

# Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos

Lígia Giovanella  
Rede de Pesquisa em APS Abrasco  
Pesquisadora sênior Ensp/Fiocruz  
[ligiagiovanella@gmail.com](mailto:ligiagiovanella@gmail.com)

Outubro 2019, Rio de Janeiro, COSEMS RJ

# Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos

- Nós da Rede de Pesquisa APS da Abrasco consideramos fundamental neste momento crítico que passa nosso país estabelecer pontes de diálogo com os gestores do SUS, CONASS, CONASEMS, e profissionais de saúde, que tornam o SUS realidade no dia a dia dos cidadãos
- Diálogos em defesa do SUS público, universal de qualidade, em que a APS, forte, integral, de orientação comunitária, territorializada, que equilibre cuidado individual oportuno com cuidado coletivo, cumprindo assim, com os atributos essenciais e derivados, **seja o coração da rede regionalizada para garantia da atenção integral no SUS**, respondendo às necessidades individuais e populacionais de atenção à saúde.

## Agenda

- **SUS avanços com institucionalidade democrática e inovações no modelo assistencial**
- **SUS desafios** com destaque para o subfinanciamento crônico e desfinanciamento agudo
- **Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos**
- **Análise das medidas anunciadas para a APS no SUS**
  - MP 890 - Cria a Agência para o Desenvolvimento da APS e o Programa Médicos pelo Brasil
  - Consulta pública para carteira de serviços APS
  - Pagamento por capitação

## SUS 30 anos: avanços

- A Constituição Federal brasileira de 1988 reconhece a conexão entre o desenvolvimento econômico e social e as condições de saúde e estabelece “*saúde como direito de todos e dever do Estado*”.
- Mudança de modelo de seguro social de acesso restrito a contribuintes inseridos no mercado formal de trabalho para seguridade social
- Da cidadania regulada para a cidadania plena
- Criou um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há 30 anos busca cumprir com os princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização
- **Universalização do acesso** e ampliação de cobertura de atenção à saúde (básica, especializada e de alta complexidade) a amplas camadas da população até então excluídas de cuidado sanitário (<50% para 75%/100%)

# SUS 30 anos: avanços

- **Democratização e inovações de arquitetura institucional de participação social**
  - conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde e conferências periódicas - 16 CNS demonstram a pujança dos movimentos sociais em todo país em defesa do SUS
  - Ainda que insuficiente base social de apoio: baixa vinculação movimento sanitário com movimentos sociais mais gerais; segmentação da proteção
- **Descentralização com nova institucionalidade setorial e criação de infraestrutura capilarizada de gerência e atenção à saúde com responsabilização dos 5.560 municípios**
  - Secretarias municipais de saúde em todos os municípios
  - Novos atores Conasems e Conass
  - Mecanismos e instâncias de pactuação e tomada de decisão compartilhada entre gestores das três esferas de governo CIT, CIB, CIR
  - institucionalidade setorial modelar - efeito de difusão para outras políticas sociais - assistência social

# SUS 30 anos: avanços

## • Inovações assistenciais

- saúde da família: novo modelo assistencial atenção primária de orientação comunitária com mais de 40 mil equipes, 260 mil ACS, NASF, - 130 milhões de pessoas
- saúde bucal: 26 mil equipes de saúde bucal
- saúde mental: reforma psiquiátrica com extinção de manicômios e novos dispositivos assistenciais CAPS

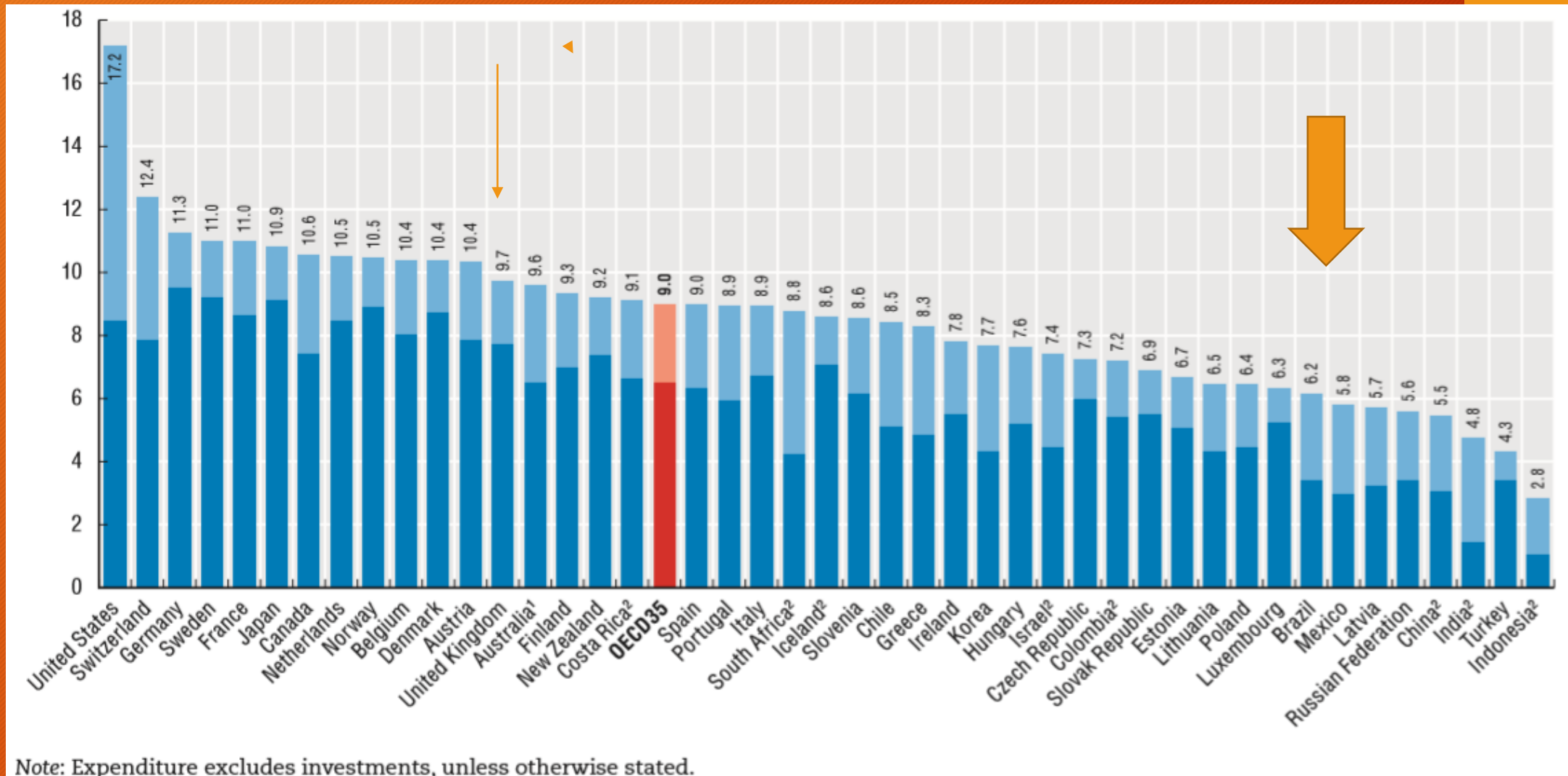
- O modelo assistencial de APS integral com enfoque territorial e comunitário da Estratégia Saúde da Família demonstrou ser mais efetivo que outros modelos
- A importante expansão da cobertura da ESF e continuidade do modelo assistencial ao longo de mais 20 anos resultou em aumento da oferta de amplo espectro de ações e serviços e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população: redução MI, mortalidade < 5 anos, internações por condições sensíveis a APS, mortalidade por doenças cardiovasculares
- A mudança no modelo assistencial também se expressa no serviço de procura regular entre 1998 - 2008: CS 55% para 73%; hospital de 34% para 20%.
- **Melhoria na situação de saúde com redução das persistentes desigualdades sociais e regionais**

# SUS 30 anos: desafios

- **Universalidade se expressa no financiamento público do sistema de saúde**
- **Evidências inegáveis de subfinanciamento crônico do SUS**
  - **Baixo financiamento público em saúde como % PIB**
  - **Baixo financiamento público per capita, ainda que o per capita público entre 2000 e 2014 aumentou 83%**
  - **Baixa participação de gastos públicos no total de gastos com saúde no Brasil**
- **Na comparação internacional:**
- **países com sistemas públicos universais - gastos públicos representam entre 7% a 9% do PIB; e 70% a 80% dos gastos totais em saúde**
- **Gastos públicos per capita em países com sistemas públicos universais são 5 a 8 vezes maiores do que no Brasil - O SUS é muito eficiente**
- **Os gastos públicos em saúde no Brasil não tensionam excessivamente o PIB**
- **Não há excesso de gastos públicos em saúde**

# Gasto público em saúde % PIB, 2016

Azul escuro gasto público – OPAS/OMS recomenda gastos públicos =6% do PIB e 30% em APS



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

Fonte: Health at a glance 2017

# SUS 30 anos: desafios

## Ameaças

### Contexto crítico

### SUS sob forte ataque EC 95 e cortes atuais

- **Desfinanciamento agudo EC 95 - estudos demonstram piora em indicadores de saúde com aumento de mortes prematuras**
- Castro M et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11.
- SUS permitiu aumento drástico de cobertura de serviços de saúde em apenas três décadas. No entanto, a análise de cenários futuros sugere que as políticas fiscais implementadas em 2016 deram início a medidas de austeridade que, juntamente com as novas políticas ambientais, educacionais e de saúde do governo brasileiro, podem reverter as conquistas do SUS e ameaçam sua sustentabilidade e capacidade de cumprir seu mandato constitucional de garantir a atenção à saúde a toda população
- Rasella D et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLOS Medicine* 15(5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
- Simulações indicam que, no período 2017-2030, a redução da cobertura da ESF e PBF, comparada à manutenção de sua cobertura, poderia resultar em uma taxa de mortalidade em menores de 5 anos mais alta - 8,6% maior em 2030. As medidas de austeridade seriam então responsáveis por 20.000 mortes infantis evitáveis e 124.000 hospitalizações infantis evitáveis entre 2017 e 2030. (cortes no PBF e saúde em 2019 e no orçamento federal p 2020)



## Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos

- **Desafio permanente** de organização de redes regionalizadas ordenadas pela APS no SUS para garantia de acesso oportuno e equitativo - respeitando especificidades territoriais e populacionais
- Aprofundar o modelo assistencial com base na APS integral com enfoque territorial e comunitário - Estratégia Saúde da Família que demonstrou ser mais efetivo que outros modelos
- **Reconhecer efeitos positivos sinérgicos e convergentes** dos programas do governo Dilma: PMAQ-AB, Requalifica UBS (26 mil projetos de reforma ou construção de UBS), PMM
- **78% dos médicos PMM foram alocados nos municípios prioritários de maior vulnerabilidade**
- **Municípios rurais remotos recém visitados:** PMAQ - efeitos nos processos de trabalho - territorialização e ações programáticas; UBS novas ou reformadas
- **Antes do PMM - não havia médicos nos municípios rurais remotos! Agora somente brasileiros formados no exterior sem CRM**

# Medidas anunciadas

- Contexto de restrição de direitos e congelamento de gastos públicos em saúde (reformas trabalhista, previdenciária, agressões ao meio ambiente, liberação de agrotóxicos proibidos em diversos países, ameaças à democracia...)
- Medidas em APS precisam ser contextualizadas e analisadas em conjunto:
- MP 890 - ADAPS atribuições amplas inclusive prestação direta de APS por meio da contratação de prestadores privados,
- Dois instrumentos necessários para estabelecer contratos com qualquer prestador (público ou privado):
- Carteira de serviços/ rol de procedimentos
- Número de pessoas a cobrir: lista ou cadastro para pagamento por capitação

## Medidas anunciadas

# MP 890 - institui o Programa Médicos pelo Brasil e cria Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

- MP 890 de 1. agosto . 2019
- cria “Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da APS”
- Os objetivos da Agência transcendem o Programa Médicos Pelo Brasil:
  - a ADAPS deve promover a execução de políticas de APS;
  - prestar serviços de APS;
  - desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço;
  - promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão; entre outros.
- RISCO: mudança de relação entre os entes federados? governo federal - prestador de serviços de saúde em âmbito local, desconsiderando o processo de descentralização do SUS, com comando único em cada esfera de governo - fere o princípio de descentralização de serviços de saúde SUS.

## Medidas anunciadas

### MP 890 - institui o Programa Médicos pelo Brasil e cria Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde e

- A participação do setor privado na execução da política de APS é claramente explicitada:
  - articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas;
  - firmar contratos com órgãos e entidades públicas e privadas, incluindo instituições de ensino, para o cumprimento de seus objetivos.
- Esta relação com o setor privado se fortalece também na composição do conselho deliberativo da Adaps composto por quatro representantes do MS, um Conass, um Conasems e um de entidades privadas do setor de saúde, sem participação do CNS ou representações de usuários.

## RISCOS

- Permitir a contratação de empresas privadas para a provisão e formação em APS no SUS
- Criar um espaço mercantil no setor menos mercantilizado do SUS e o mais eficiente
- Posicionamento de entidades médicas e seguros privados: CFM, Unimed

## Medidas anunciadas

### MP 890 - institui o Programa Médicos pelo Brasil e cria Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde e

- Pagamento por bolsa e depois de 2 anos por CLT- **NÃO TEM CARREIRA** - não há menção de carreira na MP
- Para a implementação do Programa Médicos pelo Brasil, a Adaps realizará a contratação de médicos com CRM e tutores especialistas de família e comunidade ou em clínica médica por meio de processo seletivo público.
- O processo seletivo para médico incluirá curso de formação com duração de dois anos, com prova final para habilitação de título de especialista em medicina de família e comunidade - quebra regra da SBMFC e rompe com a exigência de residência
- **PMM: eixo estratégico principal formação médica com universalização das residências médicas (1 a 2 anos em MFC) e interiorização das escolas médicas**
- A MP 890 revoga os art. 6º e art. 7º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que criou o PMM, referentes à residência em medicina geral de família e comunidade e à obrigatoriedade de uma a dois anos de residência em MFC como primeira fase da maior parte das residências médicas, componente estratégico do PMM para substituição progressiva dos médicos intercambistas no provimento de médicos em áreas remotas ou desfavorecidas.
- **Que CLT teremos com a carteira verde amarela?**

## Medidas anunciadas

### MP 890 - institui o Programa Médicos pelo Brasil e cria Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde e

- Não há evidências científicas que a prestação privada ou a terceirização sejam mais eficientes ou de maior qualidade
- Revisão da Cochrane sobre contratação de terceiros para prestação de serviços de saúde em países de renda média e baixa encontrou que a contratação de terceiros faz nenhuma ou pouca diferença no uso de serviços ou nos resultados quando comparados aos serviços prestados diretamente pelos governos (Odendaal, 2018).
- Prestadores privados respondem a demandas e não às necessidades de saúde da população; se instalam em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico; ofertam serviços mais rentáveis; prestam mais serviços desnecessários e mais frequentemente violam padrões da boa prática médica; são menos eficientes e têm resultados inferiores em saúde do que os serviços públicos. Porém, podem prover atenção mais oportuna e cuidados mais personalizados (Basu et al, 2012; Berendes et al, 2011).

## Medidas anunciadas:

# Carteira de serviços para a APS sob consulta pública

- Uma carteira de serviços reflete o modelo assistencial de APS que se deseja implementar. Nosso modelo de Saúde da Família com equipe multiprofissional e abordagem territorial e comunitária tem tido impactos positivos na saúde da população evidenciados em diversas pesquisas.
- A carteira colocada em consulta reduz o escopo da APS para um modelo clínico e individual, desaparecendo a dimensão familiar e comunitária.
- centra-se na lista de uma série de ações a serem ofertadas e refere aspectos do acesso, longitudinalidade e coordenação.
- Não incorpora os atributos de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, propostos por Barbara Starfield.
  - Atributos cruciais tanto para o cuidado individual quanto para uma abordagem territorial e populacional para a promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Modelo é de: AP de primeiro nível centrado no cuidado individual oportuno

## Medidas anunciadas

### Carteira de serviços para a APS sob consulta pública

- Há ausência de menção da ação dos ACS, elo crucial da articulação das equipes com as populações, na busca ativa, na facilitação do acesso para famílias vulneráveis, nas ações de saúde coletiva, na educação em saúde, na promoção da participação social.
- Não reconhece o trabalho atual da enfermagem que já é muito avançado em muitos casos: afirma ser necessário ...”realizar uma definição clara do papel ... do enfermeiro... historicamente focado na realização de atividades repetitivas e pouco eficazes centradas na promoção e prevenção em detrimento das atividades assistenciais ...”
- Centra no cuidado individual: Para as sugestões à carteira indica-se que “ não se desvie dos propósitos da carteira... e... evitar a inclusão de conteúdo excessivamente preventivo”
- Lista as ações em ordem alfabética de forma desarticulada, sem considerar programas prioritários - confunde atendimento programado com ação programática?
- Que impede uma análise da suficiência do conjunto das ações propostas



## Medidas anunciadas

### Carteira de serviços para a APS sob consulta pública

- Uma carteira de serviços em APS forte, integral, de qualidade não pode restringir-se a práticas clínicas individuais como o que está sendo proposto nesta carteira sob pena de apenas promover a medicalização sem melhorar nem a qualidade, nem a eficiência.
- O cuidado oportuno de qualidade
- E
- a abordagem populacional territorial com ação comunitária, mediação de ações intersetoriais e promoção da participação social
- são ambos componentes cruciais e indissociáveis para uma atenção primária à saúde, forte, integral de qualidade no SUS
- Carteira de serviços é um instrumento essencial para a precificação e contratação de terceiros .

## Medidas anunciadas pagamento por capitação/ lista de pacientes

- Na introdução à carteira, chama atenção a inclusão de temas não consensuais, mesmo entre médicos de família e comunidade, como a ênfase na **lista de pacientes desterritorializada** como se fora uma forma de “valorização do trabalho de longo prazo, de forma continuada e com fortalecimento do vínculo”.
- Listas de pacientes têm sua origem como instrumento para remuneração de médicos.
- Tem como **principal função orientar o estabelecimento de um contrato com qualquer prestador externo**
- Rompem o vínculo com o território população, dificultam as visitas domiciliares, impedem a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde.
- Lembrando que em países com SNS de acesso universal nos quais vigoram listas, permanece territorialização; os CS ou GP practices têm área de abrangência definida e os moradores devem inscrever-se no CS dentro de determinado território.

## Medidas anunciadas nova proposta de financiamento - pagamento por capitação/cadastramento

- A nova proposta de financiamento da APS, ao substituir o PAB (fixo e variável) e os incentivos ao NASF e gerentes por um pagamento por capitação ponderada, calculada pelo número de pessoas cadastradas, tem consequências drásticas para os municípios.
- Significa, em primeiro lugar, que os municípios terão que renunciar à única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente, para aplicação com autonomia, que é o PAB fixo. O que certamente é um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal.
- Eliminar incentivos específicos para o NASF e ESF significará:
- **a abolição dos NASF e a extinção da prioridade para a Estratégia Saúde da Família.**
- RISCO: Prescindir de um modelo assistencial, o resultado poderá ser qualquer atenção básica de qualquer jeito.
- Nada garante que a “nova APS” cumpra, nem com os atributos essenciais da APS forte, preconizados pela SAPS, e muito menos com os atributos derivativos abolidos. **Ainda teremos equipes multiprofissionais?**

## Medidas anunciadas nova proposta de financiamento - pagamento por capitação

- Os riscos de desfinanciamento dos municípios, já sobrecarregados, são elevados.
- Os municípios assumiram progressivamente a efetivação do SUS e são responsáveis por importante proporção dos gastos públicos em saúde (31% / 82 bilhões em 2017)
- Há elevada probabilidade de redução de recursos transferidos aos municípios, já em curto prazo:
  - número de cadastrados menor que a população coberta; variação no número de cadastrados ao longo do tempo,
  - pela elevada participação no incentivo por desempenho no conjunto do financiamento que passará de 10% para 17% em 2022.
- Diferente dos incentivos do PMAQ-AB que somaram recursos ao montante de transferências financeiras para AB aos municípios, o novo componente de desempenho redistribuirá recursos existentes
- O pagamento por desempenho tb poderá implicar em redução dos repasses federais, seja por dificuldades no cumprimento dos critérios, seja por dificuldade de prestar as informações ampliando a desassistência.
- É inadmissível reduzir recursos AB de qualquer município, ainda mais em uma situação de grave crise e de subfinanciamento crônico da AB e do SUS.

## Medidas anunciadas nova proposta de financiamento - pagamento por capitação/ cadastro

- Municípios atendem na atenção básica muito mais pessoas do que as cadastradas, centenas de municípios somente têm SUS e AB, ou seja de fato atendem toda a população
- Ações das equipes dirigem-se a toda população do território
- Atualmente, existem reais dificuldades de cadastramento
- Os municípios ainda se encontram em processo de transição para o e-SUS e não conseguiram atualizar todos os cadastros.
- Há dificuldades para inserção de dados no novo sistema: aonde os ACS não usam tablet processo de digitação é demorado, necessidade de internet com boa conectividade, inserção de cadastros individuais x cadastros familiares, redução do número de ACS, disponibilidade de computadores na UBS
- PEC encontra-se em aprimoramento. Relatórios de produção e referentes aos indicadores ainda apresentam erros e estão sendo revisados gradualmente.

## Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos

- Tenho defendido durante décadas a necessidade de garantia de cuidado individual oportuno de qualidade em sintonia com cuidado coletivo e abordagem territorial.
- APS em sistemas universais europeus carecem de trabalho em equipe e de abordagem comunitária. Recém iniciam com abordagem multiprofissional
- Devemos fortalecer o que temos de muito positivo em nosso modelo e não abandonar aquilo que temos de melhor e que pode servir de exemplo positivo para outros países, como aconteceu em Astaná.
- Não somos nem europeus, nem estadunidense. Temos que construir / aprimorar o melhor modelo para responder a nossa diversa, e rica em especificidades, realidade brasileira

# Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos

- As proposições das políticas federais recentes tendem a enfraquecer a APS como parte e “coração” da rede de serviços de saúde do SUS: prescinde-se de sua integração na rede assistencial
- Observa-se um deslocamento do debate do direito universal à saúde e da integralidade do cuidado em redes regionalizadas, ordenadas pela APS
- Com direcionamento do conjunto de medidas para uma APS neoseletiva, mercantilizada, alinhando-se às propostas de cobertura universal
- Elevados riscos de que:
- As metas para cadastramento explicitadas na proposta de financiamento somada à cesta de serviços da carteira definam os limites de focalização e seletividade.

# Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos

- Estes são alguns dos graves riscos implícitos nestas propostas de mudança da atenção básica no Brasil.
- Para mudança radical do financiamento e evitar descontinuidades na atenção seria necessário testar modelos com transparência de cálculos de estimativas, implementar piloto em alguns municípios e proceder aos ajustes necessários
- Disponibilizar documentos claros para análise e tempo para negociação - Nob 96 - dois anos de ajustes e negociações entre gestores até implementação
- O diálogo e ação conjunta de gestores, Conasems, Conass, profissionais de saúde, movimentos sociais e academia, renovando e fortalecendo o movimento da reforma sanitária são cruciais para impedir retrocessos.



# SUS 30 anos: avanços e desafios

- Há robusta evidência de que sistemas públicos universais são superiores em qualidade, eficiência e equidade
- quando possuem como pilares estruturantes:
- a organização de uma APS integral,
- o financiamento e a prestação predominantemente públicos e
- uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal com equidade  
(Wagstaff, 2011; Schneider et al, 2017; Starfield, Shi & Macinko, 2005; Kringos et al; 2010).
- Aliar a boa prática clínica, o compromisso com a promoção de saúde, o amplo acesso aos serviços, a vinculação aos territórios, a participação da comunidade, o cuidado multiprofissional e a defesa da saúde como direito universal, são desafios importantes para todas e todos que formulam políticas e apostam em uma APS forte que cumpra os atributos essenciais e derivados.
- Em defesa do SUS público, universal de qualidade sempre! Inseparável da construção de uma sociedade e estado democráticos e valores de solidariedade

# Rede de Pesquisa em APS da Abrasco (Rede APS) <https://redeaps.org.br/>

- Em defesa da Atenção Primária à Saúde forte e abrangente, coração do Sistema Único de Saúde - atualizando a agenda da Rede de Pesquisa em APS
- Rede de Pesquisa em APS da Abrasco (Rede APS) <https://redeaps.org.br/> João Pessoa, 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 27 de setembro de 2019.
- <https://redeaps.org.br/2019/10/03/em-defesa-da-atencao-primaria-a-saude-forte-e-abrangente-coracao-do-sus-atualizando-a-agenda-da-rede-de-pesquisa-em-aps/>
- REDE APS. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. Saúde em Debate 2018; 42(Sp1): 4016-430. DOI: 10.1590/0103-11042018S128; disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/406-430/pt/> acesso em 02.10.19.

# Referências

- Castro M et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11.
- Sanders D, Nandi S, Labonté R, Vance C, Van Damme W. Comment. From primary health care to universal health coverage—one step forward and two steps back. The *Lancet* 2019 [394\(10199\)](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8):619-621, published: August 24, 2019 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; 94(11):1867-74.
- Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *AJPH Perspectives*. *Am J Public Health*. 2018; 108(9):1153-5.
- Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
- Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 04]; 33(Suppl 2): e00118816.
- Giovanella L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):1763-1776.
- Sengupta A. *Universal Health Coverage: Beyond Rhetoric*. Ottawa: Municipal Services Project. IDRC; 2013. [Occasional Paper n.20]
- Fundação Oswaldo Cruz & Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde debate*; 2018 42 (spe1):434-451. disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/434-451/pt>
- World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. WHO 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
- Giovanella L, Almeida PF, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015; 39(105):300-322.
- Giovanella L (org). *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015. ([http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb319\[ling2\]anx\[1112\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb319[ling2]anx[1112].pdf) )
- Rasella D et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLOS Medicine* 15(5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
- Odendaal WA, Ward K, Uneke J, Uro-Chukwu H, Chitama D, Balakrishna Y, Kredt T. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD008133. DOI: 10.1002/14651858.CD008133.pub2. disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008133.pub2/epdf/full>
- Oliveira João Paulo Alves, Sanchez Mauro Niskier, Santos Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Sep [cited 2019 Aug 05]; 21(9): 2719-2727.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Saúde Coletiva* [internet] [Internet]. 2006;11(3):669-681; [acesso 2018 ago 24]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en)
- Aquino R, de Oliveira NF BM. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Heal* [internet] [Internet]. 2009;99(1):87-93; [acesso em 2018 ago 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>
- Guanais FC MJ. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. *J Ambul Care Manag* [internet] [Internet]. 2009;abril-jun(2):115-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223>
- Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Heal* [internet] [Internet]. 2006;Jan [acess(1):13-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>
- Macinko J, de Souza MFM, Guanais FC et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* [internet] [Internet]. 2007;nov [acess(10):2070-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689847>
- Facchini LA, Thumé E, Nunes BP et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich M TK (Orgs. ), editor. *Governing Health Systems*. 1st ed. Brookline, MA, USA: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
- Giovanella Lígia, Mendonça Maria Helena Magalhães de, Buss Paulo M., Fleury Sonia, Gadelha Carlos Augusto G., Galvão Luiz Augusto C, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 13]; 35(3): e00012219. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en). Epub Mar 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.