

# MELHORIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL:

*ESTRATÉGIAS  
EM UM SISTEMA  
DE SAÚDE  
DESCENTRALIZADO*

## QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA:

- Como os estados podem apoiar de forma mais eficaz os municípios para melhorar a prestação de serviços de atenção primária à saúde, considerando a natureza descentralizada do SUS (Sistema Único de Saúde)?

## O PROBLEMA:

O sistema nacional de saúde público e universal do Brasil, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado em 1990 para operacionalizar o direito à saúde, garantido pela Constituição Brasileira de 1988<sup>1</sup>. O SUS é caracterizado, entre outras coisas, por sua universalidade, governança descentralizada, e financiamento total insuficiente quando comparado a sistemas semelhantes<sup>1</sup>. Apesar de seus desafios, o SUS levou a resultados positivos em vários indicadores de saúde e inclui uma estratégia de atenção primária à saúde (APS) robusta e reconhecida internacionalmente<sup>2,3</sup>.

Apesar de seu relativo sucesso, a estratégia brasileira de APS ainda enfrenta muitos desafios, incluindo: variação injustificada na prestação de serviços, número excessivo de pessoas sob a responsabilidade de cada equipe médica, escassez de profissionais de saúde, má qualidade do treinamento, alta rotatividade de profissionais (reduzindo o poder do cuidado longitudinal), especialmente de médicos, subvalorização desses profissionais (em termos de status social e remuneração), elevação do padrão de gestão e das relações de trabalho, e deficiências tecnológicas e de infraestrutura<sup>4-6</sup>.

Durante os primeiros 30 anos do SUS, as secretarias municipais de saúde se destacaram pela implementação de políticas públicas de saúde no Brasil sob a diretriz da descentralização e, especialmente, da política nacional de atenção primária, com apoio quase exclusivo do governo federal. As secretarias estaduais de saúde tiveram dificuldades para apoiar os municípios durante esse período. No entanto, o SUS está agora enfrentando desafios que exigem uma nova forma de operar o pacto federativo, o que convida um repensar dos possíveis caminhos para os estados apoiarem a implementação da atenção primária.

## RESUMO DAS OPÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

Há fortes argumentos que sugerem que o papel das secretarias estaduais de saúde (SES) no SUS se beneficiaria de reformas robustas. Este *policy brief* sugere que a proeminência relativa atribuída aos municípios durante os primeiros anos do SUS poderia agora ser parcialmente transferida para os estados brasileiros, e que as SESs seriam um ator estratégico na viabilização de uma nova versão da gestão interfederativa<sup>7</sup>. Os estados estariam desempenhando um papel novo e aprimorado, alcançado por meio de um processo que exigirá grande esforço técnico e político<sup>8</sup>.

Essa nova função do SES seria operacionalizada por meio do fortalecimento das instituições em dois níveis: primeiro, as estruturas de gestão regional dentro dos governos estaduais e, segundo, as comissões regionais existentes, onde a gestão é realizada de forma colegiada, entre estados e municípios. Este *brief* sugere que esse processo deve abranger não apenas o fortalecimento institucional, mas também a ampliação da agenda nesses dois espaços para incluir de forma mais proeminente as questões de atenção primária à saúde que atualmente são negligenciadas e vistas como domínio exclusivo dos municípios.

As três principais mudanças sugeridas por este *brief* estão resumidas abaixo:

- Os estados foram, de certa forma, deixados de lado na arquitetura institucional do SUS, um problema que contribui para a fragilidade do processo de regionalização. O fortalecimento dos órgãos de gestão regional das secretarias estaduais de saúde, fornecendo-lhes mais recursos e uma gestão mais profissional, poderia contribuir para um novo e mais produtivo equilíbrio no SUS.
- As comissões intergovernamentais regionais, que reúnem gestores estaduais e municipais em cada região de saúde, não estão cumprindo seu objetivo declarado de facilitar as práticas dessas comissões, para que elas se envolvam mais plenamente no planejamento e nas negociações com outras partes interessadas relevantes da área da saúde na região, incluindo os provedores.
- A atenção primária à saúde no Brasil é principalmente uma questão de responsabilidade municipal, embora os municípios tenham contado historicamente com amplo apoio financeiro e técnico federal. Um sistema de atenção primária mais eficaz, com maior apoio financeiro e técnico dos estados, tem o potencial de melhorar os resultados em todos os níveis de atendimento. Portanto, este *brief* incentiva a inclusão de questões e desafios da atenção

primária à saúde (por exemplo: contratação de médicos via contratos de longo prazo, realização de concursos públicos seguros e de qualidade, melhoria da infraestrutura, e profissionalização das relações de trabalho) na agenda dos governos estaduais e das comissões regionais compartilhadas.

Este *brief* explica a lógica dessas recomendações e propõe como as secretarias estaduais de saúde e as partes interessadas do SUS podem contribuir para a implementação dessas mudanças.

## SAÚDE NO BRASIL

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, oferecendo acesso à saúde para mais de 200 milhões de pessoas. Ele abrange a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação<sup>1</sup>. O gasto total com saúde no Brasil representa 9,5% do PIB, embora menos da metade (4% do PIB) se refira a gastos públicos, o que é baixo quando comparado aos gastos públicos em outros países com sistemas universais de saúde<sup>2</sup>. Para fins de comparação, em 2018, o gasto público médio com saúde nos países da OCDE foi de 7,3% do PIB<sup>2</sup>.

Apesar de seu subfinanciamento, o SUS alcançou resultados robustos em termos de melhoria no acesso aos serviços de saúde, especialmente na atenção primária à saúde, no atendimento de doenças. Isso resultou em maior satisfação dos usuários com o sistema de saúde e melhorias significativas em indicadores de saúde como mortalidade infantil, hospitalização e mortalidade evitáveis, bem como em igualdade racial em resultados de saúde<sup>1,10</sup>.

O SUS se baseia em três princípios fundamentais que refletem os valores da sociedade brasileira: universalidade, equidade, e o impacto dos determinantes sociais no processo da doença (denominado “integralidade” na Constituição)<sup>11</sup>. Para garantir que esses princípios sejam colocados em prática, o sistema é construído com base nas seguintes diretrizes organizacionais: descentralização, regionalização, integralidade (no sentido de ofertar um cuidado integral em resposta às necessidades de assistência), organização por meio de diferentes níveis de atendimento (atenção primária, secundária e terciária), controle social, e complementariedade com o sistema de saúde privado<sup>11</sup>.

O princípio da descentralização na área da saúde confere aos municípios a responsabilidade final de garantir o atendimento de saúde para seus cidadãos, mesmo que o atendimento não seja fornecido no próprio município<sup>11</sup>. Dessa forma, o princípio da regionalização tem como objetivo facilitar a organização dos municípios em regiões de saúde para que possam oferecer o atendimento integral exigido por lei, desde a promoção da saúde até a reabilitação<sup>11</sup>. Em seguida, este *brief* explorará o papel dos municípios no SUS e os desafios que eles enfrentam.

## MUNICÍPIOS NO SUS

O Brasil é uma federação com três níveis de entidades: o governo central, os 26 estados mais o Distrito Federal, e 5.570 municípios. A Constituição de 1988 transferiu a responsabilidade pela implementação de políticas sociais, inclusive de saúde, para os municípios. O principal objetivo da descentralização é garantir que as políticas públicas sejam implementadas e decididas em nível local, a fim de: (1) tornar os governos mais responsabilizáveis; (2) facilitar o controle social; e (3) promover uma melhor adaptação aos contextos locais<sup>12</sup>. Essa responsabilidade foi acompanhada pela concessão de autonomia administrativa, política, e financeira aos municípios<sup>12</sup>.

O Brasil é um dos poucos países do mundo com um sistema de saúde universal que decidiu descentralizar a maioria das prerrogativas de saúde para o nível local (os municípios). Alguns países mantêm algum nível de gestão centralizada, como o Reino Unido, enquanto outros descentralizaram a assistência médica para um nível intermediário de gestão, como as províncias, como a Austrália e o Canadá<sup>13-15</sup>.

O Brasil enfrenta muitos desafios associados a esse processo descentralizado de implementação de políticas públicas<sup>12</sup>. Uma comparação entre os perfis populacionais dos municípios do país demonstra que a descentralização ocorre em um contexto de extrema heterogeneidade<sup>12,16</sup>, conforme mostrado no Apêndice. 70% dos municípios têm até 20.000 habitantes (Tabela 1), ou seja, são pequenos, com pouca infraestrutura, e baixa capacidade administrativa e gerencial<sup>17</sup>. Suas economias frágeis são financeiramente dependentes de outras entidades federais e enfrentam muitas dificuldades para encontrar mão de obra qualificada<sup>12,17</sup>.

## DESAFIOS NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Há diversos e variados desafios associados à gestão municipal da política pública de saúde no Brasil, que podem ser agrupados, grosso modo, em três dimensões macro<sup>12</sup>:

1. Recursos humanos;
2. Gestão financeira; e
3. Gestão administrativa e de planejamento.

## 1. Recursos humanos

Os municípios enfrentam muitos desafios para recrutar médicos, gerenciar diferentes contratos de trabalho e oferecer treinamento para os profissionais locais. Atualmente, o Brasil tem 2,6 médicos por 1.000 habitantes, o que é inferior à média de 3,36 dos países avaliados pela OCDE. Em comparação com alguns dos países do BRICS – África do Sul (0,79) e Índia (0,90) – o Brasil tem uma densidade muito maior, estando mais próximo do Japão (2,60), Coreia do Sul (2,51), Estados Unidos (2,64), e Canadá (2,77). Alemanha (4,46), Austrália (3,83), Áustria (5,32), Noruega (5,18), Espanha (4,58), e Dinamarca (4,25) têm densidades acima da média da OCDE<sup>18</sup>.

Há também uma heterogeneidade considerável entre as cinco regiões do país, bem como entre as áreas rurais e urbanas. O Norte do Brasil tem 1,45 médicos por 1.000 habitantes e o Nordeste tem 1,93, ambos abaixo da média nacional. O Sudeste (3,39), o Centro-Oeste (3,10) e o Sul (2,95) do país têm densidades acima da média nacional. Nas capitais brasileiras, a densidade de médicos é de 6,13 por 1.000 habitantes, muito maior do que nas áreas rurais, onde é de 1,84 por 1.000 habitantes<sup>18</sup>.

O problema é tão generalizado que levou a uma importante política nacional para resolvê-lo: o programa “Mais Médicos”, lançado pelo governo federal em 2013, que passou por pequenas reformulações, mas cujo núcleo permanece em vigor até hoje<sup>19</sup>. Em outras palavras, existe uma política federal destinada a fornecer médicos aos municípios em caráter “emergencial”, mas que está em vigor há 10 anos.

Uma das linhas de ação do “Mais Médicos” é o pagamento federal pelo Ministério da Saúde para que esses profissionais sejam alocados nos municípios<sup>19</sup>. No entanto, ao contornar amplamente o nível estadual em termos de recrutamento e alocação, pode-se argumentar que o Mais Médicos é uma política centralizadora que reproduz algumas das distorções nas relações interfederativas.

## 2. Gestão financeira

A capacidade dos municípios de gerarem sua própria receita é geralmente baixa no Brasil e diminui com o tamanho da população local. Isso significa que, quanto menor o município, mais dependente ele é do financiamento estadual e federal, inclusive no setor de saúde<sup>12</sup>. Além disso, há uma baixa eficiência geral nos gastos com saúde, que tem uma correlação negativa com o tamanho do município: quanto menor o município, menos eficiente é o gasto com saúde. Isso se aplica à atenção primária e, principalmente, à atenção secundária e terciária, o que está relacionado a ganhos de escala<sup>20,21</sup>.

Em termos de financiamento da saúde, nas duas últimas décadas, houve um aumento tanto nos gastos com saúde dos próprios municípios quanto na dependência de recursos externos, especialmente para os municípios com menos de 50.000 habitantes<sup>22</sup>. Essa situação é agravada por um declínio no financiamento

federal da saúde<sup>23</sup>. Em 2000, os gastos federais foram responsáveis por mais da metade dos gastos totais com saúde no Brasil. 20 anos depois, a parcela federal dos gastos com saúde caiu para 43% (números de 2019). Atualmente, os municípios respondem por 32% do total de gastos com saúde pública, enquanto os estados respondem por 25%. Isso ocorre apesar de o nível federal continuar sendo o maior participante em termos de arrecadação de impostos, embora também exista um amplo sistema de transferências interfederativas.

### 3. Gestão administrativa e de planejamento

De acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2021, 91% dos municípios têm secretarias responsáveis exclusivamente pela gestão da política municipal de saúde, mas apenas 37,4% dos gestores de saúde do país têm algum tipo de formação na área, e 19% não têm formação universitária alguma<sup>24</sup>. Em suma, a gestão de políticas em saúde não é devidamente profissionalizada. Além do treinamento deficiente em gestão de saúde, há uma alta rotatividade tanto de gestores municipais quanto de equipes técnicas. Há várias iniciativas para melhorar a qualidade da formação dos gestores municipais, muitas delas organizadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), mas com pouco impacto prático.

Quase todos os municípios (98,5%) oficializaram seus planos de saúde por meio de ferramentas de gestão. O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um documento que define e orienta a implementação das políticas públicas e serviços de saúde de um município durante um período de quatro anos. É um instrumento central para a gestão do SUS e, como tal, deve estabelecer objetivos, indicadores, e metas claras, com base em uma análise situacional da comunidade e das necessidades de saúde da população.

No entanto, nem todos os planos estão em conformidade com todas as diretrizes nacionais<sup>24</sup>, impactando, por sua vez, a possibilidade de abordar determinadas questões, inclusive a equidade. Por exemplo, 55,5% da população brasileira se identifica como negra ou parda, mas apenas 32% dos planos municipais incluíram um plano de ações com foco específico na população negra, conforme recomendado pelas diretrizes federais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra<sup>24</sup>.

Outro fato importante é que 228 dos municípios ainda não possuem um fundo municipal de saúde. Esses fundos são importantes porque é por meio deles que os municípios recebem financiamento específico para a saúde de outros entes federativos. Além de operacionalizar os gastos com saúde, o monitoramento do fluxo financeiro desses fundos permite que gestores e pesquisadores avaliem os gastos com saúde dos diferentes municípios<sup>24</sup>. No final da década de 1990 e início da década de 2000, uma análise dos gastos

com saúde dos fundos municipais revelou que alguns gastos com saúde estavam sendo aplicados em políticas públicas não diretamente relacionadas à saúde (por exemplo, saneamento e merenda escolar), e essa observação levou a uma mudança na lei que rege o financiamento da saúde no país<sup>25,26</sup>.

Os municípios também costumam ter dificuldades para fornecer a infraestrutura e os serviços necessários para a prestação de serviços de saúde em seus territórios e, conseqüentemente, os cidadãos precisam viajar excessivamente para receber tratamento. De acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 40% dos municípios encaminham os pacientes para outro município, e muitas vezes até para exames simples. Há uma grande variação, com o número de encaminhamentos chegando a 58,6% nos municípios com até 5.000 habitantes e caindo para menos de 20% nos municípios mais populosos (>50.000 habitantes)<sup>24</sup>.

Um estudo recente do IEPS, um *think tank* de saúde, mostra que houve um aumento geral na proporção de internações hospitalares fora das regiões de saúde onde os pacientes vivem, e que essa proporção é maior no Nordeste do país<sup>27</sup>. De modo geral, a principal conclusão é que, embora o financiamento da saúde pelo governo federal no Brasil seja organizado em nível de transferências para os estados e municípios individuais, existe, na prática, uma relação de interdependência entre municípios de diferentes tamanhos, a fim de fornecer o que os cidadãos precisam, bem como entre municípios e estados.

- Relações interfederativas

Este *brief* sugere, então, que o desafio da provisão municipal na assistência à saúde incorpore uma quarta dimensão adicional, que são as **relações interfederativas**. Isso significa que a qualidade das relações entre os diferentes municípios, e entre os municípios e os estados, deve ser vista como essencial para a prestação de serviços de saúde, uma vez que os municípios – e particularmente os pequenos municípios – não têm o escopo e a escala necessários para prestar efetivamente um atendimento integral por conta própria.

Atualmente, as relações interfederativas na área da saúde no Brasil são gerenciadas com o auxílio de comissões, conhecidas como CIR – Comissões Intergestores Regionais. Essas comissões são caracterizadas pela presença do gestor estadual e dos gestores municipais da região e são responsáveis por pactuar e coordenar as políticas de saúde nas regiões<sup>24</sup>, embora não tenham fortes prerrogativas de gestão. 92% dos municípios já participam dessas comissões, o que oferece um ponto de partida útil para possíveis melhorias, tanto na forma como operam quanto nos possíveis resultados para os quais podem contribuir<sup>24</sup>.

Esses desafios mais amplos da gestão municipal em saúde no sistema descentralizado brasileiro assumem várias formas, especialmente quando se trata da atenção primária à saúde – um dos aspectos mais importantes de qualquer sistema de saúde. Esses desafios serão descritos em mais detalhes a seguir.

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

O Brasil tem uma Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2006, que define como as equipes de APS devem ser montadas e as responsabilidades por esse nível de atenção no sistema nacional de saúde. Essa política está alinhada com as melhores evidências disponíveis sobre o impacto da APS nos indicadores de saúde e na melhoria da eficácia e da equidade dos sistemas de saúde<sup>28</sup>.

Apesar do desenvolvimento e da aplicação de políticas públicas e diretrizes nacionais, a gestão do SUS continua descentralizada. Como resultado, há uma grande heterogeneidade na forma como o acesso à saúde e o atendimento são fornecidos, bem como seu impacto nos resultados de saúde, dependendo da região ou do município. Em suma, o estabelecimento de políticas nacionais não tem sido suficiente para garantir que os cidadãos em todos os lugares tenham um nível mínimo de acesso e qualidade de atendimento<sup>29</sup>.

O modelo organizacional de APS do Brasil é chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), um termo que será usado de forma intercambiável com APS. Esse programa foi criado no início da década de 1990 e, atualmente, as Equipes de Saúde da Família são a principal porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro, oferecendo atendimento abrangente (integral) reconhecido nacional e internacionalmente<sup>2,3</sup>. As equipes de saúde da família são baseadas em uma equipe composta por um médico e um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe é responsável pelo atendimento de até 3.500 pessoas. Inicialmente, essa equipe era responsável pelo atendimento focado em seis áreas prioritárias: pré-natal, puericultura (saúde da criança e do adolescente), atendimento a pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose, e hanseníase. Atualmente, as responsabilidades de trabalho da equipe também abrangem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, bem como a vigilância da saúde e as intervenções comunitárias e intersetoriais. As principais fontes de financiamento para a APS são o governo federal e os municípios, sendo que apenas alguns governos estaduais têm fontes de financiamento específicas para a APS.

Esse modelo de APS produziu resultados robustos ao longo dos anos, incluindo uma redução na mortalidade infantil e adulta para algumas condições de saúde sensíveis à APS<sup>3</sup>. Essas são condições para as quais a atenção primária eficaz pode ajudar a reduzir o risco de internação hospitalar<sup>30</sup>.

Outros resultados positivos que podem ser atribuídos, pelo menos em parte, à política de APS no Brasil incluem maior equidade no acesso à assistência médica, melhor controle de algumas doenças transmissíveis, acesso à assistência odontológica, redução de hospitalizações e sinergia com outros programas sociais (por exemplo, Bolsa Família) para ampliar o impacto sobre os resultados de saúde<sup>3</sup>.

Apesar do grande progresso, os municípios têm enfrentado desafios para melhorar a qualidade da prestação de serviços de APS há vários anos. Abaixo, este *brief* descreve as três áreas dos principais desafios<sup>22,31,32</sup>.

## DESAFIOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRIMÁRIA

### 1. Força de trabalho

#### a. Falta de pessoal especializado:

Atualmente, existem cerca de 48.000 equipes de APS no Brasil. A expansão foi altamente concentrada no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, e agora há uma escassez de profissionais especializados para esse nível de atendimento (mais sobre isso adiante). O treinamento de profissionais, especialmente médicos, também não seguiu o ritmo necessário<sup>18</sup>. Além de contratar e treinar mais pessoas, também é necessário fornecer treinamento contínuo para aqueles que já trabalham nas equipes de APS, para garantir não apenas o acesso, mas também a qualidade do atendimento<sup>33,34</sup>.

#### b. Gerenciamento da força de trabalho:

O recrutamento de profissionais de APS, bem como suas relações de trabalho, são frágeis e precários<sup>33</sup>. Não existe um padrão nacional, por exemplo, que regule os métodos de recrutamento ou estabeleça um salário-base, e os estados têm sido praticamente ausentes desse debate. É importante considerar que grupos muito diferentes de profissionais estão envolvidos na APS, incluindo agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, e outros profissionais de saúde<sup>35</sup>. Cada um desses grupos tem características diferentes em termos de recrutamento, horas de trabalho, e remuneração. Entretanto, em geral, os médicos continuam sendo os profissionais mais difíceis de recrutar e reter.

#### c. Sobrecarga de trabalho em equipe e perda de longitudinalidade:

Outro problema importante é que as equipes de APS geralmente são responsáveis por um número muito grande de pessoas, uma média de 3.500 pessoas por equipe, muito maior do que em outros países

com programas consolidados de APS (por exemplo, Espanha, Inglaterra e Canadá), que trabalham com cerca de 2.000 pessoas por médico generalista<sup>36-38</sup>.

Essas populações-alvo não são apenas grandes, mas muitas vezes altamente vulneráveis. Isso leva a uma sobrecarga excessiva de trabalho para os profissionais<sup>39</sup> e, como resultado, a diminuição do acesso à saúde para a população. Esses fatores contribuem para outro desafio, que é a alta rotatividade de profissionais de saúde, especialmente médicos. Isso leva, por sua vez, a uma perda da continuidade do atendimento, que é um fator fundamental para os resultados positivos atribuíveis à APS nos sistemas de saúde<sup>28,40</sup>. Políticas públicas que aumentem a retenção de profissionais na saúde primária têm, portanto, um papel fundamental na contribuição para melhores resultados de saúde no SUS.

## 2. Infraestrutura, suprimentos e tecnologia da informação

### a. Infraestrutura precária:

A infraestrutura da APS pode ser definida como o conjunto de estruturas físicas e equipamentos médicos necessários para permitir o nível de capacidade de resposta que cada sistema espera de sua prestação de serviços de atenção primária à saúde. Isso inclui, mas não se limita a: instalações para fornecer serviços eficazes e de qualidade com água confiável, saneamento, descarte ou reciclagem de resíduos, conectividade de telecomunicações, fornecimento de energia, sistema de informações, equipamentos de saúde, e sistemas de transporte que possam conectar os pacientes a outros prestadores de serviços de saúde. Não existe um padrão único para essa infraestrutura, e ela muda de acordo com a resolução esperada do serviço.

Não há um censo de serviços de atenção primária no Brasil desde 2012. Aqueles dados, no entanto, mostraram que a infraestrutura estava muito abaixo do padrão mínimo esperado para a prestação de um serviço de APS eficaz e de qualidade<sup>41</sup>. O governo federal tinha um programa de incentivo financeiro para os municípios com foco exclusivo na reforma e construção de serviços de APS, que agora se tornou objeto de fontes e modelos de financiamento instáveis e variados. No entanto, de acordo com esse programa, o município era o responsável pela execução da obra, tarefa que exigia algum nível de capacidade administrativa para licitação, contratação, e monitoramento. Os dados disponíveis mostram que apenas 73% das obras foram concluídas, destacando os desafios enfrentados pelos municípios<sup>34</sup>. Essas formas de incentivos federais podem, portanto, ser inadequadas, tanto em termos de garantia de continuidade (já que o financiamento do programa flutua muito) quanto em termos de fornecimento de suporte operacional. Em geral, profissionais da área concordam que provavelmente houve apenas pequenas melhorias gerais na situação desde então. Em resumo, mesmo que os municípios recebam assistência, às vezes eles têm pouca capacidade de traduzi-la em benefícios operacionais.

#### b. Tecnologia da informação (sistemas de informação/software, equipamentos/hardware e infraestrutura de rede):

O acesso a equipamentos e à internet melhorou consideravelmente nos últimos anos: 97% dos serviços de atenção primária agora têm acesso a computadores e à internet, e 92% têm algum tipo de sistema para registrar os dados clínicos dos pacientes. No entanto, o acesso ainda não é suficiente ou de uso cotidiano: por exemplo, 44% das receitas médicas nos serviços de atenção primária ainda são escritas à mão, e apenas 14% dos consultórios médicos oferecem agendamento online de consultas<sup>42</sup>. Apesar do progresso em termos de conectividade, apenas 17% das instalações públicas têm bandas de velocidade acima de 100Mbps, e essas tendem a se concentrar nos serviços hospitalares<sup>42</sup>. Apenas 49% dos gestores de atenção primária afirmam que a velocidade da Internet é suficiente para seu trabalho<sup>42</sup>.

Além do acesso à tecnologia, apenas 25% dos serviços de APS têm políticas de segurança da informação, uma questão fundamental de privacidade<sup>42</sup>. O Ministério da Saúde fornece gratuitamente sistemas de informação (softwares) específicos para a APS, mas um dos desafios é a interoperabilidade desses sistemas com os escolhidos pelos municípios, que não são obrigados a usar os sistemas centralizados – na verdade, muitos acabam optando por soluções privadas e caras.

### 3. Medicamentos e materiais de consumo

Apesar de o Brasil ter um sistema universal que inclui o acesso a medicamentos gratuitos no ponto de uso, os medicamentos representam o maior gasto direto com saúde para os brasileiros, em torno de 40%<sup>43</sup>. A principal pesquisa sobre acesso a medicamentos no SUS mostra que a disponibilidade de medicamentos nos serviços de APS é baixa e varia muito entre as regiões, com apenas cerca de 40% das pessoas tendo acesso a todos os medicamentos de que necessitam no SUS<sup>44,45</sup>.

Mais uma vez, esse problema está ligado à dificuldade, principalmente para os pequenos municípios, de organizar a compra e a distribuição da lista mínima nacional de medicamentos e materiais de consumo. Nos últimos anos, entretanto, o acesso a medicamentos melhorou como resultado de políticas nacionais de acesso baseadas em parcerias público-privadas. Essa política permitiu o acesso gratuito a medicamentos prioritários (como contraceptivos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, e broncodilatadores) em farmácias privadas, sem custo para o paciente no momento da solicitação.

Além da questão dos medicamentos, muitas vezes há escassez de suprimentos para a atenção primária no país. Esse cenário foi atenuado nos últimos anos, especialmente em áreas prioritárias, como planejamento familiar, assistência materno-infantil e atendimento a pessoas com hipertensão e diabetes<sup>46</sup>.

No entanto, ainda está longe de ser ideal em termos da capacidade de realizar pequenas cirurgias, curativos, e alguns exames, como eletrocardiogramas e exames de imagem<sup>41,47</sup>.

## O PAPEL DO GOVERNO FEDERAL

O Ministério da Saúde tem sido uma presença significativa na política de atenção primária nos últimos 25 anos, e vários incentivos financeiros foram incluídos em programas federais destinados a apoiar os municípios no fortalecimento da estratégia de saúde da família.

Os exemplos incluem: (i) o financiamento das equipes de saúde bucal e dos núcleos de apoio à saúde da família, que ampliou o escopo das equipes de APS; (ii) o Programa de Qualificação das UBS, que teve como objetivo ajudar os municípios a melhorar a infraestrutura física e tecnológica das unidades básicas de saúde (UBS); (iii) o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade; (iv) o Previne Brasil, que teve como objetivo qualificar o trabalho das equipes; (v) o programa eSUS – AB, que tem como foco a disponibilização e a ampliação do uso de sistemas de informação nesse nível de atenção; e (vi) o Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil, programas que visam ajudar os municípios a enfrentar o grande desafio de atrair e reter profissionais de saúde<sup>6,48</sup>.

Todos esses esforços fortaleceram o relacionamento entre o nível federal e o municipal, mas isso não aconteceu na mesma proporção no relacionamento entre os estados e os municípios<sup>16</sup>. Poucas secretarias estaduais têm programas ou políticas contínuas de apoio aos municípios, tanto em termos de financiamento quanto de apoio técnico-administrativo<sup>16</sup>. Também não há conhecimento suficiente disponível sobre a forma como as secretarias estaduais de saúde operam, em geral.

O modelo atual e as diversas políticas federais que apoiam os municípios na implementação de políticas de saúde apresentam claros sinais de esgotamento. Considerando que o Brasil tem três níveis federativos, que a gestão do SUS é descentralizada e que as políticas são pactuadas em um modelo tripartite (ou seja, em acordo e cooperação entre os entes nacional, estadual, e municipal), uma área vital para melhorar a gestão da saúde, inclusive na atenção primária, é focar na qualidade das relações interfederativas.

Nesse cenário, este *brief* argumenta que os governos estaduais, por meio de suas secretarias de saúde, têm o potencial de desempenhar um papel de liderança na mudança do modelo de gestão da APS com o objetivo de trazer novas estratégias para o SUS e superar os desafios existentes na APS. A seção a seguir descreve os possíveis caminhos que as secretarias estaduais poderiam usar para realizar essa mudança.

## RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As recomendações apresentadas neste *brief* podem ser desenvolvidas de forma independente ou concomitante; elas não precisam necessariamente seguir uma ordem específica de implementação. Deve caber a cada gestor estadual avaliar o contexto local da regionalização em seu estado, bem como o funcionamento dos diferentes órgãos burocráticos nas regiões de saúde, para então decidir quais estratégias são mais adequadas à sua realidade em cada momento e o processo pelo qual poderiam ser implementadas.

Este *brief* recomenda que esse processo seja liderado pelas secretarias estaduais com o apoio do CONASS, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Além da liderança dos gestores estaduais de saúde, é fundamental que o governo federal ofereça apoio técnico e político aos estados, inclusive por meio da revisão das leis que descrevem as responsabilidades dos estados e municípios e do financiamento de reformas que visem à melhor estruturação das secretarias estaduais.

Além do apoio do governo federal, é essencial que o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os secretários municipais também estejam engajados nessa discussão e abertos a rever as relações, bem como suas responsabilidades, ou as reformas provavelmente enfrentarão obstáculos adicionais.

### 1. Fortalecimento das estruturas de gestão regional das secretarias estaduais de saúde

Uma ação fundamental seria transformar as estruturas de gestão regional existentes (mas um tanto precárias e ineficazes) das secretarias estaduais de saúde em atores mais eficazes no apoio aos municípios e na operacionalização da regionalização. Para isso, seria necessário ampliar a capacidade técnica de sua equipe burocrática, que fornece apoio institucional aos municípios.

O objetivo é que esse grupo de profissionais trabalhe lado a lado com os municípios, construindo relações baseadas na confiança e noções de gestão compartilhada, para que juntos possam avaliar as necessidades de saúde, monitorar políticas públicas e resultados de saúde, formular soluções adaptadas a cada contexto específico e desenvolver manuais e procedimentos para apoiar as secretarias municipais em suas tarefas.

Para cumprir essa missão, os estados são incentivados a explorar formas de reorganizar as equipes existentes ou recrutar novos profissionais. Além da equipe disponível, é fundamental garantir que os organogramas das secretarias de saúde incluam um departamento específico responsável pelo apoio aos municípios, algo que poucos estados têm atualmente.

Além disso, esses departamentos precisarão do apoio institucional e político necessário, bem como da capacidade financeira e orçamentária, para desempenhar seu papel. Por fim, é importante que esse apoio seja prestado no local e não apenas à distância, para que os profissionais da secretaria estadual possam conhecer a realidade dos municípios pelos quais são responsáveis.

Outra abordagem produtiva poderia ser as secretarias estaduais de saúde proporem tipologias de municípios com base em suas características e necessidades nas dimensões mencionadas anteriormente que são relevantes para a saúde: recursos humanos, gestão financeira, e gestão administrativa e de planejamento.

Pode-se presumir que os municípios menores e mais pobres tenham uma capacidade reduzida em todas essas dimensões, por exemplo, em relação aos grandes municípios. Em vez de uma abordagem do tipo “tamanho único”, o uso de uma tipologia permitiria que os governos estaduais adaptassem o apoio de acordo com a necessidade. Outra possibilidade seria oferecer programas para a compra conjunta de equipamentos e melhorias na infraestrutura.

Esse primeiro conjunto de propostas, além de aprimorar a capacidade administrativa das secretarias municipais, poderia reduzir o impacto da alta rotatividade dos secretários municipais de saúde ao fornecer apoio contínuo aos municípios, facilitando assim a criação de padrões ao longo do tempo e promovendo a continuidade das políticas.

Embora não haja literatura consolidada sobre esse tópico, os profissionais de saúde mencionam que há esforços em andamento para fortalecer as estruturas administrativas regionais de saúde em alguns estados, incluindo Ceará, Bahia, Minas Gerais, Pernambuco e outros.

## 2. Reforma das práticas das comissões intergovernamentais regionais

A ideia de um órgão colegiado para o planejamento e a tomada de decisões por consenso entre os gestores locais das regiões está presente nos documentos do SUS desde 2006, mas só em 2011 se tornou uma regulamentação formal do SUS.

Foi nesse ano que a Comissão Intergestores Tripartite (fórum colegiado oficial do SUS para pactuação, reunindo gestores nacionais, estaduais e municipais) oficializou a criação de uma nova estrutura, a CIR – Comissão Intergestores Regionais. Diferentemente das estruturas bipartite e tripartite, a CIR tem o objetivo claro de fortalecer a perspectiva da regionalização e do planejamento no âmbito do SUS.

As CIRs são órgãos consultivos compostos por representantes do estado e de todos os secretários municipais de saúde de cada região de saúde. O objetivo da CIR é permitir o planejamento regional integrado de ações e serviços em uma região de saúde, e cada região deve ter uma.

Essas comissões funcionam como espaços de articulação, planejamento e acordo sobre questões de gestão do sistema regional de saúde. Infelizmente, esses espaços de gestão são hoje pouco valorizados e têm um processo de trabalho muito burocrático, capaz apenas de tomar decisões processuais em reuniões mensais<sup>49</sup>.

Apesar dessas deficiências, as CIRs continuam sendo um fórum potencialmente privilegiado para colocar em prática formas novas, mais colaborativas e coordenadas de gestão compartilhada. Uma possível maneira de fazer isso seria aumentar a frequência das reuniões dos comitês e, ao mesmo tempo, incentivá-los a ir além de carimbar o que foi decidido anteriormente, tornando-se espaços de gestão eficazes e dinâmicos, onde as atividades típicas da administração pública (como planejamento, monitoramento, e avaliação) são desenvolvidas em conjunto com todas as partes interessadas relevantes<sup>8,50,51</sup>. Essa é uma ótima oportunidade para o burocrata público assumir a função de mudar o processo de trabalho dentro da comissão.

Atualmente, não existe um espaço institucional formal, por exemplo, onde os gestores locais possam se envolver em negociações conjuntas com os provedores (sejam eles provedores de serviços ou profissionais individuais)<sup>7</sup>. Essas formas de negociações individuais complicam o processo de gestão da saúde e diminuem o poder dos gestores locais em relação a esses prestadores. A criação de um espaço em que os membros (estado e municípios) pudessem se envolver com os prestadores de serviços da região como um coletivo, e não individualmente, poderia facilitar, por exemplo, a exigência de um padrão mínimo de qualidade e a negociação de preços de compra em nível regional, sem incitar a concorrência entre os municípios. Não há nenhuma barreira importante para essa modificação; no momento, as regras que regem a CIR não impedem que outros membros, além dos gestores locais, participem das reuniões do comitê em determinados momentos.

Outras ações que as CIRs poderiam facilitar incluem: (1) permitir oportunidades para que os gerentes da região troquem experiências com o objetivo de aumentar a capacidade de gestão local; (2) elaborar documentos que descrevam objetivamente as responsabilidades dos diferentes entes federativos pelas ações e serviços de saúde na região, incluindo a APS; (3) formular planos de treinamento conjuntos, entre outros.

Em poucas palavras, a gestão compartilhada do SUS continua sendo um grande desafio para a plena implementação dos princípios do SUS<sup>7</sup>, incluindo integralidade e regionalização. As secretarias estaduais de saúde poderiam desempenhar um papel de liderança na solução desse problema, assumindo a responsabilidade de alterar o processo de trabalho das CIRs e, até onde sabemos, isso implicaria em um processo principalmente político e administrativo, não exigindo grandes mudanças legislativas.

### 3. Colocar a atenção primária à saúde na agenda das comissões interfederativas regionais e desenvolver estratégias comuns

A regionalização é um princípio constitucional e organizacional do SUS que é frequentemente mencionado pelos gestores de saúde como o eixo estrutural necessário para orientar as discussões sobre políticas de saúde no Brasil. No entanto, o foco dessas discussões costuma ser a atenção especializada (secundária/terciária), que exige um alto nível de coordenação entre os municípios e entre os estados e municípios, para resolver a falta de escopo e escala enfrentada pelos municípios menores para a realização de procedimentos de maior complexidade.

Este *brief* argumenta que o desafio da regionalização também está ligado à qualidade e à eficácia da APS e à capacidade dos municípios de garanti-la. As CIRs têm o potencial de ir além de trabalhar apenas como espaços para a gestão e o planejamento de cuidados especializados, mas também de abranger responsabilidades de gestão cooperativa com o objetivo de melhorar a APS.

A inclusão de temas relacionados à APS nessas comissões permitiria que as secretarias estaduais se engajassem mais de perto nessa agenda, inclusive apoiando os municípios no enfrentamento de desafios que não podem ser resolvidos apenas em nível municipal.

Por exemplo, as comissões poderiam auxiliar no desenvolvimento conjunto de estratégias para enfrentar o desafio de atrair e reter profissionais e desenvolver ferramentas de gestão compartilhada, bem como programas regionais de saúde. Além disso, elas poderiam propor possíveis acordos para tornar as relações trabalhistas na área da saúde mais profissionais e reduzir a concorrência regional. Para isso, seria necessário envolver os diversos órgãos e organizações profissionais para discutir as relações trabalhistas dentro das CIRs.

Outras opções incluem o desenvolvimento de atividades conjuntas de educação contínua e o apoio aos conselhos no desenvolvimento de programas de treinamento profissional, como residências médicas e interdisciplinares regionais. O lançamento de licitações maiores por meio das CIRs também apresenta potencial para trazer mais segurança jurídica e melhores resultados. Até onde sabemos, não há atualmente nenhum impedimento legal para mudar a forma como as CIRs operam.

## CONCLUSÃO

Nos 30 anos do SUS, a diretriz da descentralização, sem dúvida, desempenhou um papel essencial para desencadear o desenvolvimento da capacidade estatal nos municípios e permitir a implementação do sistema nacional de saúde em toda a sua capilaridade e, especialmente, na política de atenção primária.

Por outro lado, evidenciou as limitações do modelo do SUS na gestão das relações interfederativas, especialmente quando as responsabilidades não são bem definidas e a coordenação é insuficiente. Rever a escolha política da municipalização e suas prerrogativas é um processo complexo, política e tecnicamente, e no atual cenário de fragilidade democrática e institucional, simplesmente não está na agenda.

Este *brief* argumenta que uma maneira de mitigar os efeitos colaterais mais deletérios da descentralização é fortalecer os espaços de gestão compartilhada que já fazem parte da estrutura regulatória do SUS. Isso tornaria esses espaços mais eficazes e responsivos ao contexto do país, que atualmente é muito diferente do que era quando o SUS foi criado.

Este documento recomenda três caminhos para a implementação dessas mudanças, com o objetivo final de apoiar os municípios a superar seus próprios desafios e melhorar os resultados do sistema nacional de saúde e a satisfação dos cidadãos brasileiros com ele. São necessários esforços técnicos e políticos conjuntos para realizar as mudanças necessárias, que englobam os papéis de cada uma das três entidades<sup>8</sup>.

No caso dos estados, este *brief* argumenta que, entre as várias responsabilidades de suas secretarias de saúde, uma das mais importantes agora é atuar como um agente estratégico na viabilização de uma forma de gestão compartilhada da saúde que seja mais colaborativa e coloque as regiões de saúde como seu *locus* preferencial. Esse novo modelo exigiria, então, uma reformulação do pacto interfederativo do SUS, com uma mudança de ênfase; o protagonismo que os municípios tiveram nas primeiras décadas do sistema passaria, em parte, para os estados e as SESs<sup>7</sup>.

Em suma, este *brief* argumenta que a gestão dos serviços de saúde no Brasil requer uma definição mais clara de responsabilidades e funções, e uma reformulação do papel das secretarias estaduais de saúde. Esse novo papel poderia ajudar a reduzir as desigualdades regionais, enquanto o desenvolvimento regional por meio do SUS poderia trazer benefícios além da saúde, em outras áreas importantes para o progresso do país.

Além das sugestões acima, voltadas para a melhoria da gestão compartilhada entre as unidades federativas, este *brief* também argumenta que as secretarias estaduais de saúde têm o poder de apoiar o desenvolvimento e a implementação da APS de várias outras maneiras e, principalmente, por meio do cofinanciamento das atuais políticas e programas de atenção primária.

Isso inclui garantir a compra de insumos e medicamentos comuns e frequentes, ajudar a melhorar a infraestrutura dos serviços de atenção primária (apoando a compra de equipamentos e definindo planos contextualizados de engenharia e arquitetura para a construção de unidades de atenção primária) e implementar processos seletivos regionalizados para o recrutamento de profissionais de saúde, tanto para a assistência quanto para a gestão.

Durante a elaboração deste documento, também identificamos uma lacuna relevante no conhecimento disponível sobre o funcionamento das secretarias estaduais de saúde e uma lacuna ainda maior sobre a operação das CIRs. Portanto, este *brief* conclui destacando a importância de investir e apoiar pesquisas nessas áreas. Os resultados desses esforços combinados serão essenciais para que o país possa dar os próximos passos necessários para consolidar o SUS.

## APÊNDICE

**Tabela 1 – Municípios no Brasil, por grupo populacional e por faixa quantitativa, 2022**

Número de habitantes por município	Número de municípios	Porcentagem (%)	Número de habitantes	Porcentagem da população destes municípios em relação à população total do país (%)
Até 5.000	1.314	23,59	4.401.271	2,12
De 5.001 até 20.000	2.537	45,55	27.550.121	13,26
De 20.001 até 50.000	1.059	19,01	32.201.560	15,50
De 50.001 até 100.000	344	6,18	24.201.286	11,65
De 100.001 até 500.000	272	4,88	56.453.348	27,17
De 500.001 até 1.000.000	29	0,52	20.371.398	9,81
De 1.000.000 até 10.000.000	14	0,25	30.371.127	14,62
> 10.000.000	1	0,02	12.200.180	5,87
Brasil	5570	100,00	207.750.291	100,00

Porcentagem de municípios brasileiros por número de habitantes, fonte IBGE 2022

## REFERÊNCIAS

- [1] Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, De Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. Julho de 2019; 394(10195):345–56.
- [2] Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ*. 29 de novembro de 2010.; 341(29 nov. 1):c4945–c4945.
- [3] Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. Setembro de 2018; 42(spe1):18–37.
- [4] Gonçalves MR. *Desafios da atenção primária à saúde*. Porto Alegre: UFRGS, 2017.
- [5] Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [citado em 2 de setembro de 2023]; 38(especial). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S027>
- [6] Chueiri PS. Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira. 2019; 256.
- [7] Viana AL d'Ávila, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR de, Mourão L, et al. The Regionalization Process in Brazil: influence on Policy, Structure and Organization dimensions. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017; 17(suppl 1):S27–43.
- [8] Shimizu HE, Lima LD de, Carvalho ALB de, Carvalho BG, Viana ALD. Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives. *Saúde debate*. 2021; 45(131):945–57.
- [9] Marinho A, Ocké-Reis CO, Funcia FR, Sobrinho LV, Santos MABD, Tasca R, et al. SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde [Internet]. 1o ed. Ocké-Reis CO, organizador. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); 2023 [citado em 4 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>
- [10] Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. Maio de 2011; 377(9779):1778–97.

- [11] Giovanella L, Escorel S, Lobato LDVC, Noronha LDVC, Carvalho JCD, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. 2o ed. Editora FIOCRUZ; 2012 [citado em 20 de outubro de 2024]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c5nm2>
- [12] Grin EJ. Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS; 2021. (CEGOV Transformando a Administração Pública).
- [13] Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. Health System Review, 2022.
- [14] Healy J, Sharman E, Lokuge B. Health Systems in Transition.
- [15] Marchildon GP, Allin S. Health System Review, 2020.
- [16] Abrucio FL, Franzese C. Federalismo e Políticas Públicas: o Impacto das Relações Intergovernamentais no Brasil. 2007.
- [17] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2022: População e domicílios. 2022.
- [18] Ribas S. Demografia Médica no Brasil 2023. 6o ed. São Paulo, SP: Cristiane de Jesus Almeida; 2023. 350 p.
- [19] Oliveira FPD, Vanni T, Pinto HA, Santos JTRD, Figueiredo AMD, Araújo SQD, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). Setembro de 2015; 19(54):623–34.
- [20] Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.
- [21] World Bank. Um Ajuste Justo - Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. 2017.
- [22] Cecilio LCDO, Reis AACD. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! Cad Saúde Pública [Internet]. 20 de agosto de 2018 [citado em 22 de fevereiro de 2024]; 34(8). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800504&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800504&lng=pt&tlng=pt)
- [23] Cruz WGN, Barros RD de, Souza LEFP de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. Ciênc saúde coletiva. Junho de 2022; 27(6):2459–69.
- [24] IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Perfil dos municípios brasileiros: 2021. Rio de Janeiro; 2022. p. 116.
- [25] Governo brasileiro, Lei complementar 141.

- [26] Barbosa AP, Tardivo CRF, Barbosa EC. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar No 141, de 2012. *Adm Pùb e Gest Social*. 6 de janeiro de 2016; 1(1):66–74.
- [27] Padilha F. Análise dos fluxos de hospitalizaçõess entre Regiões de Saúde a partir dos dados da plataforma FluxSUS [Internet]. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2024. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-34/>
- [28] Stange KC, Miller WL, Etz RS. The Role of Primary Care in Improving Population Health. *Milbank Quarterly*. Abril de 2023; 101(S1):795–840.
- [29] Arruda, Helena, Rosa, Leonardo, Mrejen, Matías. Boletim IEPS Data n. 1/2023 Mortalidade e Morbidade [Internet]. 2023 [citado em 20 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/boletim-IEPS-data-1-mortalidade-morbidade.pdf>
- [30] Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública*. Junho de 2009; 25(6):1337–49.
- [31] Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 20 de agosto de 2018 [citado em 22 de fevereiro de 2024]; 34(8). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt)
- [32] Medina MG. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 20 de agosto de 2018 [citado em 22 de fevereiro de 2024]; 34(8). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800503&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800503&lng=pt&tlng=pt)
- [33] Seidl HMF, Vieira SDP, Fausto MCR, Lima RDCD, Gagno JL. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [citado em 23 de fevereiro de 2024]; 38 (especial). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S008>
- [34] Pinto HA. Reflexões sobre as contribuições do programa Mais Médicos para a implementação e coordenação de políticas públicas. Em: *Implementação de políticas e atuação de gestores públicos*. IPEA; 2020. p. 115–38.

[35] Carneiro CC, Morosini MV, Koster I, Fonseca AF, Chinelli F, Reis R, et al. Configurações do Trabalho na Atenção Primária: [Internet]. 1o ed. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2003 [citado em 23 de fevereiro de 2024]. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/62072/Boletim2\\_02\\_01\\_2024%20%281%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/62072/Boletim2_02_01_2024%20%281%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

[36] Trends in patient-to-staff numbers at GP practices in England [Internet]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/trendsinpatienttostaffnumbersatgppracticesinengland/2022#:~:text=2.-,National%20trends%20in%20England,doctor%2C%20and%20some%20having%20hundreds>

[38] Shahaed H, Glazier RH, Anderson M, Barbazza E, Bos VLLC, Saunes IS, et al. Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. *CMAJ*. 4 de dezembro de 2023; 195(47):E1628–36.

[39] Astier-Peña MP. Atenção Primária à Saúde na Espanha - entrevista com a médica de família e comunidade María Pilar Astier-Peña. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 12 de dezembro de 2014; 9(33):391–4.

[39] Morelli SGS, Sapede M, Silva ATCD. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 31 de março de 2015; 10(34):1–9.

[40] Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. Fevereiro de 2022; 72(715):e84–90.

[41] Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 21 de agosto de 2017 [citado em 2 de setembro de 2023]; 33(8). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=pt&tlng=pt)

[42] BR N de I e C do P, Barbosa AF, Editorial GM. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2022. Brasil CG da I no, Textos T, organizadores. São Paulo, SP: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR; 2023.

[43] Gastos com saúde das famílias brasileiras: um recorte regional a partir das pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Em: *Brasil em desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas* [Internet]. 1o ed IPEA; 2013. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4147/3/Gastoscom.pdf>

[44] Boing AC, Andrade FBD, Bertoldi AD, Peres KGDA, Massuda A, Boing AF. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. *Cad Saúde Pública*. 2022; 38(6):e00114721.

[45] Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VED, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BDO, et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev saúde pública*. 22 de setembro de 2017; 51:20s.

[46] Tomasi E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo, RS: Oikos Editora; 2021.

[47] Poças KC, Freitas LRSD, Duarte EC, Poças KC, Freitas LRSD, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais\*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Março de 2017; 26(2):275–84.

[48] Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde Redes*. 16 de julho de 2018; 4(1):35–53.

[49] Silveira Filho RM, Santos AMD, Carvalho JA, Almeida PFD. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*. Setembro de 2016; 26(3):853–78.

[50] Mendes EV. Desafios do SUS. 1a edição. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS; 2019. 867 p.

[51] IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Competências interfederativas e Regionalização - Relatório Técnico no6/2023 [Internet]. IEPS; 2023. Disponível em: <https://agendamaisus.org.br/wp-content/uploads/2023/06/ieps-relatorio06-competencias-interfederativas-regionalizacao.pdf>