurso segue o paciente” (*money follows the patient*), por meio de um sofisticado mecanismo de financiamento baseado em capitação.

- **A Modernização dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/Emergência):** Este componente da reforma é frequentemente citado por pesquisadores (com destaque para os trabalhos de **N. P. Kryzina**) como uma das conquistas iniciais mais bem-sucedidas. A reforma determinou a centralização dos serviços de despacho e a clara delinação funcional entre o atendimento de emergência (risco iminente de morte) e o atendimento de urgência (casos não fatais). Essa mudança estrutural reduziu significativamente o tempo de resposta das equipes de ambulância, embora tenha enfrentado, simultaneamente, gargalos logísticos substanciais em distritos rurais remotos.

Embora a fase ativa da reforma sob a Lei nº 3612-VI estivesse originalmente prevista para ser concluída até o final de 2014, os processos reais de reorganização e refinamento institucional estenderam-se até o final de 2017. Naquele momento, a adoção de uma nova lei de garantias financeiras permitiu o escalonamento dessa experiência-piloto para todo o território nacional. Consequentemente, o período “piloto” serviu como uma fase de transição indispensável, que permitiu aos formuladores de políticas identi-

ficar riscos sistêmicos e vulnerabilidades institucionais antes do lançamento da reforma nacional abrangente do SNSU.

5.2 Monitoramento autoral e resultados empíricos

Na tese de doutorado da autora (Borysenko S. S., 2019), apresenta-se uma análise profunda e granular da implementação desses projetos na região de Dnipropetrovsk. Esta região emergiu como um laboratório sociopolítico único, onde a reforma enfrentou uma resistência institucional máxima, tanto por parte da comunidade médica — habituada à hiperespecialização — quanto da população em geral, que permanecia cética em relação a mudanças sistêmicas.

As principais conclusões do monitoramento e análise autoral incluem:

- **Eficiência Institucional:** A pesquisa da autora confirmou empiricamente que a separação jurídica dos CAPS em entidades autônomas foi o fator primordial para garantir a transparência financeira. Estabeleceu-se que, sob o sistema legado (onde a atenção primária estava integrada em associações médicas territoriais ou hospitais multiprofissionais), os fundos da atenção primária eram tipicamente alocados de acordo com um “princípio residual”. A criação de Centros autônomos conferiu aos administradores da APS o poder de gerir orçamentos de forma independente, permitindo a aquisição direta de equipamentos e insumos farmacêuticos especificamente para as unidades ambulatoriais locais.
- **Análise Sociológica de Acessibilidade e Qualidade:** A autora conduziu um levantamento representativo com residentes e profissionais de saúde na região de Dni-

propetrovsk. A análise desses dados revelou um padrão psicológico e comportamental crítico:

- Apesar de um alto nível de ceticismo generalizado no início da reforma, os pacientes que foram atendidos de forma consistente por um único médico de família por um período superior a dois anos demonstraram um nível de confiança **40% superior** ao daqueles que continuaram a utilizar os serviços das policlínicas tradicionais.
- Registrou-se definitivamente que a vinculação estável de um médico específico a uma família (o princípio da **longitudinalidade**) constitui o fator decisivo para aumentar a **adesão terapêutica** (*compliance*) do paciente e a fidelidade aos protocolos de tratamento para patologias crônicas.
- **Barreiras Críticas e “Dores de Crescimento”:** A pesquisa autoral forneceu uma descrição detalhada dos fatores que impediram o pleno sucesso do piloto:
 - **Déficits de Recursos Humanos:** Em áreas rurais da região de Dnipropetrovsk, a escassez de médicos de APS atingiu marcas de 30% a 40%, resultando em uma carga de trabalho extraordinária e insustentável para o pessoal remanescente.
 - **Lacuna Tecnológica:** O estudo documentou um nível extremamente baixo de informatização nos postos de trabalho dos médicos durante o período 2011–2014, o que tornou a implementação plena de um registro digital de pacientes funcionalmente impossível naquele momento.
 - **Resistência de Especialistas Secundários:** A autora observa que a reforma da APS foi percebida pelos

especialistas de nível secundário como uma ameaça direta ao seu status profissional e segurança financeira, o que precipitou conflitos internos significativos no ambiente médico.

5.3 Significado científico da expertise regional

A análise dos projetos-piloto na região de Dnipropetrovsk, articulada no trabalho da autora, comprova que o sucesso de uma política de saúde depende não apenas da qualidade dos atos legislativos, mas também da existência de um sistema robusto de monitoramento regional contínuo. A experiência de 2011–2017 demonstrou que o modelo de APS facilitou uma alocação de recursos mais racional e baseada em evidências, mesmo em meio a um período de crise econômica aguda. Os resultados das pesquisas com pacientes confirmaram que a presença de um médico “pessoal”, aliada à introdução posterior de capacidades de interação digital, tornaram-se os pilares fundamentais para a restauração da confiança pública na medicina estatal.

Dessa forma, as contribuições teóricas e empíricas da autora para a avaliação da eficácia da reforma tornaram-se uma pedra angular metodológica para a compreensão de como os objetivos declarativos do Estado são traduzidos, com sucesso, em uma melhoria tangível na qualidade de vida dos cidadãos em nível local.

6 O conceito de monitoramento da eficácia: metodologia e abordagem autoral

A transição do sistema de saúde ucraniano do modelo legado pós-soviético para os padrões internacionais contemporâneos de Atenção Primária à Saúde (APS) exige uma mudança fundamental de paradigma na governança administrativa: um movimento definitivo da acumulação extensiva de recursos para a sua utilização intensiva e otimizada. Na pesquisa de doutorado de **Borysenko S. S. (2019)**, fundamenta-se rigorosamente que, até a década de 1990, o desenvolvimento do setor seguiu uma trajetória de expansão puramente quantitativa (aumento do número de leitos hospitalares, médicos e instalações). Em contrapartida, as condições modernas exigem uma ênfase estratégica na qualidade do cuidado, na produtividade do trabalho e na aplicação de metodologias de planejamento científico baseadas em evidências.

6.1 Fundamentos metodológicos do monitoramento

A autora conceitua o monitoramento não meramente como um exercício passivo de relatórios estatísticos, mas como um procedimento de avaliação interna dinâmica, desenhado para responder à questão crítica: “Qual é o nosso desempenho em relação ao plano estratégico estabelecido?”. A pesquisa ressalta que um arcabouço de monitoramento robusto deve estar ancorado em quatro pilares funcionais (o modelo central):

- **Monitoramento de Recursos:** Uma avaliação contínua do volume e da alocação dos ativos materiais e financeiros consumidos.
- **Monitoramento de Serviços:** A medição precisa da quantidade real e dos tipos de assistência médica prestada à população.

- **Monitoramento de Resultados:** O registro e a análise longitudinal das mudanças no estado de saúde da população.
- **Monitoramento de Eficiência:** Uma análise comparativa e síntese dos resultados médicos alcançados em relação aos recursos específicos despendidos (análise de custo-efetividade ou *input-output*).

6.2 O conceito autoral de indicadores integrais

Uma parte significativa do estudo é dedicada a uma análise crítica do modelo de gestão tradicional “burocrático”. A autora demonstra que a medição direta e não refinada da qualidade frequentemente leva a uma distorção das prioridades clínicas — resultando na “melhoria” dos indicadores no papel, em vez de uma transformação genuína da realidade clínica. Um exemplo notável identificado na pesquisa inclui a falsificação de dados em registros oncológicos para reduzir artificialmente as taxas de mortalidade relatadas, visando apenas o cumprimento administrativo.

Em resposta, a autora propõe um conceito original de **monitoramento abrangente** que integra as estatísticas oficiais do Estado com dados sociológicos granulares. Sintetizando as diretrizes do Decreto nº 197 do Ministério da Saúde da Ucrânia com os avanços teóricos da escola ucraniana (**Lekhan V. M., Yeroshkina T. V.**), a autora sistematizou **35 indicadores integrais**, categorizados estrategicamente em cinco grupos temáticos:

1. **Estado de Saúde Pública:** Incluindo taxas de mortalidade infantil e materna, e incidências de incapacidade primária.

2. **Intervenções Preventivas:** Abrangendo a cobertura vacinal, diagnósticos de tuberculina e rastreamentos de saúde (*screenings*) sistemáticos.
3. **Acessibilidade e Qualidade Clínica:** Tais como taxas de mortalidade pós-operatória e a frequência de chamadas de emergência médica para exacerbações de doenças crônicas.
4. **Modalidades Prioritárias de APS:** Avaliando a oferta de leitos em regime de hospital-dia e os níveis de ocupação de vagas por médicos de família.
5. **Suficiência de Recursos:** Analisando a proporção médico-enfermeiro, os níveis de certificação do pessoal e os gastos orçamentários *per capita*.

6.3 O componente sociológico e o ciclo de retroalimentação (feedback loop)

A principal inovação da abordagem de **Borysenko S. S.** reside na inclusão deliberada de indicadores subjetivos (pesquisas sociológicas) na arquitetura de monitoramento. Conforme demonstrado em publicações conjuntas com **T. V. Yeroshkina (Scopus, 2015)**, foram precisamente os dados relativos à confiança pública, à satisfação com a qualidade das consultas e à acessibilidade física das unidades ambulatoriais na região de Dnipropetrovsk que permitiram a identificação de barreiras reais à reforma — barreiras que permaneciam “invisíveis” para as estatísticas oficiais tradicionais.

O modelo da autora pressupõe a existência de um ciclo de retroalimentação robusto: os resultados deste monitoramento não devem ser meramente arquivados, mas devem servir como fundamento empírico para o ajuste em tempo real dos programas-alvo

(como a iniciativa nacional “Saúde da Nação” ou programas regionais como “Saúde da População da Região de Dnipropetrovsk”).

Este conceito desenvolvido de monitoramento da eficácia confirma que a saúde da população é um indicador integral, do qual a medicina clínica é responsável por apenas aproximadamente 10–12%. Consequentemente, qualquer sistema de monitoramento deve ser multidimensional, contabilizando os determinantes socioeconômicos, ecológicos e de gestão. Somente uma abordagem tão abrangente pode garantir que a reforma da APS permaneça transparente e que as mudanças sistêmicas permaneçam governáveis — uma necessidade particularmente aguda no ambiente atual, que exige a adaptação rápida e flexível dos recursos de saúde.

Conclusões gerais e implicações estratégicas

A análise abrangente da transformação de longo prazo da arquitetura de saúde ucraniana permite a formulação de diversas conclusões fundamentais, baseadas em evidências, que ressoam tanto no contexto nacional quanto no discurso global mais amplo sobre saúde pública:

1. Transcendendo o Paradigma Centrado na Infraestrutura A transição definitiva do modelo legado de Semashko para uma estrutura modernizada de Atenção Primária à Saúde (APS) substanciou empiricamente que a eficácia sistêmica não é uma função da capacidade bruta de leitos hospitalares — prática obsoleta frequentemente referida como o “financiamento das paredes” — mas sim um produto da resolutividade clínica e da capacidade diagnóstica do nível primário. A prolongada crise demográfica da década de 1990, embora tenha sido um período de profundas dificuldades sociais, serviu como um catalisador doloroso, porém

necessário. Forçou a percepção crítica de que uma rede hipertrofiada e centrada no hospital é fundamentalmente insustentável para uma população caracterizada por uma contração significativa e um envelhecimento demográfico avançado. O sucesso atual da reforma reside precisamente na mudança para um modelo centrado no paciente e eficiente em termos de recursos.

2. O Papel Indispensável dos “Laboratórios” Experimentais Regionais Os projetos-piloto de larga escala, conduzidos entre 2011 e 2014 em regiões estratégicas como Dnipropetrovsk e Vinnytsia — sujeitos a um rigoroso escrutínio autoral nesta pesquisa — funcionaram como “laboratórios” vitais para a mudança sistêmica. Esses experimentos regionais forneceram a evidência empírica essencial e a prova de conceito necessárias para a expansão nacional. Sem os *insights* baseados em dados obtidos nesta fase de monitoramento regional — particularmente no que diz respeito à autonomia administrativa e financeira dos Centros de APS — a reforma nacional abrangente de 2017 teria carecido da base fática necessária para navegar pelas complexidades da resistência institucional.

3. Resiliência Digital como Instrumento Estratégico de Sobrevivência Sistêmica A implementação nacional do sistema *eHealth*, aliada ao princípio fundamental de que “o recurso segue o paciente”, emergiu como o fator decisivo para garantir a sobrevivência funcional do sistema de saúde sob as condições catastróficas de uma guerra em larga escala. A digitalização dissociou fundamentalmente a assistência médica de localizações físicas estáticas, permitindo que o cuidado acompanhasse o deslocamento massivo de populações. Nesta realidade contemporânea, o perfil digital de saúde do paciente provou ser mais resiliente, estável e acessível do que a estrutura física de qualquer edifício ambulatorial,

garantindo assim a continuidade do cuidado em meio a uma instabilidade extrema.

4. Perspectivas Globais Comparadas: O Nexo Ucrânia-Brasil No âmbito de um programa de mobilidade acadêmica no Brasil (**especificamente em Ponta Grossa, Paraná**), a autora teve a oportunidade única e oportuna de realizar uma análise comparativa direta entre o **Sistema Único de Saúde (SUS)** brasileiro e o modelo de APS ucraniano. Esta investigação comparativa oferece as seguintes lições transcontinentais:

- **Sinergia Tecnológica e Fiscal:** A expertise avançada da Ucrânia em digitalização acelerada (*eHealth*) e seus mecanismos de financiamento baseados em resultados oferecem lições altamente pertinentes para o aprimoramento da gestão de recursos e da transparência administrativa em sistemas complexos e descentralizados, como o SUS brasileiro.
- **Integração Comunitária:** Por outro lado, o modelo brasileiro altamente bem-sucedido de **Agentes Comunitários de Saúde** e o profundo enraizamento social da **Estratégia Saúde da Família (ESF)** representam um poderoso arcabouço potencial para fortalecer o vínculo médico-paciente no contexto da recuperação da Ucrânia no pós-guerra.

5. Um Chamado para Parcerias Acadêmicas Trans-Hemisféricas A proposta de iniciativas robustas de pesquisa conjunta e parcerias acadêmicas formais entre a Ucrânia e o Brasil não é apenas um exercício de ciência teórica; é uma necessidade fundamental para o desenvolvimento de soluções pragmáticas de alto impacto. Tais colaborações são essenciais para aumentar a resiliência dos sistemas de saúde regionais tanto no Hemisfério Norte quanto no Hemisfério Sul, oferecendo um roteiro compartilhado

para a segurança sanitária em um ambiente global cada vez mais volátil e incerto.

A metamorfose do sistema de saúde ucraniano: da herança soviética à eficiência digital

O mapa mental detalha a transição estrutural do sistema de saúde da Ucrânia, abandonando o antigo modelo de “financiamento de leitos” (herdado do período pós-soviético) em favor de um sistema centrado na **Atenção Primária à Saúde (APS)** e na sustentabilidade econômica. A estratégia fundamenta-se nos pilares de **Barbara Starfield** e no conceito de **Value-Based Healthcare** de Michael Porter, buscando responder a desafios críticos como o declínio demográfico e o envelhecimento populacional. O cronograma legislativo destaca marcos importantes, desde a Constituição de 1996 até as adaptações recentes sob a Lei Marcial (2022-2025), evidenciando o uso de projetos-piloto e monitoramento por indicadores de desempenho para garantir que o “recurso siga o paciente” por meio da digitalização e da autonomia regional.



Referências

- BORYSENKO, Svitlana S. **Política de Saúde na Ucrânia durante o Período de 1991–2014**. 2019. 245 f. Tese (Doutorado em Ciências Políticas e Administração) – [Nome da Instituição/Universidade], Ucrânia, 2019.
- BORYSENKO, Svitlana S.; YEROSHKINA, Tetiana V. Dinâmica dos Indicadores Sociodemográficos da População da Região de Dnipropetrovsk. **Actual Problems of Economics**, Kiev, n. 4 (166), p. 276-285, 2015. (Indexada na base Scopus).
- GINZBURG, V. G. Reestruturação da rede de instituições de saúde no contexto da reforma da atenção primária. **Saúde da Ucrânia**, Kiev, v. 12, p. 44-50, 2013.
- GULCHYIY, O. P.; GOLUBCHYKOV, M. V. O papel do eHealth na transparência administrativa dos sistemas de saúde contemporâneos. **Revista de Medicina Social**, Kiev, n. 2, p. 15-22, 2021.
- KRYZINA, N. P. Armadilhas institucionais e gargalos na transição dos sistemas de saúde pós-soviéticos. **Gestão Pública e Administração**, Kiev, v. 5, n. 1, p. 88-95, 2016.
- LEKHAN, V. M. **Fundamentos metodológicos da diferenciação estrutural dos níveis de assistência médica**. Kiev: MedInform, 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Astana**: Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. Astana, Cazaquistão, 2018.
- PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth O. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business **Review Press**, 2006.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. (Edição brasileira da obra seminal de 1992/1998).
- SOLOMONENKO, I. M. Descentralização e autonomia financeira no setor de saúde ucraniano. **Economia da Saúde**, Kiev, n. 3, p. 30-38, 2018.
- YEROSHKINA, T. V. Justificativa científica para métodos de remuneração baseados em evidências na atenção primária. **Boletim Científico de Economia**, Dnipro, n. 11, p. 112-120, 2011.
- UCRÂNIA. **Constituição da Ucrânia**. Artigo 49: Do direito à proteção da saúde e assistência médica. Kiev, 1996.
- UCRÂNIA. **Lei nº 2801-XII, de 19 de novembro de 1992**. Fundamentos da Legislação da Ucrânia sobre Cuidados de Saúde. Diário Oficial, Kiev, 1992.

UCRÂNIA. **Lei nº 3612-VI, de 7 de julho de 2011.** Sobre a implementação de projetos-piloto de reforma do sistema de saúde nas regiões de Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk e na cidade de Kiev. Diário Oficial, Kiev, 2011.

UCRÂNIA. **Lei nº 2168-VIII, de 19 de outubro de 2017.** Sobre Garantias Financeiras Estatais de Atendimento Médico para a População. Diário Oficial, Kiev, 2017.

UCRÂNIA. **Decreto do Gabinete de Ministros nº 225, de 7 de março de 2022.** Procedimentos de acesso a serviços médicos para Pessoas Internamente Deslocadas (PIDs) sob lei marcial. Kiev, 2022.

UCRÂNIA. **Decreto do Gabinete de Ministros nº 1464, de 27 de dezembro de 2022.** Protocolos do Programa de Garantias Médicas em condições de instabilidade e conflito armado. Kiev, 2022.

CONSELHO EDITORIAL

Dr^a. Larissa de Cássia Antunes Ribeiro (Unicentro)

Dr. Fábio Augusto Steyer (UEPG)

Dr^a. Silvana Oliveira (UEPG)

Dr. Anderson Pedro Laurindo (UTFPR)

Dr^a. Marly Catarina Soares (UEPG)

Dr^a. Naira de Almeida Nascimento (UTFPR)

Dr^a Letícia Fraga (UEPG)

Dr^a. Anna Stegh Camati (UNIANDRADE)

Dr. Evanir Pavloski (UEPG)

Dr^a. Eunice de Moraes (UEPG)

Dr^a. Joice Beatriz da Costa (UFFS)

Dr^a. Luana Teixeira Porto (URI)

Dr. César Augusto Queirós (UFAM)

Dr. Valdir Prigol (UFFS)

Dr^a. Clarisse Ismério (URCAMP)

Dr. Nei Alberto Salles Filho (UEPG)

Dr^a Ana Flávia Braun Vieira (UEPG)

Dr. Marcos Pereira dos Santos (UTFPR)