

# Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo

*The integrality of health practices in primary care: comparative analysis between Brazil and Portugal*

Mariana Ramos Rodrigues<sup>1</sup>, Maria Fátima de Sousa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022313616

**RESUMO** Desde o período de redemocratização e implementação de seus sistemas universais de saúde, Brasil e Portugal traçam trajetórias similares na construção de um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo teve por objetivos identificar e comparar as características das práticas em saúde no âmbito da APS nos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal que contribuam para a efetivação do princípio da integralidade. A metodologia aplicada foi da análise comparada, por meio de *scooping review*. Foi possível identificar as diferentes formas de investimentos e organização das ofertas de saúde, bem como elementos que podem favorecer a intercambialidade de experiências entre os países e o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVE** Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Brasil. Portugal. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *Since the period of redemocratization and implementation of their universal health systems, Brazil and Portugal have traced similar paths in the construction of a Primary Health Care (PHC) model. This study aims to identify and compare the characteristics of health practices within the scope of PHC in the universal health systems of Brazil and Portugal that contributes to the realization of the principle of integrality. The methodology used was that of comparative analysis, through scooping review. It was possible to identify the different forms of investment and organization of health offers, as well as elements that can favor the interchange of experiences between countries and the improvement of the Brazilian health system.*

**KEYWORDS** *Health knowledge, attitudes, practices. Brazil. Portugal. Primary Health Care.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
mari.rodrigues.2311@gmail.com

## Introdução

No Brasil e em Portugal, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, em um primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização dos países após um período de repressão política, remissão de direitos e autoritarismo<sup>1</sup>. Foi nesse cenário que, em Portugal, após a Revolução dos Cravos em 1974, e no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, instauraram-se intenso movimento de retomada dos direitos civis e ampla discussão dentro do espaço da academia sobre as políticas públicas de saúde como elementos indissociáveis na busca pela garantia do direito à saúde<sup>2,3</sup>.

Os sistemas de saúde do tipo universais representam marcos civilizatórios do século XX. Após a expansão econômica do pós-Segunda Guerra Mundial, desenvolveu-se o chamado *Welfare State*, no qual há o reconhecimento dos direitos sociais e a expansão dos sistemas de proteção social, possibilitando a implantação dos sistemas de saúde universais. Tanto no Brasil quanto em Portugal, as novas constituições federais, promulgadas no contexto da redemocratização, colocam o Estado como principal órgão de concretização da proteção social para garantir a oferta de saúde por meio de um sistema de saúde nacional<sup>4</sup>.

Todo sistema de saúde deve ser capaz de organizar-se a ponto de considerar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, realizar análises prospectivas dos impactos e desafios desse fenômeno e propor mudanças significativas em sua organização, gestão e prestação de serviços de saúde por meio de políticas públicas, arranjos organizacionais e práticas em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais. O papel da APS – na gestão do fluxo de usuários na rede, no manejo efetivo das condições crônicas, na efetividade do cuidado, em especial, nas práticas preventivas e na

redução de iniquidades – requer um desenho complexo das políticas públicas de forma que seja possível convergir estratégias para um cuidado efetivo<sup>6</sup>.

É, portanto, uma estratégia capaz de produzir a transformação do sistema de saúde, em busca de respostas aos principais problemas e condições de saúde de uma população, pautada na mudança prático-assistencial dos profissionais de saúde e na representação de primeiro nível de atenção<sup>7</sup>.

No Brasil, a APS surgiu como estratégia para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade e a universalidade, e a integralidade, imprescindíveis aos sistemas de proteção social. O conceito de integralidade é polissêmico, com múltiplas aplicações e de grande importância na análise sobre os sistemas de saúde universais. Reconhecido como eixo prioritário de uma política pública de saúde, ele confere a compreensão de sua real operacionalização, bem como demonstra a superação de obstáculos e a implantação de inovações nos modelos e serviços de saúde<sup>8-11</sup>.

Entre as definições existentes na literatura, este estudo utilizou o conceito de integralidade posto por Mattos<sup>9</sup>, ao descrever que a integralidade pode ter diferentes significados quando analisada no contexto dos sistemas de saúde. Nesse sentido, Mattos<sup>9</sup> aborda aspectos relativos à estruturação de práticas que convergem na mudança do modelo de programas horizontais para práticas que considerem o olhar para a integralidade dos sujeitos, prezando pela não fragmentação das ofertas em saúde e pela capacidade do serviço de ordenar suas operações conforme as necessidades da população, não sendo um limitante para restrição de acesso.

Ainda pelo olhar de Mattos<sup>9</sup> sobre a integralidade das práticas em saúde, para que as ações e os serviços de saúde consigam produzir impacto positivo sobre a saúde da população, é preciso valorizar a multiprofissionalidade, aproveitar janelas de oportunidade para ofertas em saúde e pautar as ações focadas de maneira a considerar os determinantes de saúde.

Dessa forma, buscou-se identificar e comparar as características das práticas em saúde no âmbito da APS nos sistemas universais de saúde do Brasil e de Portugal, que contribuam para a efetivação do princípio da integralidade.

## Material e métodos

O método comparativo utilizado neste estudo tem como base a identificação de semelhanças e diferenças, explicando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais<sup>10</sup>.

Para esta análise comparativa entre Brasil e Portugal, com ênfase na identificação da forma de organização das práticas de saúde na APS, foram realizadas análises de produção científica e de normativas sobre o tema, além de documentos de gestão produzidos pelos Ministérios da Saúde dos dois países.

A produção científica foi obtida a partir da revisão de literatura do tipo *scooping review* de caráter exploratório, já que se trata de um método de síntese projetado para abordar questões de pesquisa amplas, geralmente baseadas em políticas<sup>11</sup>. Esse método tem se destacado mundialmente na área de síntese de evidências em saúde e será realizado conforme a proposta do Instituto Joanna Briggs. Para o mnemônico PCC (*Population, Concept, Context*), definiu-se: ‘Como estão estruturadas as práticas em saúde na APS do Brasil e de Portugal?’.

Utilizaram-se os descritores: Atitudes e práticas em saúde; Brasil; Portugal; Atenção Primária à Saúde, com uso dos operadores booleanos de forma a definir a sentença para preenchimento em diferentes tipos de campos de busca nas bases de dados, de forma combinada para permitir a ampliação dos achados. A busca foi realizada entre 2020 e 2021 nas bases: PubMed, Cochrane, BVS/Lilacs, SciELO e Embase.

As produções bibliográficas obtidas por meio de páginas virtuais da universidade foram acessadas no sítio eletrônico do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em

Saúde (Lappis) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Os limitadores utilizados foram: friso cronológico (2011 a 2021), disponibilidade na íntegra em idioma português, inglês e espanhol. Foram excluídos: revisões sistemáticas, resumos, manuais, ensaios clínicos, estudos de metanálise e referências de estudos sobre países que não fazem parte desta pesquisa.

Para organização das evidências científicas, foi utilizada a plataforma Mendeley. A partir da leitura e da análise dos documentos científicos e técnicos, foram definidas unidades de análise: Modelo de Atenção, Organização do Cuidado e das Ofertas de Saúde, Integração com outros serviços de saúde, Funcionamento, Acesso à APS, Equipes de Saúde, Território e Adscrição e Carteira de Serviços.

## Resultados e discussão

Brasil e Portugal vêm buscando ampliar a cobertura e o acesso de suas populações aos serviços de saúde. As produções em saúde que aconteceram em ambos os países desde a reestruturação da APS – e que envolvem a forma de organizar as ofertas em saúde – guardam, portanto, semelhanças que trazem possibilidades para intercambialidade de experiências e saberes no campo da saúde coletiva.

A integralidade é reconhecida como eixo prioritário de uma política pública de saúde, resume a concretização do conceito de saúde como forma de garantir a cidadania, e leva à compreensão de sua real operacionalização. Demonstra a superação de obstáculos e a implantação de inovações nos modelos e serviços de saúde e na relação destes com a sociedade<sup>11</sup>.

Em sistemas de saúde nos quais a APS está organizada e coordenada, ela fornece uma resposta ampla em todos os níveis de atenção, além de assumir a responsabilidade de vincular a participação institucionalizada da sociedade civil nos mecanismos de diálogo político e responsabilização<sup>7</sup>.

Em Portugal, o entendimento sobre o papel

estratégico da APS aconteceu desde o início dos anos 1990. A Lei de Bases da Saúde (1990) definiu a atenção primária, ou ‘cuidados de saúde primários’, como é a denominação local, como o acesso de primeira linha ao sistema de saúde. Foi um dos primeiros países europeus a adotar políticas integradas para organizar uma rede de serviços<sup>12</sup>.

No Brasil, a APS é definida em suas normativas como um conjunto de ações individuais ou coletivas, que estão situadas no primeiro nível de atenção, no intuito de promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, realizando o tratamento com base nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade<sup>13,14</sup>.

É preciso investir em aprimorar e qualificar as ofertas da APS ao longo do tempo, com inovação e modernização de forma que ela se adapte às necessidades e às demandas dos sistemas e da população. O aprimoramento das políticas públicas de saúde deve ser multifacetado e coordenado pelos agentes envolvidos, valendo-se da implementação de uma série de medidas positivas, por exemplo, alterações legislativas, reestruturação organizacional, diversificação de alternativas de financiamento e investimento na formação de profissionais de saúde<sup>15</sup>.

No mesmo período em que Brasil e Portugal reforçam seus compromissos em ofertar cuidados em saúde por meio da APS como primeiro nível de atenção a partir da definição de novas práticas de saúde na APS, a Organização Mundial da Saúde publicou o Relatório denominado ‘Primary Health Care Now More Than Ever’. Na ocasião, em alusão ao 30º aniversário da Conferência de Alma-Ata, o relatório trouxe a discussão sobre aprimorar e implementar um conjunto de ações tendo como base a APS como cenário prioritário para as ofertas em saúde capazes de fornecer a melhor saúde para todos<sup>12,15</sup>.

Portugal empreendeu esforços financeiros e estruturais para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que trouxeram uma quebra na estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde com enfoque especial na acessibilidade, na organização, na

pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, priorizando a qualidade no atendimento aliado à satisfação tanto de profissionais como de usuários<sup>16</sup>.

O Brasil também apresentou mudanças adaptativas ao longo das últimas décadas, com destaque para programas que visam ampliação do acesso e da clínica. A APS foi se desenhando de maneira heterogênea, com diversificados modos de estruturação e desenvolvimento de ações. Foi a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) – modelo de organização do trabalho na APS e substitutivo às diversas modalidades de arranjos organizativos dos cuidados primários em saúde disponibilizados pelos municípios brasileiros desde os anos 1970 – que se iniciou a mudança desse cenário.

Não houve mudanças relevantes para aumento do financiamento do SUS e perderam limitações quanto aos investimentos em formação profissional, modernização e informatização das unidades de saúde, e evidente descompasso entre as grandes metrópoles e os interiores do Brasil.

Cuidar em saúde é promover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as demandas e as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade, com o objetivo de proporcionar saúde, bem-estar, segurança e autonomia<sup>16</sup>. Para isso, a gestão do cuidado em saúde é multidimensional e deve ser ofertada por diversos atores<sup>11,17</sup>.

Tanto no Brasil quanto em Portugal, todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde por meio de cuidados universais<sup>18</sup>. O acesso à saúde acontece de forma gratuita no Brasil; e em Portugal, a gratuidade plena vigorou até 1989, quando o texto constitucional foi alterado e a saúde gratuita passou a ser tendencialmente gratuita. Sendo assim, para ter acesso a serviços de saúde em Portugal, é necessário o pagamento em euros de valor por meio de uma ‘taxa moderadora’ de acordo com o serviço que será utilizado e o perfil do usuário, já que algumas pessoas são isentas do pagamento<sup>1,12</sup>.

Nos dois países, a gestão máxima do sistema é responsabilidade dos seus respectivos

Ministérios da Saúde, e contam com uma rede de serviços públicos organizados em níveis de complexidade. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) dispõe de autonomia administrativa e financeira, possuindo organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo serviços estruturados no âmbito central, regional e local. Já o SUS também possui autonomia administrativa e financeira e é organizado de forma tripartite a fim de prover serviços de saúde por parte de instituições públicas de administração direta ou indireta dos diferentes entes federativos: Municípios, Estados, Distrito Federal e União<sup>4,18,19</sup>.

A APS é definida como principal porta de entrada para os dois sistemas de saúde, e vêm sendo desenvolvidas, ao longo dos anos, formulações de políticas públicas que sejam capazes de efetivar os princípios doutrinários dos sistemas e operacionalizar as práticas de cuidado à saúde<sup>20</sup>.

O olhar para as práticas em saúde sob o ponto de vista da integralidade, de acordo com Mattos<sup>9</sup>, não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho. Nessa perspectiva, o autor defende que uma das formas de alcançar o atributo da integralidade é romper com o modelo de ofertas que segrega cuidados assistenciais de cuidados gerais de saúde pública. Nesse sentido, a APS, como está estruturada no SNS e no SUS, responde a essa crítica, uma vez que incumbe aos profissionais atribuições abrangentes e que envolvem ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Para que estejam aptos a garantir ofertas amplas de cuidado, é esperado que haja profissionais qualificados para dispensar cuidados amplos o suficiente a fim de responder às demandas da população, imprimindo abordagens que considerem os sujeitos integral e longitudinalmente. Por esse motivo, a formação profissional para atuação na APS é tão importante<sup>5,21,22</sup>.

No Brasil, os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS não possuem a obrigatoriedade de ter a especialidade de

medicina de família e comunidade e enfermagem de família e comunidade. Atuam como generalistas e coordenam o fluxo dos usuários para outros níveis de atenção, mantendo a longitudinalidade do cuidado na APS. Há crescente número de ofertas para residências e especializações na área, porém o quantitativo de programas de residência em medicina de família e comunidade ainda é pequeno quando comparado ao quantitativo de médicos atuantes na APS brasileira. Ademais, há estados brasileiros com apenas uma instituição que oferta vagas.

Em Portugal, por meio do Decreto-Lei nº 73/2017, ficou definida a exigência de que os médicos que constituem a Unidade de Saúde Familiar (USF) têm de deter, pelo menos, o grau de especialista e a categoria de assistente da área de ‘medicina familiar’ assim como os enfermeiros, que devem ter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

No que se refere ao escopo de atuação dos enfermeiros, foi publicado o Decreto-Lei nº 118/2014 com a definição do papel desse profissional na APS. Essas medidas impactam diretamente no fortalecimento da categoria e da especialidade, trazendo um reforço normativo para a atuação profissional e demarcando o entendimento do Estado sobre a importância desses profissionais na gestão e na coordenação do cuidado.

Gerenciar o cuidado tem íntima relação com a coexistência da capacidade técnica, política e operacional de uma equipe da APS em conseguir planejar sua atuação assistencial aos usuários tanto em caráter individual quanto coletivo. A gestão do fluxo de usuários na rede, o manejo efetivo das condições crônicas, a efetividade do cuidado, em especial, nas práticas preventivas e redução de iniquidades, devem ser, portanto, atividades prioritárias da APS<sup>22</sup>.

A APS assume seu papel de elo à rede de serviços de saúde, atuando na reorganização da rede de serviços locais de saúde. À ESF brasileira, compete planejar as ações estratégicas, de acordo com os princípios estabelecidos no SUS e diretrizes de atuação da APS de forma a contemplar as necessidades do território onde

atua e as especificidades dos indivíduos sob sua responsabilidade sanitária<sup>23</sup>.

Portugal iniciou esse movimento também na mesma época, destacando-se dentre os países europeus na adesão ao fortalecimento da APS, criando uma rede de centros de saúde em todo o território nacional. Esses centros tornaram-se patrimônio do país, entendido como ‘o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população’.

O caráter multidisciplinar que os serviços da APS do SUS e do SNS foram fortalecendo ao longo dos anos aponta para uma compreensão de que ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de uma população deve ser o caminho para atingir os melhores resultados em saúde. Esse é o principal ponto estruturante do trabalho na APS; e no Brasil, conta com a importante conquista da participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), como suporte do ponto de vista matricial e assistencial para a condução de casos específicos, ampliando assim a resolutividade da APS<sup>16,24</sup>.

A vinculação do usuário a uma equipe acontece no Brasil por meio da lógica de gerorreferenciamento a um serviço de saúde, utilizando-se como parâmetro prioritário o endereço de moradia. Dessa forma, permitem-se o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território. Equipes de saúde como a de saúde prisional e consultórios na rua operam com lógica diferenciada de adscrição, considerando as especificidades da população assistidas por elas.

Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei nº 73/2017, o método de vinculação ocorre por meio de listas de inscrição, privilegiando-se a estrutura familiar para a inclusão dos usuários em uma mesma lista. O número de pessoas em uma lista considera uma dimensão ponderada, que leva em conta o perfil de populações específicas para estabelecer uma pontuação a ser atribuída em fator de multiplicação, de forma a ajustar numericamente

aspectos como vulnerabilidade e demandas clínico assistenciais.

No que se refere à operacionalização do cuidado, nas USF de Portugal, há a existência de um Plano de Ação e Compromissos Assistenciais que descreve a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial para a qualidade e a eficiência em nível primário de atenção à saúde. Esse plano tem vigência anual, é firmado entre o coordenador da USF e o centro de saúde ao qual a USF é vinculada, e deve levar em consideração as características de vulnerabilidade, a cobertura assistencial e as atividades da carteira de serviços ofertadas.

No Brasil, não há instrumentos de pactuação sobre a prestação de cuidados a nível das equipes de Saúde da Família (eSF). A principal estratégia adotada nacionalmente que se assemelha à iniciativa para a melhora assistencial e remuneração variável é o Programa Previne Brasil, que define indicadores assistenciais vinculados ao financiamento federal que são pactuados para todo o território nacional, e que agregam elementos de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

No SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se arranjos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas e propostas assistenciais, organizados de forma a favorecer a articulação<sup>26</sup>. Trata-se de uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde potencializando o funcionamento do SUS e conferindo maior efetividade e eficiência.

Para casos específicos, cabe à APS coordenar o cuidado do usuário na RAS, que se trata de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado<sup>20</sup>.

Já as USF de Portugal são integradas em uma lógica de rede com outras unidades funcionais do Centro de Saúde ou da unidade local de saúde, que, por sua vez, são concentradas em Agrupamentos de Centros de saúde. É sua

missão prestar cuidados de saúde personalizados e melhorar o estado de saúde da população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a continuidade destes<sup>27</sup>.

Para a plena operacionalização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência com adequado fluxo de informação sobre a saúde de cada indivíduo assistido<sup>20</sup>. Por isso o investimento em tecnologia da informação e interoperabilidade dos sistemas de gestão do cuidado e prontuários eletrônicos é tão necessário. Ao contrário do Brasil, que ainda enfrenta dificuldades no fluxo de informações assistenciais dado o baixo investimento ao longo dos anos em modernização, informatização e interoperabilidade entre os sistemas de informação dos serviços de saúde desde sua criação, Portugal investiu mais precocemente em prontuários eletrônicos e na gestão de informação em saúde como ferramenta para monitoramento de indicadores e tomada de decisão.

No SNS, o acesso aos serviços de maior complexidade é mediado pela avaliação e pelo encaminhamento proveniente do médico de família presente nas unidades de atenção primária. A atenção secundária e hospitalar é organizada em rede na lógica de cobertura partilhada entre serviços para garantia de uma ampla carteira de serviços e ofertas em todas as especialidades médicas e exames, sem necessidade de recorrer a outro país para realizar qualquer tratamento<sup>28</sup>.

Um bom desempenho para alcance das demandas dos serviços e dos usuários depende de articulação no nível local de assistência e com os outros setores do sistema de saúde<sup>7</sup>. Nessa perspectiva, no Brasil, a discussão sobre a implementação das linhas de cuidado é fortalecida, uma vez que compreendem a descrição das ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde<sup>29,30</sup>.

As eSF brasileiras devem estar organizadas para identificar de forma ampliada as necessidades da população a qual atendem<sup>31</sup>. Sendo assim, em 2008, para ampliar a resolutividade das ações no nível da APS, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no SUS, hoje denominados Nasf-AB, formados por profissionais de saúde de áreas e especialidades diversas aos profissionais das equipes de saúde convencionais. Trata-se de uma modalidade de equipe que trabalha na lógica de apoio especializado na atenção primária que atua de forma integrada e complementar à eSF, não devendo configurar um ambulatório de especialidades, e sim uma organização de apoio matricial. Possuem, portanto, função assistencial matricial e técnico-pedagógica.

Em Portugal, caso haja necessidade de suporte de outros profissionais, é necessário recorrer aos profissionais organizados em Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Urap)<sup>28</sup>. Em ambos os casos, tanto as Urap como os Nasf-AB organizam e disponibilizam um leque variado de meios e de competências profissionais em cada localidade, sendo o Nasf-AB uma ferramenta de apoio matricial mais potente<sup>32</sup>.

Portugal investiu em aprimorar a carteira básica de serviços, meios diagnósticos descentralizados, acessibilidade e qualidade. O trabalho das equipes é avaliado considerando a produtividade e a qualidade. Ao contrário do que se percebe no Brasil, o SNS teve grande investimento em recursos humanos e em inovação tecnológica para instrumentalizar as unidades de saúde, disponibilizando o mais atual conhecimento científico com as mais elevadas tecnologias. O Brasil ainda enfrenta dificuldades de vinculação de profissionais em localidades mais remotas do País, e ainda não há uma integração de sistemas de informação de forma plena que permita um maior compartilhamento de informações entre profissionais de níveis de atenção distintos. Quanto à ampliação da clínica, embora haja uma Carteira de Serviços para a APS, ainda são recentes e tímidas as iniciativas de qualificação dos profissionais<sup>23,32</sup>.

## Considerações finais

Portugal e Brasil são países com muitas semelhanças no campo político, cultural; e suas histórias se cruzam em diversos momentos.

A organização das práticas de saúde no campo da APS do SUS e do SNS demonstra potencial de atingir diretamente a efetivação da integralidade uma vez que consideram aspectos relativos a multidisciplinaridade, ampliação do acesso e ampliação da capacidade clínica, escopo ampliado da atuação da APS em ofertas assistenciais, preventivas e de vigilância, podendo, portanto, ter importância ímpar para o modelo de atenção à saúde em ambos os países<sup>9,14</sup>.

Parte importante do olhar para a integralidade nas práticas perpassa o modo que estão postas as ações multiprofissionais, interdisciplinares e entre os níveis de atenção em cada país. Como principais destaques, o Brasil possui experiências exitosas na constituição de equipes de saúde como o Nasf-AB e na estruturação de formatos de cuidado comunitário como o trabalho dos ACS. Já Portugal demonstra maior capacidade de reagir às mudanças

nas demandas assistenciais e perfil epidemiológico com maior celeridade implementando modelagens de adscrição de usuários, assim como potencial de investimento em recursos tecnológicos e humanos como forma de aprimorar e fortalecer o sistema de saúde e a comunicação entre os níveis de atenção.

A manutenção do financiamento das políticas públicas do SUS que demonstram efetividade, aliada à incorporação de tecnologias de cuidado que já foram experimentadas em outros países e que possuem potencial de modificar as práticas em saúde, é exemplo de medidas que, uma vez implementadas, podem contribuir para o futuro das políticas públicas brasileiras.

## Colaboradoras

Rodrigues MR (0000-0001-8493-1379)\* contribuiu para redação, revisão e validação do manuscrito. Sousa MF (0000-0001-6949-9194)\* contribuiu para a organização das ideias centrais e revisão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(3):701-12. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2014; 21(1):15-36. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
3. Miguel JP. A Saúde em Tempos de Transição (1968-1974). [acesso em 2022 jan 23] Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22350/1/Saude\\_transicao.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22350/1/Saude_transicao.pdf).
4. Bravo MIS. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Serv. Soc. Societ.* 2010 [acesso em 2022 jan 20]; (102):205-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200002>.
5. Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quartely*. 2005 [acesso em 2022 jan 20]; 83(3):457-502. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
6. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 25]; 34(8):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.
7. Maria A, Pereira M, Luisa A, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate*. 2012 [acesso em 2022 jan 25]; 36(94):482-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/K45cRxHGQqWTG8S-FxDJMSpp/>.
8. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev. eletrônica enferm.* 2007 [acesso em 2022 jan 23]; 9(3):835-846. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7511>.
9. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO; 2009. p. 39-64C. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>.
10. Schneider S, Schimitt CJ. O uso do método comparativo nas ciências sociais. *Cad. Sociol.* 1998 [acesso em 2022 jan 25]; (9):49-87. Disponível em: <https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2018/08/schneider-schimitt-1998-o-uso-do-metodo-comparativo-nas-ciencias-sociais.pdf>.
11. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 23]; 42(esp1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
12. Organização Mundial da Saúde. O relatório mundial de saúde 2008: cuidados primários de saúde agora mais do que nunca. Geneva: OMS; 2008.
13. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 22(3):701-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
14. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interf. Comun. Saúde, Educ.* 2005 [acesso em 2022 jan 5]; 9(17):287-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>.
15. Cunha EMD, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e va-

- riáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2022 jan 23]; (16):1029-1042. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
16. Sousa PAFD. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de enfermagem*. 2009 [acesso em 2022 jan 23]; 22(esp):884-894. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMt wRBpNxvZZnqZpzt/?format=pdf&lang=pt>.
  17. Amendoeira J. Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. *Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. 2009. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/70619221>.
  18. Tasca R. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; 2011. (contribuições para o debate NavegadorSUS-Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde).
  19. Baganha MI, Ribeiro JS, Pires S. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32721/1/O%20sector%20da%20sa%c3%bade%20em%20Portugal\\_funcionamento%20do%20sistema.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32721/1/O%20sector%20da%20sa%c3%bade%20em%20Portugal_funcionamento%20do%20sistema.pdf).
  20. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interf. Comum. Saúde Educ*. 2013 [acesso em 2022 jan 23]; 17(47):913-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.
  21. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Brasil. Enferm*. 2008 [acesso em 2022 jan 23]; 61(2):153-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.
  22. Fekete MC. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2000. p. 51-57.
  23. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av*. 2013 [acesso em 2022 jan 23]; 27(78):27-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.
  24. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*. 2011 [acesso em 2022 jan 5]; 15(4):802-810. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>.
  25. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
  26. Soranz D, Pisco LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 janeiro 25]; 22 (3):679-686. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>.
  27. Monteiro BR, Pisco AMSA, Candoso F, et al. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 22(3):725-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>.
  28. Silva MDFF, Silva EM, Oliveira SLSS, et al. Integralidade na atenção primária à saúde. 2018. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/>.
  29. Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO; 2007.
  30. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Brasil. Enferm*. 2008 [acesso em 2022 jan 25]; 61(2):153-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.

31. Almeida ER, Medina MG. The genesis of the Family Health Support Center (NASF) in the primary healthcare agenda in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2022 jan 25]; 37(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>.
32. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Bra-

sil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 22(3):783-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>.

---

Recebido em 29/03/2022  
Aprovado em 20/07/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve