

Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências

Primary health care in South America in comparative perspective: changes and trends

Adelyne Maria Mendes Pereira¹, Ana Luisa Barros de Castro², Rafael Antonio Malagón Oviedo³, Ludmila Gonçalves Barbosa⁴, Camila Duarte Gerassi⁵, Ligia Giovannella⁶

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. adelynep@ensp.fiocruz.br

² Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. analuisasb@yahoo.com.br

³ Professor da Universidade Nacional de Colômbia – Bogotá, Colômbia. ramalagono@unal.edu.co

⁴ Mestranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ludmilabarbosa@ensp.fiocruz.br

⁵ Mestranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. miladuart@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Pesquisadora Titular da ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. giovanel@ensp.fiocruz.br

RESUMO Objetivou-se compreender as principais tendências e os desafios para a organização da atenção primária à saúde (APS) na América do Sul, no marco dos processos de mudanças políticas da última década movidos pela chegada ao poder de correntes de esquerda. Trata-se de um estudo de natureza comparada, desenvolvido a partir da análise de quatro casos – Brasil, Venezuela, Bolívia e Uruguai. Evidenciou-se que o novo contexto político deslocou o foco das políticas para a universalização e para modelos assistenciais fundados em uma APS integral. Contudo, permanecem desafios relacionados ao contexto histórico institucional de cada país para a consolidação da APS como estratégia estruturante de seus sistemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Sistema de atenção à saúde; América do Sul.

ABSTRACT *This work aimed to understand the main trends and challenges in the organization of primary health care (PHC) in South America, in the context of the processes of political changes in the last decade characterized by the arising to power of left politicians. This is a comparative study, based in the analysis of four cases – Brazil, Venezuela, Bolivia and Uruguay. The results points that the new political context in these countries moved the focus of policies to universal health care models and a comprehensive PHC. Despite the fact, that remain challenges related to the historical institutional context of each country to the consolidation of PHC as a strategy for structuring health systems.*

KEYWORDS: *Primary health care; Health System; South America.*

INTRODUÇÃO

Este artigo teve como objetivo compreender as principais tendências na organização da atenção primária à saúde (APS) na América do Sul, no marco dos processos de mudanças políticas ocorridas na última década com a chegada ao poder de correntes de esquerda, após o chamado 'ajuste neoliberal' liderado pelas agências internacionais. A partir da análise comparada de quatro casos — Brasil, Venezuela, Bolívia e Uruguai —, buscou-se conhecer os processos de renovação da APS e compreender de que maneira a estratégia pode tornar-se capaz de gerar mudanças nos sistemas de saúde como um todo e contribuir para a garantia do direito à saúde, bem como identificar limites e desafios para esta reorientação.

Nos últimos dez anos, o tema da renovação da APS tem sido destacado em documentos de agências internacionais (OPAS, 2005; WHO, 2008), bem como na literatura especializada (LABONTÉ *et al.*, 2009). O movimento de renovação tem buscado resgatar as bases e objetivos da concepção de APS firmados pela Declaração de Alma Ata para, a partir deles, propor caminhos para (re)organização dos sistemas de saúde, tendo esta como eixo orientador.

Com o triunfo eleitoral de correntes de esquerda na região sul-americana, a partir dos anos 2000, estabeleceu-se um novo panorama político com efeitos evidentes sobre a configuração dos governos e, consequentemente, sobre a direção das políticas públicas. Argentina, Bolívia, Chile, Brasil, Equador, Paraguai, Uruguai e Venezuela, no primeiro decênio do século XXI, estabeleceram agendas políticas próprias, distanciando-se, de certa forma, das medidas monetaristas e neoliberais impulsionadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), dando origem a um novo discurso oficial centrado na redistribuição de renda e na justiça social, bem como nas ideias de soberania nacional, cooperação e independência regional (MOREIRA, 2007).

A nova configuração dos governos contrasta com a hegemonia política exercida por coalizões de governos anteriores, cujos programas foram influenciados por correntes de corte neoliberal, predominantes nos anos 1990, com adoção de mecanismos de expansão e aceleração de acumulação do capital na economia mundial.

A literatura especializada indica duas prováveis razões para a emergência e continuidade dos governos de esquerda ao longo da última década em diversos países da América Latina. Em primeiro lugar, pode-se afirmar que as difíceis condições socioeconômicas geradas e/ou agravadas pelas políticas neoliberais implementadas na década de 1990 foram determinantes para o desenvolvimento das condições necessárias para a mudança das coalizões políticas na direção dos governos nos anos 2000 (PARODI, 2004; LUSTIG, 2009; PANIZZA, 2009; PAUSADELA, 2010). Derivada dessa razão de caráter mais geral, um segundo argumento aponta os processos mais específicos relacionados a dois movimentos. Por um lado, ao esgotamento e crise dos regimes políticos e seus partidos políticos tradicionais em suas velhas alianças com o setor empresarial; por outro, pela qualificação de um amplo movimento social pela democracia, que tem raízes na recomposição geracional das sociedades, no surgimento de novas identidades e sujeitos sociais com demandas próprias sobre o Estado, além do fortalecimento e recomposição das velhas identidades centradas em lutas pela igualdade social e econômica (PARODI, 2004; LUSTIG, 2009; PANIZZA, 2009; PAUSADELA, 2010).

Fruto desse contexto, a ascensão das correntes políticas de esquerda e centro-esquerda ao poder traz como marca o destaque às políticas sociais com ênfase na equidade e na universalidade. Ainda que existam particularidades e diferenças entre as estratégias e os mecanismos adotados para sua operacionalização, os diferentes governos salientam, no plano discursivo, o exercício efetivo dos direitos políticos e sociais como fundamento para a expansão da cidadania e dos conteúdos qualificados da democracia (ARNSON; ARMONY, 2009). Neste marco, o direito à saúde adquire um interesse especial na agenda política e põe à prova a capacidade de inovação no desenho e operação da política setorial, ao passo que demanda a criação de uma nova institucionalidade, cuja principal característica é sua capacidade de interação com outros setores da política pública sob a premissa de entender o desenvolvimento como expansão da qualidade de vida e das condições materiais, simbólicas e culturais, que permitem o aprofundamento da democracia na sociedade (PAUSADELA, 2010).

METODOLOGIA

No intuito de compreender as principais mudanças e tendências na organização da APS no novo contexto político da América do Sul, no qual correntes de esquerda se consolidaram no governo, foram analisados quatro casos: Brasil, Venezuela, Bolívia e Uruguai. Os critérios de seleção dos países envolveram a continuidade dos governos de coalizões de esquerda/centro-esquerda no período de estudo (2000 a 2010) e a presença de mudanças constitucionais ou reformas incrementais importantes nos sistemas de saúde. O Quadro 1 apresenta uma caracterização geral dos países estudados, com dados demográficos, indicadores de saúde da população e do financiamento dos sistemas de saúde.

Trata-se de um estudo de natureza comparada que visou permitir a compreensão das diferenças e similitudes nos processos de organização da APS nos casos selecionados. A realização de estudos comparados no campo da análise de políticas públicas é relativamente recente, datando dos anos 1960/1970, embora seja uma prática bastante comum na ciência política desde seus primórdios (MENY; THOENIG, 1992). Entre as vantagens da análise comparada, os autores citam a possibilidade de aprimorar as investigações mediante a transposição de hipóteses e resultados obtidos em outros campos ou contextos; de ampliar os horizontes da análise de um caso a partir das experiências de outro; e valorizar as especificidades decorrentes do contexto

histórico, político-administrativo e cultural das políticas. Para Meny e Thoenig (1992), as desvantagens estão associadas à impossibilidade de se estabelecer generalizações, e, sobretudo aos riscos da sedução de se comparar dados incomparáveis ou se subestimar características históricas e contextuais em função de resultados comparáveis.

Para a comparação entre os países, foi construída uma matriz analítica (Quadro 2) relacionando alguns elementos importantes para a análise dos sistemas de saúde (tipo de sistema; organização; financiamento; e regulação) e aspectos relevantes para a análise da APS a partir de oito dimensões: condução; modelo de financiamento; modelo de atenção; integração na rede; intersectorialidade e ação sobre determinantes sociais; participação social; formação dos profissionais; e interculturalidade. Para atingir o objetivo proposto, este artigo se valeu de diversas fontes de informação, fazendo uso de revisão bibliográfica, análise documental, partindo dos documentos oficiais, e de dados secundários de estatísticas internacionais para descrever as características dos sistemas de saúde e APS nos países.

Análise dos casos em perspectiva comparada

As mudanças ocorridas na América do Sul após a ascensão ao poder de forças de esquerda ou centro-esquerda, na última década, representaram o início de uma ruptura com o paradigma neoliberal dominante até então e o desenvolvimento de sistemas pautados em uma concepção de saúde enquanto direito de cidadania. O caminho

Quadro 1. Caracterização demográfica e sanitária dos países selecionados

Indicadores	Brasil	Bolívia	Venezuela	Uruguai
População total (milhares)	195.423	10.031	29.044	3.372
População urbana (percentual)	86,5	66,5	93,4	92,5
Crescimento anual da população (percentual)	0,8	1,7	1,6	0,3
Expectativa de vida ao nascer em anos de vida – 2009	73,0	68,0	75,0	76,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) – 2010	17,0	42,0	16,0	9,0
Taxa de mortalidade de adultos (entre 15 e 60 anos por 1.000 habitantes) – 2009	154	167	146	119
Gasto total em saúde como % do PIB – 2009	9,0	5,1	6,0	7,4
Gasto público em saúde como % do gasto total em saúde – 2009	45,7	65,1	40,0	63,1
Gasto privado em saúde como % do gasto total em saúde – 2009	54,3	34,9	60,0	36,9
Gasto total em saúde <i>per capita</i> (PPC \$) – 2009	943,00	225,00	737,00	979,00
Gasto público em saúde <i>per capita</i> (PPC \$) – 2009	431,00	146,00	295,00	617,00

Fonte: WHO, 2012.

PPC \$: paridade do poder de compra

rumo ao aprofundamento das tendências universalistas no campo da saúde foi diferente nos países analisados, apresentando-se em graus variados.

Dentre os casos estudados, o Brasil foi o primeiro a instituir um sistema público de caráter universal, preocupado em assegurar o acesso integral e equânime aos serviços de saúde como um direito de cidadania (BRASIL, 1988; 1990). No final dos anos 1990, a Venezuela instituiu um Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) de cunho universal, intersetorial, descentralizado e participativo (VENEZUELA, 1999). Contudo, a transição do modelo de Seguro Social para a Seguridade Social ainda se mantém em curso nesse país, configurando um sistema segmentado. Pode-se afirmar que o SPNS tem se desenvolvido em torno dos Programas *Misión Barrio Adentro I y II*, como será discutido a seguir.

Diferentemente dos demais casos estudados, a Constituição do Uruguai não garantiu a saúde enquanto direito de toda a população, o que foi estabelecido em 2007 através da Lei nº 18.211, que criou o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). O SNIS articula prestadores integrais públicos e privados com o objetivo de garantir cobertura universal e atenção integral à saúde, por meio da incorporação progressiva de grupos populacionais ao sistema (ISAGS, 2011). Ao final dos anos 2000, a Bolívia instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de caráter universal (BOLÍVIA, 2009), já tendo iniciativas em direção à Saúde da Família e da Comunidade Intercultural (SAFCI) desde 2008. Todavia, o modelo de asseguarmento diversificado permanece vigente, em detrimento do acesso público universal.

Quadro 2. Matriz para análise comparada dos sistemas de saúde e atenção primária à saúde

Dimensões e questões norteadoras	Caracterização dos sistemas públicos de saúde		
	<p>Tipo de sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como o sistema se expressa no marco legal e constitucional? • Quem é coberto pelo sistema? • Qual o modelo de vinculação ao sistema de saúde (asseguarmento ou direito de cidadania)? 	<p>Organização do sistema: prestação de serviços, integração entre os níveis do sistema e participação social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quais as responsabilidades de cada esfera de governo? • Como está organizada a rede assistencial? • Quais são os mecanismos de articulação, integração e controle do sistema? • Qual o papel do setor privado? 	<p>Financiamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem financia o sistema público de saúde? Quais são as fontes de financiamento? • Qual o percentual de gasto privado no total de gasto em saúde? • Qual o gasto total e o gasto público em saúde <i>per capita</i>? • Há copagamento no setor público?
	Caracterização da atenção primária à saúde nos sistemas sanitários		
<p>Concepção de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual a concepção de APS predominante? • Qual o papel da APS no sistema de saúde? 	<p>Alocação dos recursos para APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual a participação dos entes governamentais no financiamento da APS? • Há copagamento na APS? 	<p>Modelo de atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual a estratégia predominante para a organização da APS? • Quais os tipos de serviços disponíveis na APS? • Quais profissionais atuam na APS? 	<p>Integração na rede</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual o papel da APS na rede de serviços de saúde?
<p>Intersetorialidade e ação sobre determinantes sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há conselhos e fóruns intersetoriais/(inter) governamentais? 	<p>Participação social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há conselhos de saúde locais com participação comunitária no planejamento da APS? 	<p>Formação dos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quais as principais estratégias para formação dos profissionais voltada para atuação na APS? 	<p>Interculturalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há programas de formação dos profissionais no campo da diversidade cultural ou áreas afins? • Há participação da medicina indígena nos programas de APS?

APS: atenção primária à saúde.
Fonte: Elaboração própria.

A análise dos casos será apresentada a seguir e sintetizada por meio do Quadro 3 que caracteriza e confronta dimensões dos sistemas de saúde estudados, e do Quadro 4 que sumariza características da APS nos quatro casos. Ainda que entre os quatro países se observe consenso quanto à estruturação de reformas com foco no desenvolvimento de uma APS abrangente, cabe destacar que a consolidação da universalização e dessas reformas tem enfrentado desafios institucionais que perpassam várias das dimensões de análise estudadas.

Brasil

A partir de 2003, o Brasil passou a ser governado por uma coalizão de centro-esquerda, o que representou um marco de mudança nas elites governantes no país desde o final do regime militar em 1985 (ALMEIDA, 2004; TEIXEIRA; PAIM, 2005). A ascensão de Lula, após 15 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal e público de saúde, gerou grandes expectativas em relação à implementação de mudanças para o avanço no processo de reforma sanitária no país.

Nesse momento, no que diz respeito à política nacional de APS, questionava-se como seria a condução desta política específica e se esta permaneceria ocupando lugar de destaque no novo governo, visto que permanecera ao longo de toda a década de 1990 e início dos anos 2000 como prioritária na agenda federal (CASTRO; MACHADO, 2010), período em que ocorreram importantes transformações na atenção primária no país e foram estabelecidos os principais marcos da política em relação à organização, financiamento e modelo de atenção da APS.

Vale destacar que no Brasil, nos anos 1990, optou-se pela utilização do termo atenção básica em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Diferentes estudos (FAUSTO, 2005; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009) apontam que esta opção à época ocorreu em virtude da grande resistência que havia ao termo atenção primária, associado aos movimentos ocorridos na América Latina, pautados em uma visão focalizada, seletiva e imposta pelas agências multilaterais de financiamento. Atualmente, o próprio Ministério da Saúde utiliza os termos como sinônimos, embora a necessidade de distinção em um dado momento seja reconhecida por seus dirigentes (CASTRO, 2009).

Desde 1996, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia prioritária para o fortalecimento das ações de atenção básica no SUS e este passou a ser um objeto frequente das diretrizes normativas federais. Cabe mencionar que a origem do PSF está diretamente relacionada à formulação pelo Ministério da Saúde, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A criação do PACS representou a institucionalização de experiências locais de práticas com agentes comunitários que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada e focalizada em diversas regiões do Brasil (VIANA; DAL POZ, 1998). A ausência de consenso a respeito da efetividade desse programa, bem como a necessidade de romper com o modelo assistencial tradicional, foram fatores determinantes para a fusão do PACS ao PSF.

A institucionalização do PSF gerou diversas mudanças, que envolvem o modelo de atenção, a organização do sistema e as modalidades de alocação dos recursos — e fizeram com que este se constituísse, como apontam Viana e Dal Poz (1998), em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil. Machado (2006) destaca algumas características desta política que justificam sua permanência na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, em diferentes gestões ministeriais, com elevado grau de continuidade, na maior parte dos anos 1990, tais como o caráter inovador, o foco na família e comunidade, que a tornam um atraente marco de governo.

Assim como na década de 1990, ao término dos dois mandatos do governo Lula, foi possível observar que a política nacional de atenção primária permaneceu como política prioritária, cuja ênfase estava no PSF, que passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (SAMPAIO, 2008). A cobertura populacional pela ESF é um dos indicadores do destaque conferido à APS no período, visto que esta passou de 35,7% em 2003 para 52,2% ao término de 2010 (isto é, de 16.700 equipes em 2002 para 31.700 equipes de saúde da família em 2010, um aumento de quase 100%). Além disso, ocorreram algumas inovações importantes, tais como a ampliação do escopo das ações no âmbito da APS, ainda que antigas questões não tivessem sido superadas.

Observa-se que algumas iniciativas adotadas no período de estudo lograram enfrentar fragilidades já

Quadro 3. Caracterização dos sistemas públicos de saúde no Brasil, Bolívia, Venezuela e Uruguai

Dimensões	Brasil	Bolívia	Venezuela	Uruguai
Tipo de sistema	Público Universal (artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988). Cobertura universal, definida na Constituição Federal, Lei Orgânica e normas complementares. Modelo de vinculação ao sistema baseado na concepção de saúde como direito de cidadania.	Público Universal (artigo 18 da Constituição Política do Estado de 2009). Cobertura universal, definida na Constituição do Estado. Contudo, persiste o sistema anterior de seguros diversificados de saúde para grupos específicos e para trabalhadores do mercado formal. Somente são cobertos pelo governo: idosos, gestantes, crianças até cinco anos e pessoas com deficiência. Modelo formal de vinculação baseado na saúde enquanto direito de cidadania, em contraste ao modelo vigente (asseguramento diversificado).	Público Universal (artigo 84 da Constituição de 1999). Cobertura universal, definida na Constituição. Ausência de uma Lei Orgânica da Saúde. Apesar da constituição do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) (de caráter universal), o modelo anterior permanece vigente (por meio da manutenção do Instituto Venezuelano dos Seguros Sociais), gerando um sistema segmentado. Pode-se afirmar que o SPNS tem se desenvolvido em torno do Programa <i>Misión Barrio Adentro</i> (MBA).	Estado fornece assistência gratuita apenas aos indigentes e desprovidos de recursos, conforme a Constituição de 1997. Busca-se cobertura universal progressiva, por meio da incorporação gradual de segmentos populacionais a um Seguro Nacional de Saúde (FONASA) de acordo com a Lei nº 18.211 de 2007, que cria o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) e articula seguros e prestadores públicos e privados. A saúde é compreendida como um direito de todos, contudo, o modelo formal de vinculação ao sistema está em parte associado à condição laboral e o modo de vinculação ocorre por meio da afiliação a um Seguro Nacional de Saúde.
Organização do sistema: prestação de serviços e integração entre os níveis do sistema	Gestor municipal: responsável pelos serviços de atenção primária à saúde (APS) e emergências. Gestor estadual: apoio financeiro e na organização da APS nos municípios; responsável por serviços de média e alta complexidade. Gestor federal: não tem funções na prestação. Planeja e induz a política nacional por meio de incentivos financeiros. O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê que a rede assistencial se organize por meio de regiões de saúde. Os mecanismos de coordenação entre os níveis dependem de processos de referência e contra-referência. Papel crescente do setor privado na oferta de serviços de saúde.	Esfera municipal: responsável pela administração dos estabelecimentos de saúde por meio dos Diretórios Locais de Saúde (DILoS). Esfera departamental: operacionalizar as normas emitidas pela esfera nacional e responder as necessidades de saúde locais e regionais. Esfera indígena: função participativa e de decisão em respeito à população indígena da nação. O seguro social atende aos trabalhadores assalariados do mercado formal. O setor de medicina tradicional corresponde a rede básica de saúde e serve aproximadamente a 10% da população, especialmente a rural.	No marco do Plano Nacional de Saúde, a esfera nacional determina e prioriza áreas de intervenção em saúde; e repassa recursos ao nível estadual e a serviços, de acordo com a necessidade e critérios de pertinência definidos nacionalmente. A estrutura logística pública é do Estado, em todos os níveis de complexidade do sistema. As <i>Misión Barrio Adentro I</i> (consultórios populares), <i>II</i> (diagnóstico), <i>III</i> e <i>IV</i> (rede hospitalar) se complementam para a oferta de atenção integral. Os mecanismos de coordenação entre os níveis dependem de processos de referência e contrarreferência.	Prestadores integrais do SNIS: a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), principal prestador público, as Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), prestadores privados sem fins lucrativos, além de seguros privados com fins lucrativos. São estabelecidos programas prioritários de saúde para uma atenção de qualidade e a Junta Nacional de Saúde (JUNASA) define os benefícios ofertados e controla a sua execução por esses prestadores. A JUNASA também atua sobre os mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção e estabelece política de coordenação entre serviços públicos e privados.

Quadro 3. Continuação

Dimensões	Brasil	Bolívia	Venezuela	Uruguai
Financiamento*	<p>Por meio de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (art. 198 da CF 1988).</p> <p>Formalmente, o setor privado deveria atuar em caráter suplementar, contudo, o percentual de gasto privado no gasto total em saúde foi de 54,3% em 2009. Não há copagamento no sistema público.</p>	<p>Por meio de recursos externos, do Tesouro Nacional e municípios. Proposta de aumento do percentual dos municípios, e do Tesouro Nacional, bem como o estabelecimento de percentual para a saúde no imposto sobre hidrocarbonetos.</p> <p>O gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde foi de 65,1% em 2009.</p> <p>Copagamento: a população não segurada nas formas de seguro público existentes paga pelos serviços de saúde utilizados nos estabelecimentos públicos.</p>	<p>Principalmente, por meio de recursos do Orçamento Público Nacional; havendo recursos complementares do nível estadual e municipal e do Seguro Social.</p> <p>O gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde foi de 40% em 2009.</p> <p>A prestação de serviços de saúde nos estabelecimentos públicos é gratuita e sem copagamentos.</p>	<p>Por meio de recursos do governo, das empresas e dos empregados, que compõem o Fundo Nacional de Saúde (FONASA), administrado pela JUNASA.</p> <p>O gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde foi de 63,1% em 2009.</p> <p>Existe copagamento nas IAMC, mas a atual política de regulação prevê o fim ou a redução do mesmo para alguns grupos e programas. Não há copagamentos nos serviços da ASSE (públicos).</p>
Regulação	<p>Regulação do sistema e de serviços de saúde é competência das três esferas de governo. Espaços formais de regulação e gestão compartilhada: Comissão Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais (CIT, CIB e CIR).</p> <p>Regulação sanitária exercida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em nível federal. Também exercida complementarmente pelos estados.</p> <p>Regulação de mercados em saúde realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em nível federal.</p>	<p>Regulação é responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), que é o reitor do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Regulação sanitária exercida por departamentos do MS como a <i>Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud</i> que regula o mercado farmacêutico.</p>	<p>Regulação é responsabilidade do Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS).</p> <p>O MPPS é o reitor do SPNS, responsável por garantir a integração das instituições prestadoras de serviços e outros serviços públicos em uma rede organizada por níveis, sendo a porta de entrada ao sistema o primeiro nível de atenção das unidades do <i>Misión Barrio Adentro I</i>.</p> <p>Regulação sanitária exercida pelo <i>Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria</i> (SACS), um serviço com autonomia orçamentária subordinado ao MPPS em conjunto com outros departamentos do Ministério da Saúde.</p>	<p>No âmbito da regulação de serviços, cabe à JUNASA, órgão descentralizado do Ministério de Saúde Pública, administrar o Seguro Nacional de Saúde e monitorar os prestadores integrais do SNIS, com os quais são estabelecidos contratos de gestão.</p> <p>Regulação sanitária exercida pelo Ministério de Saúde Pública (MSP) compartilhada pela Divisão de Epidemiologia e a Divisão de Avaliação Sanitária.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de: BRASIL, 1988; 1990; BOLÍVIA, 2011; LEDO; SORIA, 2011; BONVECCHIO; BECERRIL; CARRIEDO, 2011; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011; RED, 2009/2010; ISAGS, 2011.

*Os dados relativos aos percentuais de gasto em saúde foram extraídos de WHO (2012).

Quadro 4. Caracterização da atenção primária à saúde nos sistemas sanitários do Brasil, Bolívia, Venezuela e Uruguai

	Brasil	Bolívia	Venezuela	Uruguai
Dimensões	<p>Concepção abrangente explicitada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenhadas de forma democrática e participativa, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Atenção primária à saúde (APS) como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de atenção à saúde.</p>	<p>Concepção abrangente explicitada na Política de Saúde da Família e Comunidade Intercultural (SAFCI). Nessa política, a APS é ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde e constitui o eixo central para o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, centrando-se na família e na comunidade, com enfoque integral e intercultural de promoção e prevenção à saúde. Operacionalmente, constitui-se como porta de entrada para o sistema a partir de estabelecimentos de APS. Em paralelo, persiste o modelo de APS seletivo, como os programas Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) e Seguro de Saúde para Idosos (SSPAM).</p>	<p>Concepção abrangente de APS baseada na cobertura universal, análise de necessidades da população, com organização territorial e intersectorial para o enfrentamento dos determinantes sociais. Como estratégia transversal, a APS constitui o primeiro nível de atenção, com os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, no marco do enfoque promocional de qualidade de vida e saúde.</p>	<p>Concepção abrangente de APS, contemplada desde o projeto do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). APS como estratégia para reorganização do sistema de saúde, a partir dos valores defendidos em Alma Ata em 1978: cobertura universal, voltada às necessidades da população, estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, intersectorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais, entre outros. O SNIS está organizado em três níveis de atenção, com prioridade ao primeiro nível.</p>
Alocação dos recursos para APS	<p>Financiamento tripartite, porém há predomínio de incentivos financeiros federais atrelados a determinados programas. Não há copagamento na APS.</p>	<p>Financiamento do Tesouro Nacional e municípios. O Ministério da Saúde financia os recursos humanos e alguns programas públicos. Os municípios financiam o SUMI e o SSPAM, bem como a infra-estrutura e equipamentos dos estabelecimentos de saúde. Há copagamento na APS para os não cobertos por seguros públicos.</p>	<p>Financiamento do Orçamento Público Nacional. Existem recursos complementares por parte de estados e municípios. Não há copagamento na APS.</p>	<p>O Seguro Nacional de Saúde (obligatório) é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FONASA) com recursos do governo, das empresas e dos empregados. Não existe financiamento específico para a APS. Em 2008, estima-se que o gasto com APS no setor público se aproximou de 22% do total do gasto público em saúde. Há copagamento nas IAMC. Não há copagamento nos serviços públicos (ASSE).</p>
Modelo de atenção	<p>Principal estratégia: Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do sistema, pautada pelos princípios de integralidade, territorialização e adscrição de clientela. Equipe composta por médico generalista, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem. Equipe de saúde bucal composta pelo odontólogo e técnico em odontologia. Apoio matricial por meio dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) compostos por diversos profissionais (entre eles, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos etc.).</p>	<p>Embora ainda não efetivada, a Política de Saúde da Família e Comunidade Intercultural (SAFCI) é pautada nos princípios de participação social, integralidade, interculturalidade e intersectorialidade. A equipe do SAFCI constitui-se de médico, enfermeiro, assistente social e odontólogo. A rede de APS constitui-se de posto de saúde com auxiliar de enfermagem; centros de saúde com auxiliar de enfermagem e médico; e centro de saúde com leitos, composto por auxiliar de enfermagem, médico, odontólogo e técnico de laboratório.</p>	<p>Principal estratégia: Programa <i>Misión Barrio Adentro I y II</i> (MIBA I y II). A rede de Atenção Primária do <i>Barrio Adentro</i> tem enfoque integral e comunitário a partir do conceito de territórios sociais e deve assegurar atenção a todas as necessidades. Articula-se localmente com outras missões sociais que promovem a melhoria da qualidade de vida. Equipe constituída por: médico generalista integral, agente comunitário de saúde e promotor comunitário.</p>	<p>A APS é realizada pela ASSE (prestador público) em centros de saúde e IAMC (prestadores privados sem fins lucrativos) em clínicas. Os prestadores integrais públicos e privados que compõem o SNIS estão obrigados a oferecer um programa integral de benefícios que é definido pela JUNASA e inclui metas para garantia de qualidade e acesso para a APS. Não existe normativa sobre a composição da equipe de APS. Profissionais que atuam na APS: médicos de família, enfermeiros, médicos generalistas, pediatras, ginecologistas, auxiliares de enfermagem e odontólogos.</p>

Quadro 4. Continuação.

	Brasil	Bolívia	Venezuela	Uruguai
Dimensões	<p>APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de atenção. Pretende-se que seja a porta preferencial de contato com os demais níveis do sistema (atenção secundária e terciária).</p> <p>O SUS conta com o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), sistema informatizado para regulação do acesso aos serviços especializados e hospitalares; cujo objetivo é melhorar o acesso aos serviços, bem como integrar as ações de avaliação, controle e auditoria. Tal sistema, no entanto, não está implantado em todos os municípios do país.</p>	<p>Atualmente, os estabelecimentos de atenção primária são a porta de entrada do setor público para os demais níveis de atenção, inclusive dos seguros públicos e social.</p> <p>Na política SAFCI, é previsto que os estabelecimentos de saúde, organizados em três níveis, sejam as unidades básicas operativas da rede, responsáveis por outorgar atenção, promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Os três níveis são: (1) Centro SAFCI, Centro SAFCI com leitos e policlínicas; (2) hospitais de segundo nível; (3) hospitais gerais, hospitais e institutos especializados.</p>	<p>APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede. APS tem se estruturado por meio do Programa MBA I y II.</p> <p>O modelo articula ações e serviços do primeiro nível de atendimento (MBA) a serviços diagnósticos, alguns procedimentos cirúrgicos, serviços de terapia física e ocupacional, ofertas de saúde para crianças e adolescentes, de saúde mental e atenção à dependência de fármacos (MBA II).</p>	<p>Reforma baseada na APS e que privilegia o primeiro nível de atenção como porta de entrada do sistema de saúde.</p> <p>Foram estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, regulados pela JUNASA, com o segundo e terceiro níveis de atenção. Prevê-se complementaridade de serviços entre os prestadores públicos e privados.</p> <p>Meta: médico de referência para cada indivíduo, visando ao monitoramento longitudinal do usuário no sistema de saúde.</p>
Intersetorialidade e ação sobre determinantes sociais	<p>As equipes da ESF devem atuar com foco no território realizando diagnósticos de saúde, identificando problemas comunitários e organizando intervenções articuladas com outros setores sociais para enfrentar determinantes sociais da saúde. Os agentes comunitários de saúde podem ter papel de destaque nestas ações.</p>	<p>A política de SAFCI se baseia na medicina social e no enfoque de determinantes sociais da saúde. Os espaços de participação e articulação intersetorial ainda não foram constituídos, mas estão previstos na nova política: Espaços de deliberação, tais como assembleias, reuniões, comissões, conselhos e Comitês de Análise de Informação, que devem se desenvolver na comunidade e nos bairros; Mesa Municipal de Saúde; Assembléia Departamental de Saúde e Assembléia Nacional de Saúde.</p>	<p>A intersetorialidade está presente nos princípios do enfoque de qualidade de vida e saúde, que norteia a construção do Sistema Nacional Público de Saúde. No nível operativo, os Conselhos Locais de planejamento e controle da política pública coordenam ações da política social sob uma perspectiva intersetorial. As controladorias sociais buscam integrar a saúde a outras áreas da política pública. O agente comunitário de saúde e o promotor comunitário têm atribuições nesta articulação.</p>	<p>Gabinete Social (criado em 2005): reúne representantes de diversos ministérios, tendo atribuições como apresentar ao poder Executivo propostas vinculadas aos diversos ministérios que o integram e estabelecer estratégias de ação conjunta nas políticas sociais. Existem no país diversas experiências de articulação intersetorial, todavia pouco relacionadas com a ação em atenção primária.</p>
Participação social	<p>Espaços formais de participação social: Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais, Distritais e Locais. Em parte dos municípios existem Conselhos Locais de Saúde nos quais há participação da comunidade, contudo, não é possível afirmar se/ou quanto ela influi diretamente no planejamento da APS. O planejamento da APS foi discutido nos espaços formais de pactuação e deliberação intergestores.</p>	<p>Pretende-se instituir Conselhos de Saúde em nível nacional, departamental e municipal. A instituição de Conselhos de Saúde Nacional, Departamental e Municipal está prevista na política. Contudo, não é possível afirmar se/ou quanto eles influem no planejamento da APS.</p>	<p>Participação principalmente nos espaços formais de pactuação e deliberação – Conselhos Locais de planejamento da política pública. Estes têm por sua função incidir sobre a formulação, planejamento e controle social da política pública no nível local, assim como fornecer a sua articulação em uma perspectiva transsetorial.</p>	<p>Participação social no processo de formulação das políticas de saúde como um dos princípios orientadores da ação do Ministério de Saúde Pública na Reforma Sanitária Uruguia. Fóruns: criação do Conselho Consultivo; da comissão de monitoramento da FONASA, com participação de trabalhadores e empresários; e da JUNASA, com representantes dos usuários, dos trabalhadores e das empresas do setor.</p>

Quadro 4. Continuação.

	Brasil	Bolívia	Venezuela	Uruguai
Formação dos profissionais	Algumas estratégias criadas no período: Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), Pró-Saúde e Telessaúde.	Está em desenvolvimento o Programa de Educação Permanente, coordenado por especialistas em SAFCI distribuídos em centenas de municípios.	Algumas estratégias: Especialização em Medicina Geral Integral, Odontologia Integral Comunitária e graduação em Medicina Integral Comunitária.	Constituído um novo plano de estudos na Faculdade de Medicina, voltado para elementos fundamentais da APS, além da criação da especialidade de Medicina Familiar e Comunitária. Há necessidade de se pensar em estratégias para enfrentar a falta de médicos generalistas e de enfermeiros.
Interculturalidade	É um dos eixos estruturantes da política de Práticas Integrativas Complementares no SUS, lançada em 2006.	Presença forte na Política SAFCI, definida como uma abordagem sociocultural para o exercício da prática médica entre pessoas culturalmente diferentes (profissionais de saúde, curandeiros e usuários), onde cada qual se predispõe ao diálogo horizontal com base no respeito, no reconhecimento, valorização e aceitação dos diferentes saberes, promovendo sua articulação e complementaridade para melhorar a capacidade de atuar de maneira equilibrada na solução dos problemas de saúde.	Enfoque pluricultural em saúde presente nos princípios do projeto do Sistema Nacional de Saúde de 2004, no Programa MBA I y II e nos fundamentos da formação dos novos profissionais de saúde (por meio da experiência curricular da Medicina Integral Comunitária).	Não está prevista.

Fonte: Elaboração própria a partir de: BRASIL, 2006; LEDO; SORIA, 2011; BOLÍVIA, 2011; OPAS, 2006; EUROSOCIAL SALUD, 2007; RED, 2009/2010.

identificadas com relação à atenção primária à saúde no país. Nesse sentido, foram estratégias prioritárias a expansão da ESF para os grandes centros, por meio do programa PROESF, a ampliação das ações na atenção básica, a incorporação de novos profissionais à Estratégia — por meio da criação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) — e a criação de programas voltados para a mudança na formação de recursos humanos e educação permanente, tais como PET-Saúde e o Pró-Saúde.

Outra estratégia importante que ganhou destaque no período foi a Política Nacional de Saúde Bucal. Ainda que no governo anterior tivessem sido tomadas as primeiras iniciativas com intuito de enfrentar o desafio de melhorar a atenção odontológica no SUS e reverter os péssimos indicadores de saúde bucal da população brasileira, foi no período de 2003 a 2010 que a Política Nacional de Saúde Bucal obteve lugar de destaque e novos contornos, ampliando sua abrangência e conferindo-lhe caráter inovador. Isso se expressa, por exemplo, no crescimento do número de equipes de saúde bucal, que em 2003 eram 6.170 e passam para 20.424 em 2010.

No que diz respeito ao financiamento federal da atenção básica, permanece a fragmentação, com criação de diversos novos incentivos financeiros atrelados à adesão de programas por estados e municípios. Ainda que os recursos destinados à atenção básica fossem insuficientes (CASTRO; MACHADO, 2010), observou-se o esforço do gestor federal em garantir um aporte maior de recursos para esta política. Além disso, pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS. A utilização destes indicadores está associada à busca da equidade, uma das atribuições do gestor federal na implementação de um sistema nacional de saúde em um país federativo e tão desigual como o Brasil.

No que diz respeito à participação social no processo de formulação da política de atenção básica no âmbito nacional, é possível afirmar que, embora bastante complexa, ela foi amplamente compartilhada com os diferentes atores que influenciam a configuração dessa política. A participação ocorreu principalmente nos espaços formais de pactuação e deliberação, com destaque

para Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, o que representa um avanço para a consolidação do SUS.

Embora a APS tenha ocupado lugar central na nova agenda federal, em uma perspectiva abrangente, ainda há numerosos desafios a serem enfrentados. Dentre estes, destaca-se a formação de redes regionalizadas e a superação do modelo fragmentado e segmentado de atenção à saúde, em que a participação do setor privado é bastante significativa e caracterizada pela oferta de serviços altamente diversificados e especializados. Vale mencionar que a permanência deste modelo é em parte favorecida pela existência de subsídios públicos à saúde privada. Além disso, aumentar a resolutividade da APS é uma questão importante para a consolidação deste nível de atenção como porta de entrada preferencial do sistema e serviço de procura regular, como defendido pela política nacional.

O enfrentamento desses desafios é fundamental para que ocorra a consolidação da atenção primária à saúde no país como estratégia estruturante do SUS, principalmente no que se refere à efetivação de seu papel como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Bolívia

A vitória do partido socialista na Bolívia reacendeu a esperança de interrupção do processo de reformas neoliberais que marcaram o país por mais de 15 anos. Eleito em 2006, Evo Morales, liderança indígena do partido *Movimiento al Socialismo*, iniciou ações transformadoras em diversas dimensões.

No âmbito da saúde, a nova presidência defrontou-se com um sistema de saúde fragmentado, de qualidade questionável e com acesso limitado da população aos serviços, com reflexos sobre os indicadores de saúde (SILVA *et al.*, 2009). No entanto, ainda em 2006, o Ministério da Saúde apresentou um plano para redesenhar a política de saúde do país, revelando vontade política e ideias inovadoras (SILVA *et al.*, 2009).

Em 2008, o Decreto Supremo nº 29.601 estabeleceu como modelo de atenção e gestão da saúde no país a Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI). Tal modelo objetiva contribuir para o acesso efetivo aos serviços de saúde abrangentes; fortalecer e aprofundar

a participação social efetiva na tomada de decisões e na gestão compartilhada da prestação de serviços de saúde que levem em conta o indivíduo, a família e a comunidade; e aceitar, respeitar, apreciar e articular a medicina biomédica com a medicina dos povos indígenas e camponeses, contribuindo para a melhoria das condições de vida da população (BOLÍVIA, 2011). Cabe destacar que a APS foi implementada na Bolívia, inicialmente, na década de 1980, como um dos pacotes das reformas neoliberais, baseado no modelo seletivo, pautado em programas focalizados que persistem até os dias atuais no país. Atualmente, a denominação APS não é utilizada, distanciando-se da política anterior, e tem sido tratada nos termos da Saúde Familiar Comunitária Intercultural e da Gestão Compartilhada da Saúde (BOLÍVIA, 2011).

Em 2009, o governo deu continuidade às tentativas de mudanças na política de saúde e instituiu por meio da nova Constituição Política do Estado Plurinacional da Bolívia, o SUS, que deveria ser não só universal, mas equitativo, gratuito, participativo, intra e intercultural, com qualidade, eficácia e controle social. A Carta Magna não aborda diretamente a APS, mas estabelece que o Estado deva priorizar ações de promoção e prevenção de doenças e fomentar a participação popular na gestão e na tomada de decisões no sistema público de saúde (BOLÍVIA, 2009).

As principais ações pretendidas para o modelo de atenção primária boliviano envolvem a promoção, prevenção e educação em saúde, consultas ambulatoriais, internação para observação (nos estabelecimentos com leitos) e visitas domiciliares (BOLÍVIA, 2011) (Quadro 4). Dentre seus objetivos prioritários, está a participação social, com intuito de diminuir as barreiras culturais de acesso aos serviços de saúde e estimular a participação dos povos indígenas. Para isto, pretende-se instituir conselhos de saúde a nível nacional, departamental e municipal.

O sistema de saúde boliviano é segmentado e apresenta quatro setores: o sistema público; o de seguridade social; o privado; e o de medicina tradicional (Quadro 3). Além do seguro social para os trabalhadores do setor formal, existem seguros focalizados em programas públicos voltados para populações específicas, como o Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para mães

e crianças menores de 5 anos; o Seguro de Saúde para Idosos (SSPAM), para maiores de 60 anos; e o Programa Multissetorial de Desnutrição Zero, cujo objetivo é erradicar a desnutrição aguda e crônica em crianças menores de 5 anos. Já as unidades de saúde se encontram organizadas em redes, classificadas como: Redes Municipais de Saúde, compostas por unidades de atenção primária e hospitais de segundo nível; e Redes Departamentais da Saúde que incluem várias redes municipais e o terceiro nível de atenção (LEDO; SORIA, 2011).

A política de Saúde Familiar Comunitária Intercultural se baseia na medicina social e no enfoque de determinantes sociais da saúde. A APS na Bolívia está voltada para a população que possui algum seguro público, sendo constituída por diferentes instalações físicas tais como Postos de Saúde, Centros de Saúde e Centro de Saúde com leitos. Cabe reiterar que a população não beneficiária dos seguros públicos realiza desembolso direto pelos serviços que recebem nesses estabelecimentos, que estão a cargo dos municípios. Prevê-se abolir estes copagamentos em 2012 (BOLÍVIA, 2011).

O sistema público é financiado por recursos tanto do Tesouro Nacional quanto de financiadores e doadores externos. O Tesouro Nacional, maior financiador público, é o responsável pelo pagamento dos profissionais da saúde e pelos programas nacionais de saúde. Os municípios financiam o SUMI e SSPAM e, além disso, são responsáveis pela infraestrutura e equipamentos dos estabelecimentos públicos de saúde. Já os recursos externos destinam-se principalmente para investimentos em saúde (BOLÍVIA, 2011; LEDO; SORIA, 2011).

No que diz respeito aos recursos humanos, o Ministério da Saúde e Esportes reconhece uma má distribuição e escassez de profissionais de saúde, principalmente médicos na zona rural (BOLÍVIA, 2011). A inexistência de uma política de recursos humanos associada à predominância do setor privado na formação resulta na falta de profissionais para responder às necessidades da nova proposta do SUS. Na avaliação do Ministério da Saúde e do Desporto, na atualidade, os profissionais são formados sob a lógica mercantilista, sem estímulo à solidariedade e ao trabalho em equipe, modelo oposto ao que o país está propondo (BOLÍVIA, 2011). A única experiência prática da Estratégia de Saúde Familiar Comunitária Intercultural é através da

Residência Médica nessa especialidade e com as Equipes Móveis SAFCI. Tal experiência ainda é restrita a alguns municípios (BOLÍVIA, 2011).

Em síntese, ainda que esforços tenham sido feitos no sentido de reformar o sistema de saúde boliviano como a implantação de um modelo assistencial integral com a Saúde Familiar Comunitária Intercultural, persiste um sistema de saúde segmentado com predomínio do modelo de APS seletiva. A segmentação entre diferentes tipos de seguros e coberturas, bem como a fragmentação das redes constituem importantes problemas do sistema, produzindo profundas iniquidades no acesso aos serviços de saúde, permanecendo elevados níveis de exclusão.

Venezuela

A ascensão de Hugo Chaves à presidência em 1999 significou a queda do antigo regime político e implementação de reformas estruturais do Estado e suas instituições, na tentativa de contrapor às tendências neoliberais dos anos 1990. Tais reformas ocorreram em um contexto de polarização política e social, bem como de instabilidade institucional.

A nova Constituição, finalmente acordada em 1999, reconheceu a saúde como um direito social a cargo do Estado, e estabeleceu a obrigatoriedade da criação do SPNS, como um subsistema do Sistema de Proteção Social com caráter intersetorial, descentralizado e participativo (VENEZUELA, 1999). Porém, até o presente momento, a Venezuela não conta com uma lei orgânica da saúde que possa harmonizar as estruturas institucionais prévias a 1998 e as iniciativas governamentais atuais, tais como o Programa *Misión Barrio Adentro I y II* (MBA I y II), e estas, com as mudanças previstas na nova carta constitucional.

Com o advento do governo Chaves e a nova Constituição, a reforma em saúde parece ter seguido dois caminhos. O primeiro pode ser considerado como a via formal, e até certo ponto apenas discursiva, que no fraco plano de regulamentação concebe a organização do SPNS a partir do desenvolvimento do nível local por meio da estratégia de APS abrangente, de forma articulada aos instrumentos de planejamento e controle social. O segundo está relacionado ao imperativo fático, ou seja, ao que foi possível diante da

realidade marcada pela crise gerada pela greve patronal e pela tentativa de golpe de Estado em 2002, com todas as suas negativas consequências para a estabilidade institucional do país, para sua economia e das próprias famílias (RODRÍGUEZ, 2010). Por meio da reforma, pretendeu-se mudar o sistema de saúde como um todo.

A APS teve destaque na política de saúde com desenvolvimento do Programa MBA I y II (Quadros 3 e 4). A *Misión Barrio Adentro* (MBA) desenvolve uma estratégia estatal inscrita a territórios e ligada aos sistemas de participação social na esfera do planejamento e fiscalização transestrial da política pública no nível local, estabelecida pela Constituição Política do país. A MBA inscreve-se no movimento da APS abrangente, integrada a outras 'missões sociais' que procuram garantir a inclusão social e o exercício efetivo de direitos sociais para toda a população. Com enfoque comunitário e a expansão de uma estrutura de consultórios chamados de 'populares', que servem igualmente como habitação aos profissionais de saúde, as equipes desenvolvem ações de atenção médica e odontológica, de prevenção da doença e promoção da saúde, o que constitui o primeiro nível de atenção (MBA I). Com mecanismos de coordenação da rede de serviços, esta estratégia é complementada com um segundo nível de atenção (MBA II), conformado pelos Centros de Diagnóstico Integral que procuram fornecer o diagnóstico precoce — incluem endoscopia, oncologia, citologia, laboratório clínico, eletrocardiografia, oftalmologia, urgências, raio-X, ultrassom e alguns procedimentos cirúrgicos; as salas de reabilitação integral, com capacidade para ofertar serviços de terapia física e ocupacional; este nível é complementado pelas clínicas populares e ambulatórios de especialidades com ofertas de saúde para crianças e adolescentes, de saúde mental e atenção a dependentes de fármacos.

Ainda que se incorpore nos territórios uma estratégia de formação de pessoal de saúde ao nível de especialidade com programas de Medicina Geral Integral, Odontologia Integral Comunitária e a formação de graduados em Medicina Integral Comunitária, uma grande parte do Programa ainda é desenvolvida por médicos cubanos.

Apesar dos problemas relativos às difíceis condições derivadas das mudanças sociopolíticas e sociais e institucionais no setor saúde, a MBA mostra uma expansão significativa da infraestrutura e incremento de 97% no

número de consultas realizadas entre 2003–2007 (MPPS, 2008). Além disso, os índices de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade em menores de cinco anos, mais diretamente relacionados com a APS, mostram algumas melhorias, todavia, ainda não muito significativas se comparadas a 2003 (GONZÁLEZ, 2005).

Mas estes resultados relativamente positivos podem ser afetados por problemas estruturais derivados da organização do Sistema de Saúde. Na prática, podem-se identificar três estratos populacionais que são atendidos por subsistemas diferentes: 1) A população marginalizada e mais pobre, urbana e rural, é atendida principalmente pela MBA; 2) A população do setor formal da economia é atendida pelo Instituto Venezuelano da Seguridade Social (IVSS); neste mesmo estrato, as forças armadas, o setor educativo e universidades participam com caixas próprias. Neste caso, a fonte de recursos são as cotizações dos mesmos trabalhadores, os empregadores e o governo, com taxas diferenciadas estabelecidas pela lei de seguro social; 3) A população com mais alta renda utiliza seguros privados.

Com a ausência da lei orgânica da saúde, os processos de adequação aos novos princípios valorativos e operativos têm sido lentos, difíceis e algumas vezes até contraditórios (GONZÁLEZ, 2005; BONVECCHIO; BECERRIL; CARRIEDO, 2011). Este fato dificulta a harmonização dos processos de integração funcional, de direção e de governança do setor; mas, além disso, limita a integração aos outros subsistemas do seguro social, assim como deste, com as outras instituições dos poderes do Estado. Os mecanismos de avaliação, de planejamento, controle e os critérios de alocação de recursos da MBA seguem sendo assuntos críticos e parte de uma agenda a se considerar (BONVECCHIO; BECERRIL; CARRIEDO, 2011).

Uruguai

O processo de reforma sanitária no Uruguai teve início com as eleições presidenciais em 2004, quando uma coalizão de esquerda foi eleita. Novas leis e decretos introduziram as principais mudanças no sistema, voltadas para os modelos de atenção, de financiamento e de gestão. Nesse contexto, destaca-se a Lei nº 18.211 de dezembro de 2007, que cria o SNIS e apresenta a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

O SNIS está pautado nos princípios de cobertura universal, equidade, continuidade do cuidado de forma oportuna, integralidade, qualidade da atenção e respeito aos direitos dos usuários. As responsabilidades do Estado foram expandidas, de modo que o Ministério de Saúde Pública assumiu funções como elaborar, organizar e controlar o funcionamento do sistema, registrar e habilitar os prestadores de serviços de saúde, além de fiscalizar sua articulação no sistema (ISAGS, 2011).

O país segue o processo recente de renovação da APS nas Américas, tendo esta como estratégia para reorganização do sistema. O novo modelo de atenção privilegia o primeiro nível de atenção, que é porta de entrada do sistema, e sua integração com os níveis secundário e terciário, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência, na construção de uma atenção integral à população (EUROSOCIAL SALUD, 2007).

Os prestadores integrais do SNIS, responsáveis pela oferta de serviços à população coberta pelo Seguro Nacional de Saúde, são: a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), principal prestador público com cobertura nacional; as Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), mútuas ou cooperativas privadas sem fins lucrativos; e os seguros privados integrais com fins de lucro. Além desses, existem diversos prestadores públicos e privados que oferecem níveis diversos de integralidade na assistência, como os hospitais universitário, policial e militar e os planos odontológicos e cirúrgicos, respectivamente. Estão previstas etapas de incorporação de segmentos populacionais ao seguro nacional, que deve cobrir 71% da população em 2016 (ISAGS, 2011).

Os mecanismos de financiamento do sistema foram redefinidos com a criação do Seguro Nacional de Saúde, que funciona como um seguro social (vinculado à condição laboral), ao qual está associado o Fundo Nacional de Saúde (FONASA) que recebe recursos do Estado, das empresas e dos empregados e é administrado pela Junta Nacional de Saúde (JUNASA), órgão do Ministério de Saúde Pública. Para a cobertura de atividades de baixa prevalência que requerem tecnologia de alto custo, existe o Fundo Nacional de Recursos, que cobre procedimentos como cateterismo cardíaco, angioplastia, diálise, entre outros. Não está previsto um financiamento específico para a APS (ISAGS, 2011).

Na gestão do sistema, a JUNASA tem papel fundamental, pois estabelece contratos de gestão com os prestadores integrais, públicos e privados, que são obrigados a oferecer um programa integral de benefícios aos usuários. Os prestadores são pagos através de transferências com base em um valor *per capita*, a '*cuota salud*', ajustado por risco (sexo, idade) e por cumprimento de metas assistenciais, através de incentivos vinculados a programas da APS. Cabe à JUNASA acompanhar a execução desses programas, que são definidos pelo Ministério de Saúde Pública, além de fazer a coordenação entre os prestadores, de modo que os serviços públicos e privados funcionem de maneira complementar (Red, 2009/2010).

Algumas dificuldades podem ser observadas para concretização da APS no Uruguai, de modo a ser percebida uma prática ainda distante da teoria de acordo com Sollazzo e Berterretche (2011). Mesmo sendo a estratégia de reorientação do sistema, os recursos destinados a APS ainda são considerados insuficientes. Quanto à formação dos profissionais, observa-se uma queda na formação de médicos generalistas e de profissionais de enfermagem, mas novos esforços têm sido realizados, como a construção de um novo currículo e a criação da especialidade medicina familiar e comunitária. Não existe normativa sobre quais profissionais devem fazer parte da equipe de APS, mas parece haver consenso quanto à participação do médico de família e do enfermeiro (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

A cesta de serviços ofertada na APS é considerada inadequada e diferenças são notadas segundo o local e o meio (urbano ou rural), de modo que a regionalização é um processo considerado fundamental para coordenação dos serviços. A integração vertical, entre os níveis de atenção, apresenta dificuldades, de acordo com a região, se na capital ou no interior, e com a atuação dos gestores. Quando existem, os mecanismos de referência e contrarreferência são considerados insatisfatórios (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

DISCUSSÃO

O chamado 'relançamento' da APS, impulsionado pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização

Pan-americana da Saúde, no contexto da América do Sul, buscou resgatar os referências de Alma Ata como parte de um processo de reposicionamento frente às consequências sociais dos ajustes macroeconômicos no contexto de liberalização dos anos 1990. Nesse sentido, Silva *et al.* (2009, p. 274) afirmam que:

En la primera década del siglo XXI, los países latinoamericanos continúan distanciándose de los modelos neoliberales y están jugando un papel activo en el revivir la Atención Primaria Integral en Salud.

O deterioramento dos indicadores de saúde, o aumento das iniquidades e o crescimento da pobreza, assim como a crise originada no desgaste dos sistemas políticos de cunho neoliberal, foram fatores essenciais para recolocar na agenda pública dos países estudados a discussão sobre APS.

Os casos estudados apontam para mudanças na estrutura dos sistemas de saúde em direção à universalização e evidenciam como tendência a necessidade de se avançar para uma 'APS abrangente de fato'. Ou seja, compreender a APS como o principal eixo de organização dos sistemas de saúde, dada sua importância na possibilidade de desenvolver modelos de atenção integral baseados na promoção da saúde e a prevenção da doença, voltados para a intersetorialidade e para o reconhecimento das comunidades como atores políticos dentro do sistema, com ações definidas no campo do planejamento e controle sobre os serviços. Nesse sentido, é preciso destacar que o curso específico tomado nos diferentes países está fortemente determinado tanto pelas condições históricas da organização em saúde, as características das instituições a serem reformadas, seus sistemas políticos e administrativos, assim como pelos contextos sociopolíticos em que ocorreram tais reformas.

O processo de reestruturação da APS, no Brasil, aproxima-se de uma concepção de APS abrangente, visto que define a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de atenção, em uma perspectiva integrada à rede, preocupando-se com o estabelecimento de vínculo entre população e profissionais de saúde, com a intersetorialidade e a participação comunitária.

Contudo, enfrenta desafios impostos pela estrutura federativa do país e pelas grandes iniquidades regionais, além de um importante crescimento do setor privado, que não contribui com os esforços públicos de organizar a APS como o eixo nuclear do sistema de saúde como um todo. Conill, Fausto e Giovanella (2010) ressaltam que apesar dos efeitos positivos promovidos pela ampliação da cobertura da ESE, a fragilidade do processo de regionalização dos serviços e dos mecanismos de referência entre níveis de atenção têm comprometido a integralidade no SUS.

As características da renovação da APS no caso da Venezuela revelam um processo complexo condicionado pela polarização política e social do país. Ainda assim, cabe destacar o movimento em direção à concepção de APS abrangente por meio do Programa MBA, que se pauta na perspectiva de APS integrada à rede, visando ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde. Além dos condicionantes sociopolíticos, a reforma orientada pela APS é diretamente atingida pela instabilidade institucional do setor saúde, marcado por uma regulação estatal frágil, forte centralismo na gestão pública e o enfrentamento entre o Estado e as diferentes categorias de profissionais da saúde, com destaque para o embate com o contingente considerável de médicos cubanos que assumiram postos de atendimento no Programa MBA.

O caso do Uruguai sugere avanços no que diz respeito à institucionalização de um sistema sanitário pautado na concepção de universalidade e de APS abrangente como estratégia reordenadora, contudo, frente à diversidade de prestadores este alcance parece ser incipiente, situando-se assim como em parte na experiência brasileira no primeiro nível de atenção. A reforma baseada na APS privilegia o primeiro nível de atenção como porta de entrada do sistema de saúde, tendo sido estabelecidos mecanismos de referência e contrarreferência com os demais níveis de atenção. Apesar de alguns instrumentos que contribuem para a operacionalização da APS no campo do planejamento e gestão, ainda existem dificuldades para sua concretização, que envolvem, sobretudo, a consolidação da universalidade no acesso ao sistema, além do desenvolvimento de uma política de formação de recursos humanos adequada às suas necessidades e da integração assistencial.

No caso da Bolívia, o contexto social com forte presença indígena, de ruralidade extensa e histórica exclusão, levou a um enfrentamento com a elite política tradicional, situação que condicionou o desenvolvimento da APS. Buscando superar a história de uma APS segmentada e restrita, a Bolívia voltou-se para o desenvolvimento de uma APS abrangente, com destaque para organização dos serviços sob enfoque intercultural. Percebe-se que a Bolívia enfrenta dificuldades importantes para pôr em prática as políticas propostas, com destaque para a permanência de seguros públicos seletivos por grupo populacional, programas verticais e recursos humanos formados em uma concepção contrária à almejada. Embora formalizado na Constituição, o SUS não conseguiu abandonar o modelo de seguros e programas públicos focalizados e se aproxima mais do 'universalismo básico', ao manter o sistema de seguros segmentados e não horizontalizar os programas verticais vigentes, como também demonstrado por Silva *et al.* (2009). Mas é fato que as propostas contidas nos marcos legais parecem direcionar para uma APS abrangente, fugindo do modelo seletivo e focalizado, que até pouco tempo parecia encaminhar as políticas de saúde do país. Assim, ao apontar e definir o caminho, o país demonstra uma ação transformadora que busca maior equidade para a população boliviana.

Sobre os processos de reforma orientados pela APS na América Latina, Labonté *et al.* (2009) ressaltam

que é mais provável encontrar a APS integral nos países que possuem compromissos políticos com a equidade, um direito legal e constitucional à saúde garantido pelo Estado, e onde as políticas claramente identificam a atenção primária, a participação da comunidade e a ação intersectorial como componentes da APS. Os países analisados apresentam tais elementos nas reformas dos seus sistemas de saúde, com ênfases e graus variados, determinando como tendência a necessidade de aprofundamento das reformas com foco na APS abrangente. Como alertam Conill, Fausto e Giovanella (2010), após análise da integração da APS nos sistemas de saúde de alguns países da América Latina, apesar das mudanças em direção à universalização, problemas como a segmentação com fragmentação dos serviços permanecem presentes.

Em suma, o novo contexto político nos países analisados deslocou o foco das políticas para a universalização e para modelos assistenciais fundados em uma APS integral com avanços na última década. Em geral, foi possível observar mudanças constitucionais com afirmação do direito à saúde, inovações importantes voltadas para implementação de uma APS abrangente e implementação incremental. No entanto, permanecem numerosos desafios relacionados ao contexto histórico institucional de cada um dos casos analisados a serem enfrentados para que ocorra a consolidação da APS nesses países como estratégia estruturante de seus sistemas de saúde. ■

Referências

ALMEIDA, M.H.T. A política social no governo Lula. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 70, p.7-17, 2004.

ARNSON, C.; ARMONY, A. *La nueva izquierda en América Latina: Derechos Humanos, Participación Política y Sociedad Civil*. Woodrow Wilson Center Update on the Americas. Washington: Universidad Torcuato Di Tella., 2009.

BOLÍVIA. *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, publicada em 07 de fevereiro de 2009. Disponível em: <<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/edicions/view/NCPE>>. Acesso em: 18 fev 2012.

_____. Decreto Supremo nº 29.601 de 11 de junho de 2008. *Establece el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI*.

Disponível em: <<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/29601>>. Acesso em: 18 fev 2012.

_____. Ministerio de Salud y Deportes. *Sistema de Salud en Bolivia*. La Paz: Sistema de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, 2011.

BONVECCHIO, A.; BECERRIL, V.; CARRIEDO, A. Sistema de Salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 53, suppl. 2, p. 275-286, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Orgânica da Saúde – 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*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, A.L.B. *A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008*. 2009. 215 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 1, p.15-27, 2010.

EUROSOCIAL SALUD. *Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención*. República de Uruguay. Elaborado por el equipo de técnicos del Proyecto Uruguay Saludable de la DIGESA y de la Sub-Dirección General de Atención Integral del Interior (ASSE). MSP – Uruguay, 2007.

FAUSTO, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. 261 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GONZÁLEZ, M. Políticas de Salud en Venezuela: Ni lo urgente ni lo importante. *Anales Venezolanos de Nutrición*, Caracas, v. 18, n. 1, p. 39-44, 2005.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE (ISAGS). *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidade, integridade y equidade*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2011.

LABONTÉ, R. *et al.* Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 8, n. 16, p.14-29, 2009.

LEDO, C.; SORIA, R. Sistema de salud de Bolivia. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 53, suppl. 2, p. 109-119, 2011.

LUSTIG, N. Desigualdad y Pobreza bajo las nuevas izquierdas en América Latina. In: ARNISON, C.J.; JARA, J.; ESCOBAR, N. *Pobreza, desigualdad y la "nueva izquierda" en América Latina*. Woodrow Wilson Center Update on the Americas, Gobernabilidad Democrática y la 'Nueva Izquierda', n. 6, FLACSO Chile, 2009. p.5-10.

MACHADO, C.V. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENY, I.; THOENIG, J.C. La dimensión comparativa de las políticas públicas. In: Meny, I.; Thoenig, J. C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 1992. p. 223-244.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (MPPS). *Informe ONU – Ginebra*. 2008. Disponível em: <<http://www.onuginebra.gov.ve/content/view/1>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

MOREIRA, C. Los dilemas de La Nueva Izquierda Gobernante en América Latina. *Pensamiento Plural*, Pelotas, n. 1, p.49-64, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento. Washington: Panamerican Health Organization, PAHO/WHO, 2005.

_____. *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Centro de Documentación e Información. Caracas: OPAS, 2006.

PANIZZA, F. Nuevas Izquierdas y democracia en América Latina. *Revista CIDOB d'Àfers Internacionals*, Barcelona, n. 85-86, p. 75-88, 2009.

PARODI, T. C. América Latina: Buscando el rumbo perdido. *ICONOS-FLACSO*, Quito, n. 19, p. 35-42, 2004.

PAUSADELA, I. M. *Las Izquierdas Latinoamericanas: de la oposición al Gobierno*. Buenos Aires: CLACSO, 2010.

RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR DE AMÉRICA LATINA (RED). *Atención Primaria en Salud: modelos asistenciales, integración al sistema de salud e intersectorialidad en contextos urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay*. *Correo Salud*, n. 12, 2009/2010.

RODRÍGUEZ, P. R. Venezuela: Del neoliberalismo al socialismo del siglo XXI. *Revista Política y Cultura*, Villa Quietud, n. 31, p. 187-211, 2010.

SAMPAIO, L.F.R. Debate sobre o artigo "Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p.19-21, 2008.

SILVA, H.T. *et al.* Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la atención primaria integral de salud para impactar los determinantes sociales en salud. *Medicina Social*, Nova York, v. 4, n. 4, p. 272-282, 2009.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2829-2840, 2011.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

VENEZUELA. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, publicada em 30 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://pdba.georgetown.edu/constitutions/venezuela/ven1999.html>>. Acesso em: 08 fev 2012.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M.A. Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, suppl. 2, p. 11-48, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. *The World Health Report*, 2008. Geneva: WHO, 2008.

Recebido para publicação em Maio/2012

Versão definitiva em Agosto/2012

Suporte financeiro: Teasdale-Corti Global Research Partnership Program; financiado pela Canadian Global Health Research Initiative.

Conflito de interesses: Inexistente