



# RUMOS PARA UM SISTEMA DE SAÚDE RESILIENTE

A Covid-19 evidenciou a necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde com a reorientação de financiamento, de governança e de alocação de recursos humanos e tecnológicos.

**Adriano Massuda** – Professor da FGV EAESP e pesquisador no Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde (FGV-Saúde).

**E-mail:** [adriano.massuda@fgv.br](mailto:adriano.massuda@fgv.br)

**Alessandro Bigoni** – Doutorando em Epidemiologia na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pesquisador no Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde (FGV-Saúde).

**E-mail:** [alebighoni@usp.br](mailto:aalebighoni@usp.br)

**Marco Antonio Paschoalotto** – Pós-doutor no David Rockefeller Center for Latin American Studies/Harvard University e FGV EAESP.

**E-mail:** [marco.paschoalotto@fgv.edu.br](mailto:marco.paschoalotto@fgv.edu.br)

**Renato Tasca** – Pesquisador associado ao Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde (FGV-Saúde). Coordenou a Unidade Técnica de Serviços e Sistemas de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil.

**E-mail:** [renato.tasca@gmail.com](mailto:renato.tasca@gmail.com)

## Resumo

**Objetivo:** apresentar análise histórica e tendências de políticas públicas aplicadas à conformação de sistemas de saúde resilientes, organizados por meio da atenção primária à saúde (APS), bem como discutir avanços, desafios, ameaças e caminhos para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

**Estado da arte:** a pandemia provocada pela Covid-19 aumentou a pressão sobre os sistemas de saúde e realçou a importância de fortalecer o papel da APS na prestação de funções essenciais de saúde pública e tornar os serviços de APS facilmente acessíveis, resolutivos e integrados aos demais níveis de um sistema de saúde resiliente.

**Originalidade:** o artigo combina conceitos de resiliência e de APS para analisar o desenvolvimento de políticas públicas, modelos organizacionais e estratégias gerenciais adotadas na conformação de políticas e sistemas de saúde. A combinação desses dois conceitos é estratégica tanto para garantir acesso a serviços essenciais de saúde quanto para a segurança sanitária da população.

**Impacto:** formuladores de políticas públicas, gestores de saúde, profissionais de saúde e representantes da população poderão utilizar as recomendações apresentadas para identificar fortalezas e fragilidades que precisam ser corrigidas para garantir acesso equitativo e segurança sanitária por meio do fortalecimento da APS nos sistemas de saúde.

**Palavra-chave:** sistema de saúde, atenção primária à saúde, resiliência, Sistema Único de Saúde.

**A** pandemia provocada pela Covid-19 realçou o papel da atenção primária à saúde (APS) para a resiliência de sistemas de saúde em âmbito global. O crescimento exponencial de casos graves da doença levou ao colapso mesmo de sistemas de saúde com boa infraestrutura hospitalar. Por outro lado, países que envolveram a APS na testagem, rastreamento de contatos, proteção de grupos populacionais mais vulneráveis, manutenção de atendimentos de rotina e vacinação tiveram melhor resposta<sup>1</sup>.

Resiliência é um conceito da física que analisa a capacidade de os corpos voltarem à sua forma original após sofrerem choques. Esse conceito tem sido cada vez mais aplicado a sistemas de saúde em razão de diferentes tipos de riscos – agudos e crônicos – que o setor enfrenta. Além de epidemias como a da Covid-19, sistemas de saúde devem estar preparados para lidar com ameaças à saúde que abarcam desde o crescimento na incidência de resistência antimicrobiana e de desastres naturais até efeitos de crises econômicas e instabilidades políticas.

A análise da resiliência busca compreender a capacidade de os sistemas de saúde se prepararem para absorver, adaptar, aprender, transformar e se recuperar de choques. Melhorar esse aspecto exige ir além de ações específicas, com esforços coordenados para reorientar o financiamento, a governança e a alocação de recursos, incluindo força de trabalho, insumos materiais e tecnológicos e, sobretudo, o modo de prestação de serviços de saúde.

Fortalecer a APS na prestação de serviços é crucial para a resiliência de sistemas de saúde. Mediante uma abordagem centrada na comunidade, equipes de APS lidam com um conjunto de necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas ao longo da vida. Além disso, ao conhecer as pessoas no contexto de seu território, essas equipes estão mais bem posicionadas para implementar ações de saúde pública essenciais ao enfrentamento de emergências sanitárias.

Todavia, a organização da APS enfrenta desafios estruturais para cumprir funções que tornem os sistemas de saúde mais resilientes. Em muitos países, principalmente de baixa e média renda, a APS ainda é subdesenvolvida, subfinanciada e encontra dificuldade para o recrutamento e a retenção de força de trabalho qualificada<sup>2</sup>. Como resultado, metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde<sup>3</sup>. Esses países estão em situação de maior vulnerabilidade diante de emergências sanitárias de impacto global, mas que atingem majoritariamente populações mais pobres, como o caso da Covid-19 no Brasil<sup>4</sup>.

## FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

O papel da APS nos sistemas de saúde tem variado ao longo do tempo de acordo com diretrizes construídas para esse nível de atenção, modelos organizacionais, que definem as condições e o escopo de atuação das equipes de saúde, e estratégias gerenciais para o alcance dos objetivos esperados.

Publicado em 1920 para orientar a reforma do sistema de saúde inglês, o Relatório Dawson foi o marco conceitual da APS. Segundo o documento, centros de atenção primária compostos de médicos generalistas (*general practitioners*) deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população de determinado território. Esses centros deveriam ser a porta de entrada do sistema de saúde e estar vinculados a serviços de referência: centros secundários e hospitalares em uma área geográfica.

As propostas de Dawson foram colocadas em prática apenas em 1948, com a implementação do National Health Service (NHS) no Reino Unido, após a Segunda Guerra Mundial. A experiência do NHS inspirou vários países a realizarem reformas em seus sistemas de saúde com base na APS.

Pensando nessas experiências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir cinco funções principais da APS nos sistemas de saúde:

- **Primeiro contato para acessibilidade:** criar um ponto de entrada estratégico para entrada e melhorar o acesso aos serviços de saúde;
- **Continuidade:** promover o desenvolvimento de relações de longo prazo entre uma pessoa e um profissional de saúde ou uma equipe de saúde;
- **Abrangência/Integralidade:** garantir a oferta de uma gama diversificada de serviços de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos;
- **Coordenação:** organizar os serviços e cuidados em todos os níveis do sistema de saúde ao longo do tempo;
- **Cuidado centrado nas pessoas:** garantir que as pessoas tenham o suporte necessário para tomar decisões e participar de seus próprios cuidados.

O papel da APS nos sistemas de saúde foi delineado pela primeira vez em âmbito global na assembleia da OMS realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. Para levar “saúde para todos” até o ano 2000, a assembleia aprovou uma declaração conclamando os países a organizarem seus sistemas de saúde com base em uma APS abrangente<sup>5</sup>.

Essa proposta, porém, foi confrontada pela posição do Banco Mundial e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), construída com apoio da Fundação Rockefeller<sup>6</sup>. Com o argumento de aumentar a eficiência na alocação de recursos em países de baixa renda, no início da década de 1980, essas agências passaram a orientar que a APS deveria se restringir à oferta de um pacote seletivo e focalizado de tecnologias de baixo custo para crianças em comunidades pobres conhecido pelo acrônimo inglês de GOBI: *growth monitoring, oral rehydration therapy, breastfeeding e immunization*.

Quatro décadas após Alma-Ata, o conceito de APS seletiva e focalizada, em oposição a uma APS abrangente, orientou o modelo de organização na maioria dos países de baixa e média renda. Como resultado, nesses países o acesso a serviços essenciais de saúde se dá majoritariamente por meio do pagamento direto pelo paciente (*out-of-pocket*), o que aumenta a inequidade e é ineficaz para melhorar resultados em saúde na população<sup>7</sup>.

De outro lado, robustas evidências mostram que os países que organizaram seus sistemas de saúde com base no conceito de uma APS abrangente conseguiram melhores resultados de saúde e maior equidade na distribuição da oferta<sup>8</sup>. Esses países também estão em melhor posição para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>9</sup>.

Diante desse quadro, reunidos em nova conferência mundial sobre APS ocorrida na cidade de Astana, também no Cazaquistão, em 2018, os membros da OMS definiram que para alcançar a “saúde para todos”, reafirmando o compromisso estabelecido em Alma-Ata, o fortalecimento da APS deveria ser dirigido pela adoção das seguintes estratégias<sup>10</sup>:

- Gerar conhecimentos e formar profissionais para atuação na área;
- Criar condições de trabalho decente e remuneração adequada para profissionais de saúde responde rem eficazmente às necessidades de saúde das pessoas em um contexto multidisciplinar;
- Garantir suporte tecnológico, desde medicamentos, vacinas e equipamentos a sistemas de informação e tecnologias digitais para atenção à saúde;
- Garantir financiamento eficiente, suficiente e sustentável para o setor.

O modelo de financiamento dirige o modo de atuação da APS nos sistemas de saúde.

Estudo realizado pela Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care<sup>11</sup> examinou em profundidade diferentes modelos de financiamento da APS no mundo. Entre as recomendações, enfatiza-se que os países devem investir maior volume de recursos públicos na APS e aprimorar mecanismos de remuneração para equipes, buscando abordar as desigualdades em saúde e trazer as pessoas ao centro da atenção.

Realizado em meio à pandemia de Covid-19, o estudo também endossou a posição da OMS de fortalecer o papel da APS na prestação de funções essenciais de saúde pública. Segundo a OMS<sup>12</sup>, a APS tem papel relevante no enfrentamento de emergências sanitárias ao contribuir para o gerenciamento de riscos e a implantação de ações mitigatórias em âmbito local, como na criação de uma governança inclusiva que garanta o envolvimento das comunidades no enfrentamento dessas situações<sup>13</sup>.

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA: SAÚDE DA FAMÍLIA**

Reconhecido internacionalmente, o Brasil criou um dos modelos mais inovadores de APS<sup>14</sup>. Em contraste com a maioria dos países de baixa e média renda, a APS brasileira foi desenvolvida para ser o pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), e não um programa vertical ou separado. Fundamentado em princípios constitucionais da saúde como direito de cidadania e responsabilidade de Estado, o SUS foi implementado seguindo diretrizes de universalidade, integralidade, descentralização administrativa e participação da comunidade.

Construído com base em experiências desenvolvidas em meio ao movimento da reforma sanitária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) inovou ao estabelecer equipes multiprofissionais – compostas de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – para oferecer uma ampla gama de ações clínicas e de saúde coletiva para a população residente em área geográfica definida.

Não obstante as restrições orçamentárias, ao longo dos anos 1990, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do SUS e a descentralização de sua gestão. Para isso, editou Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulamentaram o financiamento federal para estados e municípios condicionadas a responsabilidades pela gestão da prestação de serviços em âmbito local. Nessa direção, para incentivar a expansão nacional da APS, a NOB-96 introduziu o Piso de Atenção Básica (PAB).

Implementado em 1998, o PAB foi a primeira fonte de financiamento federal a contemplar todos os municípios com recursos específicos para APS. Composto de dois componentes – um fixo, de base populacional, canalizado mensalmente para as prefeituras para subsidiar a prestação de serviços de APS; e outro variável, destinado a estimular os municípios a adotarem programas federais prioritários para APS –, o PAB

possibilitou a manutenção do gasto regular pelos municípios na APS. Isso garantiu a resiliência da APS mesmo diante de oscilações nas políticas locais.

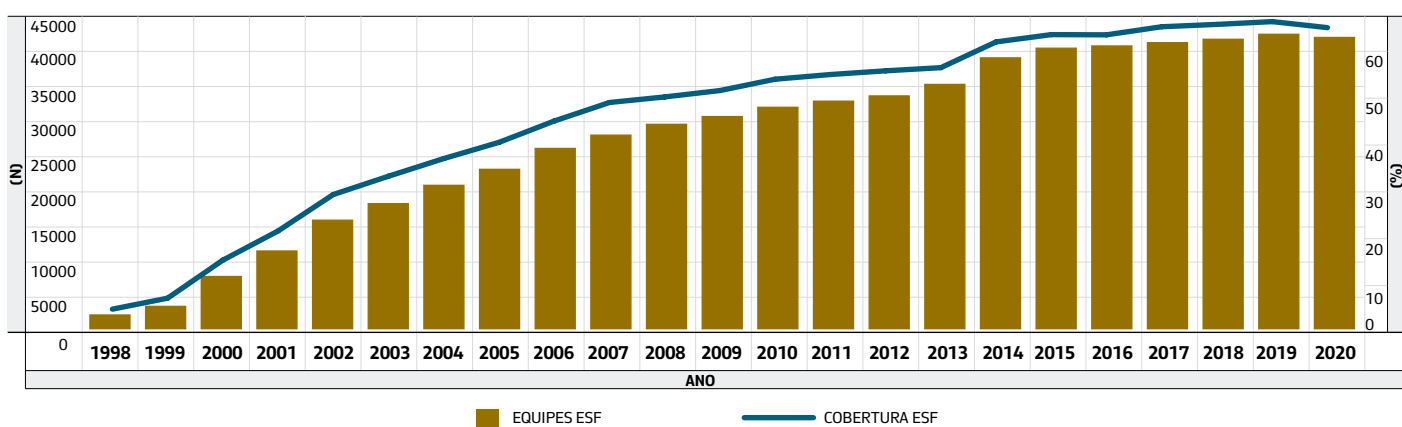
O componente fixo do PAB beneficiou relativamente mais cidades menores e nas regiões mais pobres, que antes não tinham infraestrutura de saúde para prestar serviços nem receber reembolso – modo de pagamento anterior ao PAB – e, conseqüentemente, tinham pouco acesso a fundos federais para a saúde. O componente variável, por sua vez, teve papel decisivo para induzir a adoção do modelo Saúde da Família com financiamento atrelado ao número de equipes implantadas.

De 1998 a 2020, o número de equipes da ESF cresceu de 2.054 para 43.287, cobrindo uma estimativa de 133 milhões de pessoas (63% da população), porém a expansão não foi homogênea entre cidades e regiões do país. Municípios menores e em regiões mais pobres foram os primeiros a adotar o modelo<sup>15</sup>. Em 2020, as diferenças persistiam: o estado de São Paulo apresentava a menor cobertura de ESF (38,8%) e o Piauí a maior (99%) (Figura 1).

Além da expansão da cobertura, ao longo do tempo as políticas nacionais para APS também estabele-

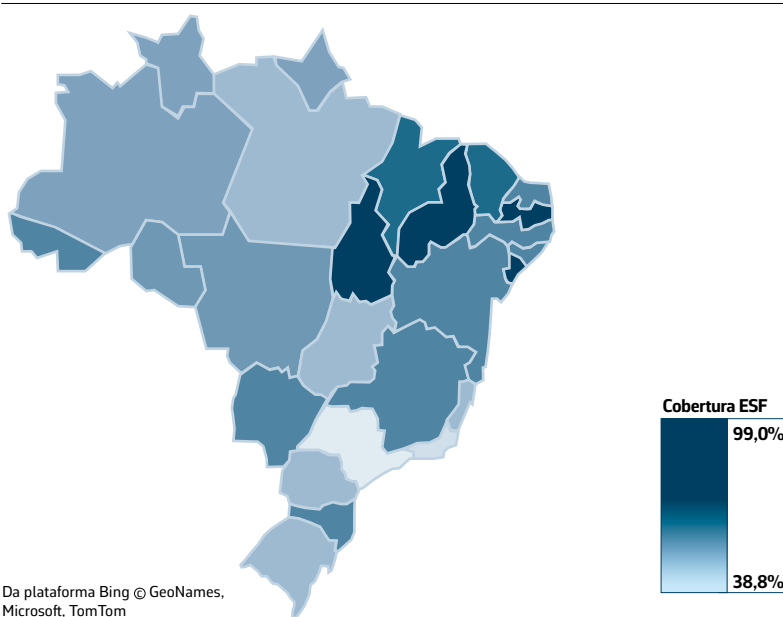
Figura 1.

## Número de equipes e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)



FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES, COM BASE NOS DADOS DO DATASUS (2022).

## Cobertura ESF no Brasil



FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES, COM BASE NOS DADOS DO DATASUS (2022).

ceram um conjunto de normas organizacionais e incentivos financeiros para estimular os municípios a ampliarem o escopo dos serviços prestados na APS.

Inicialmente, o Ministério da Saúde publicou em 1998 uma cartilha definindo o conceito de APS, atribuições dos gestores e listas de atividades a serem realizadas pelas equipes de Saúde da Família. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu a ESF como a base da reorganização da APS no SUS por meio de diretrizes de acesso, vínculo, continuidade, coordenação e cuidado longitudinal.

Revisada em 2011, a PNAB estabeleceu novos formatos de equipes da ESF para contemplar grupos populacionais específicos: população indígena, ribeirinhos e em situação de rua. A política também refor-



çou iniciativas intersetoriais, a exemplo do Bolsa Família e dos programas Saúde na Escola, Alimentação Saudável e Academia da Saúde. Além disso, implementou o programa Melhor em Casa, para interação domiciliar.

A ampliação da composição das equipes de ESF foi estimulada a partir do ano 2000, com a incorporação da saúde bucal. Para oferecer suporte especializado às equipes, em 2008 foi estabelecido um incentivo financeiro para municípios implantarem Núcleos de Apoio à Saúde da Família, podendo contemplar nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, educadores físicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, além de outras especialidades médicas.

Paralelamente à expansão da APS, o SUS criou vários tipos de serviço, como: Centro de Apoio Psicossocial; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Centro Especializado em Reabilitação, entre outros. Para buscar integrar a APS em redes assistenciais, foram estabelecidos diferentes instrumentos de planejamento e arranjos de gestão no SUS, no entanto a implantação desses instrumentos e arranjos foi limitada. Essa debilidade tem sido um dos obstáculos para que a APS desempenhe o papel de coordenadora de cuidados entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

### BENEFÍCIOS, DESAFIOS E AMEAÇAS

Estudos mostram que a presença de equipes de ESF nas comunidades está associada a melhorias no acesso, na proteção financeira, na qualidade dos serviços e na eficiência do sistema, com impactos positivos nos resultados em saúde e equidade<sup>16</sup>. Por levar acesso a serviços de saúde a grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, pesquisas demonstraram o efeito positivo das equipes de ESF na redução de desigualdades em mortalidade entre grupos raciais<sup>17,18</sup>, bem como na mitigação dos prejuízos em saúde causados pela recessão econômica, especialmente entre as populações vulneráveis<sup>19</sup>.

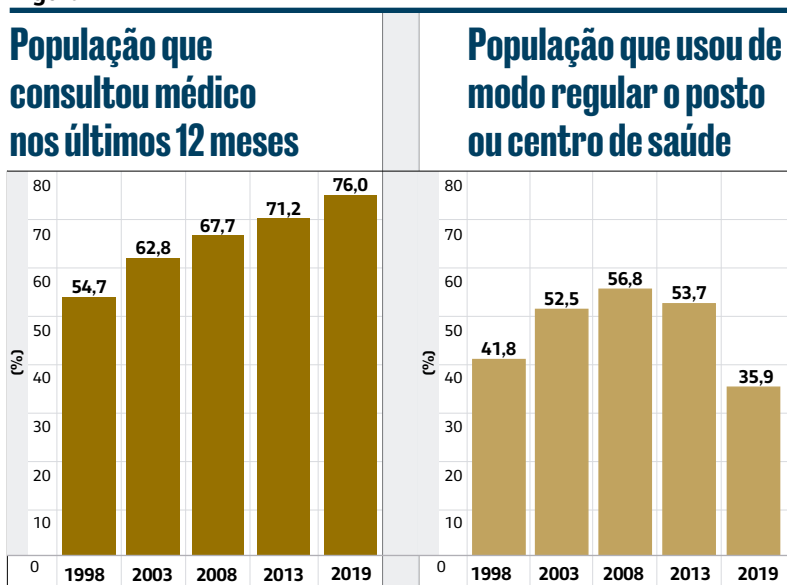
Apesar dos resultados positivos da ESF, a APS brasileira apresenta importantes desigualdades no acesso e na qualidade da atenção<sup>20</sup>. Programas auxiliares foram criados na tentativa de enfrentar desafios da ESF. Para enfrentar a iniquidade no financiamento, em 2011 foram definidos diferentes valores *per capita* para cálculo do PAB fixo com base na vulnerabilidade socioeconômica dos municípios. Também em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi criado com os objetivos de avaliar e premiar o desempenho das equipes da ESF. Além disso, o Programa Mais Médicos foi implementado em 2013 e colocou cerca de 18 mil médicos em mais quatro mil municípios, tornando-se um dos maiores programas do mundo a enfrentar a falta de médicos na APS.

Todavia, muitos desafios da APS derivam de problemas estruturais do SUS, que vêm se agravando diante da crise política e econômica vivida no Brasil. Em resposta à recessão econômica, em 2016 o Congresso Nacional aprovou o congelamento de gastos federais – reajustado apenas pela inflação – por 20 anos. Estudos projetaram que essa medida vai enfraquecer o SUS e a APS, com maior deterioração dos resultados em saúde sobre municípios menores e mais dependentes de transferências federais, exacerbando as desigualdades em saúde no país<sup>21</sup>.

No contexto de austeridade fiscal, a PNAB foi revisada em 2017, introduzindo novas composições de equipes da ESF e reduzindo o número e a carga horária semanal dos profissionais de saúde<sup>22</sup>. Em 2019, o governo federal lançou uma nova política de financiamento para a APS no SUS. Chamada de Previne Brasil, a política substituiu o mecanismo do PAB por uma combinação de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a ações prioritárias federais.

Há preocupação quanto aos efeitos dessa política, que passou a ser efetiva apenas em 2022, em razão da pandemia. Não obstante a capitação e o pagamento por desempenho serem bons mecanismos para remunerar equipes de APS, no Previne Brasil esses instrumentos estão sendo aplicados com outra finalidade. Ao serem utilizados para o cálculo do volume de recursos federais transferidos para municípios, sem aporte de novas fontes de financiamento, devem apenas redirecionar recursos existentes, podendo penalizar aqueles com menor capacidade

Figura 2.



FORNTE: PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (1998, 2003, 2008) E PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2013, 2019).

Figura 3.

### Procedimentos realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

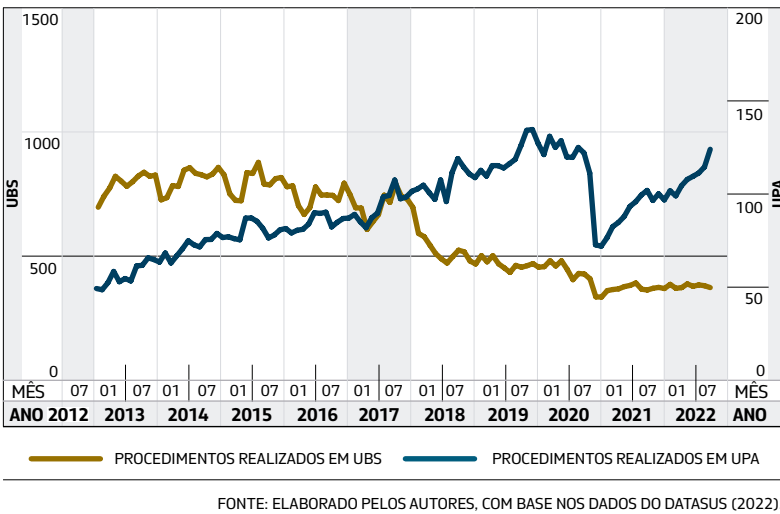
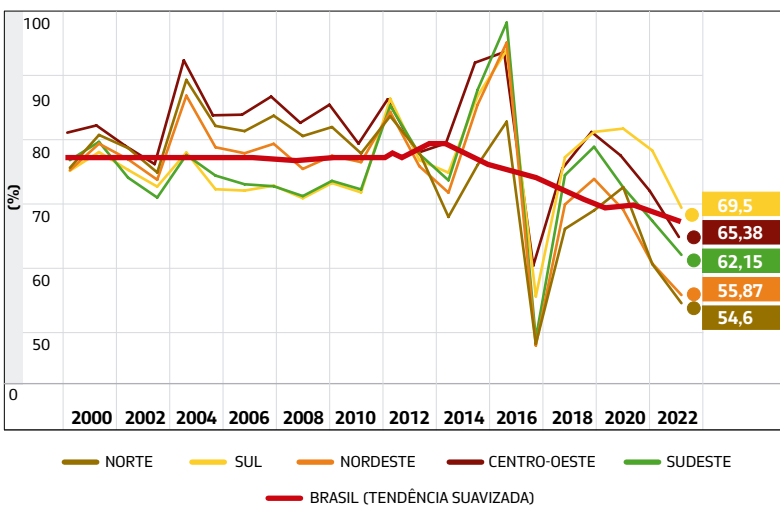


Figura 3.

### Cobertura vacinal



administrativa, infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos, exacerbando inequidades.

As evidências de enfraquecimento em curso da APS no Brasil são preocupantes. Apesar de a cobertura da ESF seguir estável (63% em 2021) e de o percentual da população que relata consulta médica nos últimos 12 meses permanecer em alta (76% em 2019), a última Pesquisa Nacional de Saúde<sup>23</sup> mostrou queda abrupta no percentual da população que disse ter o posto ou centro de saúde como serviço de uso regular: de 53,7 para 35,9% entre 2013 e 2019 (Figura 2).

Essa tendência também é observada na redução do número de procedimentos realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Figura 3). Em oposição, registrou-se aumento no número de procedimentos feitos em UPA em todas as regiões do país. O provável desvio do local de procura da população por assistência à saúde da UBS para a UPA é acompanhado pela piora em indicadores sentinela da eficácia da APS no sistema de saúde, como a queda da cobertura vacinal, também registrada em todas as regiões do país (Figura 3).

No combate à Covid-19, o governo federal relegou o papel da APS ao segundo plano, embora as equipes de ESF tenham tido historicamente papel importante no controle de doenças transmissíveis. O rastreamento e o tratamento de contatos são atividades de rotina dessas equipes ao lidar com casos de tuberculose e meningite, por exemplo. A combinação de análise epidemiológica e contato direto com a população conferiu maior resiliência ao sistema de saúde brasileiro ao lidar com epidemias como da H1N1, da dengue e do zika vírus.

Além disso, na pandemia, a redução do uso da APS se acentuou ainda mais. Os efeitos da subutilização podem ser vistos na queda de procedimentos. Quando comparado com 2019, verificou-se redução de 25% de todos os procedimentos realizados no SUS. O efeito desse impacto foi muito maior nos procedimentos que dependem da atuação da APS, como de rastreamento, diagnósticos e consultas médicas, que caíram, respectivamente, 42,5, 28,9 e 41,2%.

O enfraquecimento da APS tem impacto agrava-

do pelo legado da pandemia. Diante da descoordenação federal, governos municipais e estaduais com sistemas de saúde mais debilitados tiveram de gastar proporcionalmente mais dos seus recursos próprios para arcar com o aumento de gastos provocado pela Covid-19<sup>24</sup>. A queda de procedimentos deve piorar o quadro de condições que necessitam de diagnóstico precoce. Além disso, ainda são incertas as consequências que as sequelas da Covid-19 em parte dos infectados devem ter no sistema de saúde.

### RESGATAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CAMINHOS PARA UM SISTEMA DE SAÚDE RESILIENTE

Diante do complexo cenário sanitário vivido sob impacto da pandemia de Covid-19, serão necessários esforços coordenados entre as três esferas de governo para ampliar a resiliência do SUS. O primeiro passo deve ser resgatar o papel da APS conforme proposto pelo movimento da reforma sanitária – universal, integral e base estruturante do SUS – e atualizá-lo ante os desafios contemporâneos da saúde. Isso requer

reorientar o financiamento, a governança e dirigir a alocação de recursos humanos e tecnológicos para tornar os serviços de APS facilmente acessíveis, resolutivos e integrados aos demais níveis de um sistema de saúde resiliente.

### **Aumento do financiamento federal e maior eficiência nos gastos**

O aumento do financiamento federal para APS é decisivo para fortalecer a ESF. Embora as transferências federais tenham sido importantes para a expansão da ESF, foram os municípios que assumiram a maior carga do financiamento da APS. De acordo com um estudo nacional de contas do SUS<sup>25</sup>, os municípios são responsáveis pela maior proporção de financiamento da APS: 61% do total. Como o financiamento municipal está associado às suas próprias receitas, os municípios passaram a arcar com despesas para manter os serviços em condições bastante desiguais, gerando inequidades.

Além do aumento de volume de recursos federais para a APS, é fundamental aprimorar a eficiência do gasto municipal. Os instrumentos estabelecidos pelo Previde Brasil poderiam ser valiosos nesse sentido se fossem adicionados ao esquema bem-sucedido do PAB em um modelo misto – sobretudo se os recursos fossem dirigidos diretamente ao aumento da remuneração das equipes prestadoras de serviço de APS, a exemplo de como é feito em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Se não for corrigida, o desvio de finalidade na aplicação desses instrumentos reduz a resiliência do SUS.

### **Governança tripartite**

A descentralização de financiamento federal e a responsabilização dos municípios pela prestação de serviços permitiram capilarizar a ESF no Brasil, porém, dadas as variações nas capacidades técnicas e administrativas municipais, criaram-se diferenças substantivas na capacidade de prestação de serviços na APS. Instrumentos estabelecidos no SUS, como comissões intergestoras, consórcios, entre outros, foram insuficientes para mitigar iniquidades regionais e integrar a APS em redes assistenciais, resultando em fragmentação, redundância e grandes lacunas na atenção à saúde.

Portanto, o aumento do financiamento federal sugerido no tópico anterior deve ser combinado a uma maior participação dos governos estaduais na alocação de recursos estratégicos para o melhor desempenho das funções da APS no SUS. Em resposta à descoordenação federal, os governos estaduais assumiram protagonismo inédito na resposta à Covid-19. Essa experiência deve inspirar a construção de outro modelo de governança tripartite do SUS em que os estados tenham papel relevante na conformação e no gerenciamento das redes de atenção em regiões de saúde por meio de uma APS forte e abrangente.

### **Força de trabalho com condições de trabalho e remuneração adequadas**

A disponibilidade de equipes multiprofissionais completas e com adequada formação são condições fundamentais para a APS realizar com eficiência o escopo de ações esperadas. Além de planejar a oferta de recursos humanos com formação especializada para a APS, é necessário dispor de uma estratégia permanente e sustentável de provimento desses profissionais. Há grandes variações entre os modos de gestão de recursos humanos, modelos de contratação e os salários pagos pelas prefeituras às equipes de APS. Municípios menores, em áreas rurais, têm maior dificuldade em atrair e reter profissionais de saúde qualificados, principalmente médicos, enquanto municípios mais ricos conseguiram oferecer melhores salários e condições de trabalho.

A falta de uma proposta nacional, estadual ou interfederativa de carreira para a APS no SUS e os vários desafios burocráticos da administração pública têm levado um número cada vez maior de prefeituras a firmarem contratos com organizações sociais (organização social de saúde – OSS), terceirizando o fornecimento de mão de obra à APS. Não obstante essas soluções oferecerem maior agilidade para a contratação de pessoal, a fragilidade dos vínculos institucionais é um empecilho para a criação de condições de trabalho e remuneração adequadas. Estudos mostram que não há diferenças em termos de eficiência entre gestão OSS, direta ou outros modelos de gestão. Além disso, apesar de existirem bons exemplos de administração por OSS, observa-se que fragilidades em relação à transparência e à governança interna expõem a riscos de mal uso e fraudes, o que pode resultar em desvio dos escassos recursos que deveriam ser destinados à APS.

### **Suporte tecnológico para uma Atenção Primária à Saúde acessível, resolutiva e integrada**

Além de precisarem ser facilmente acessíveis quando as pessoas os necessitam, os serviços de APS devem ser resolutivos para serem legitimados pela população como espaços efetivos de produção de cuidados de saúde. O desvio de uso da UBS para a UPA, como descrito anteriormente, pode ser explicado pelo acesso facilitado a exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos na unidade de emergência, mesmo que muitas vezes sob condições degradadas de cuidado. Para ter maior capacidade resolutiva, além de adequada formação, as equipes devem ter suporte tecnológico compatível com o escopo de serviços a serem realizados na

APS. Isso requer um plano nacional de investimento em infraestrutura e tecnologias específico para a APS.

Do mesmo modo, a transformação digital da saúde terá papel decisivo para aumentar a *performance* da APS nos sistemas de saúde. No Brasil, porém, o uso dessas tecnologias entre os profissionais de saúde e os cidadãos tem sido bastante desigual. Apesar dos avanços em alguns municípios e no setor privado, milhões de brasileiros ainda são excluídos digitalmente. Além disso, a gestão municipalizada do SUS tem sido um dos obstáculos para a transformação digital da APS, em função da inequidade na alocação de recursos financeiros, humanos e tecnológicos. A coordenação de maneira interfederativa deve ser o caminho para não aumentar segregações nem exclusões.

## NOTAS

1. Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A.-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964-980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
2. Bitton, A., Fifield, J., Ratcliffe, H., Karlage, A., Wang, H., & Veillard, J. H. (2019). Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Global Health*, 1(4), e001551.
3. The Lancet. (2018). The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*, 392(10156): 1369. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32478-4)
4. Rocha, R., Atun, P. R., Massuda, A., Rache, B., Spinola, P., Nunes, L., Lago, M., Castro, M. C. (2021). Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Global Health*, 9(6), e782-e792. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4)
5. World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe.
6. Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1864-1874. <https://doi.org/10.2105%2Fajph.94.11.1864>
7. World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization.
8. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
9. Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*, 392(10156), 1461-1472. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31829-4)
10. World Health Organization. (2019). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization
11. Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., Allegri, P. M., Balabanova, P. D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, P. Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., ..., Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Global Health Commissions*, 10(5), E715-E772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)
12. Retirado em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-PHC-SP-2021.02>
13. World Health Organization. (2021). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: a brief on the WHO position*. World Health Organization.
14. Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177-2181. <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140>
15. Andrade, M. V., Coelho, A. Q., Xavier Neto, M., Carvalho, L. R., Atun, R., Castro, M. C. (2018). Brazil's family health strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy and Planning*, 33(3), 368-380. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>
16. Hone, T., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A., Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*, 14(5), e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
17. Hone, T., Mirelman, A. J., Rasella, D., Paes-Sousa, R., Barreto, M. L., Rocha, R., Millett, C. (2019). Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1575-e1583. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30409-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30409-7)
18. Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. S., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, 394(10195), 345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
19. Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(especial): 38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
20. Retirado em: <https://www.oecd.org/health/estudos-da-ocde-sobre-os-sistemas-de-saude-brasil-2021-f2b7ee85-pt.htm>
- 21<sup>18</sup>. Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. S., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, 394(10195), 345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- 22<sup>19</sup>. Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(especial): 38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
23. Retirado em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
- 24<sup>20</sup>. Bigoni, A., Malik, A. M., Tasca, R., Carrera, M. B., Schiesari, L. M., Gambardella, D. D., Massuda, A. (2022). Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health-Americas*, 10, 100222. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>
- 25<sup>21</sup>. Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014. Ministério da Saúde.