

FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS

**A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DE ACESSO E  
EQUIDADE NO BRASIL E NO QUÉBEC: UMA ANÁLISE COMPARADA.**

Brasília – DF  
2016



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS**

**A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DE ACESSO E  
EQUIDADE NO BRASIL E NO QUÉBEC: UMA ANÁLISE COMPARADA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima De Sousa

**Brasília – DF**  
**2016**

**FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS**

**A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DE ACESSO E  
EQUIDADE NO BRASIL E NO QUÉBEC: UMA ANÁLISE COMPARADA**

Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor em Ciências da  
Saúde pelo Programa de Pós-graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**Aprovada em Brasília, 07 de março de 2016.**

**BANCA EXAMINADORA:**

.....  
**Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)**

.....  
**Profa. Dra. Lilian Marly de Paula (UnB)  
Examinadora Interna**

.....  
**Profa. Dra. Maria Lúcia Carnelosso (PUC-GO)  
Examinadora Externa**

.....  
**Profa. Dra. Lise Renaud (UQAM)  
Examinadora Externa**

.....  
**Profa. Dra. Maria Célia Delduque (UnB)  
Examinadora Interna**

.....  
**Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (UnB)  
Suplente**

***Dedico este trabalho a todos os heróis anônimos que fazem com que o SUS aconteça no cotidiano de milhões de nossos compatriotas.***

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, por sua compreensão e carinhosa disposição em auxiliar-me na busca de respostas a minhas inquietações;

À Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça, pela permanente disposição em contribuir para comigo em todos os momentos;

A meus colegas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, que se tornaram uma extensão da minha própria família;

Às integrantes da banca examinadora, que me conferiram a honra de avaliar este trabalho;

Aos colegas e amigos do Québec, por seu interesse e disposição em colaborar nessa minha caminhada em busca de respostas a questões que nos intrigam igualmente;

A meus familiares e amigos, que nunca me faltaram com seu apoio, estímulo e confiança.

***“A Medicina é, antes de tudo, uma Ciência social”.***  
Rudolf Virchow (1821-1902)

## RESUMO

Há suficientes evidências sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização dos sistemas de saúde. O Brasil e o Québec são duas nações que possuem sistemas públicos de saúde ancorados em valores semelhantes e que buscaram dar relevo ao papel da APS, adotando-se, no caso do Brasil, a Saúde da Família. A tese tem por objetivo principal investigar a Saúde da Família como estratégia capaz de promover acesso e equidade no Québec e no Brasil, numa perspectiva de análise comparada. Estabelece ainda como objetivos específicos: (a) contextualizar os dois sistemas de saúde quanto aos processos de construção da (APS), compreendendo-os numa perspectiva histórico-social, política e cultural; (b) identificar as principais estratégias adotadas nos países em questão para a organização e o funcionamento da APS, reconhecendo historicamente os contextos nos quais se inserem tais estratégias; (c) verificar se as estratégias adotadas nos dois países podem ser relacionadas aos resultados obtidos em termos de acesso e equidade; (d) apontar os limites e as potencialidades da Saúde da Família em cada um dos países. Para tanto, utiliza como referenciais teóricos o acesso e a equidade para melhor entender suas relações com a APS. Lança mão de dados secundários e primários, estes obtidos por meio de um roteiro de entrevistas estruturado e bilíngue (português e francês), respondido por doze entrevistados. Os referenciais teóricos referentes à metodologia perpassam a hermenêutica dialética (Minayo, 1996), enquanto o método associa a dimensão da pesquisa do tipo qualitativa (Minayo, 2006) e a análise do discurso (AD), ancorada na escola francesa de Foucault (2009) e Pêcheux (1995), numa perspectiva de estudo comparado. A tese é parte do trabalho intitulado “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”, devidamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, sob número 084/2012. Os resultados e discussão são apresentados sob a forma de quatro artigos científicos, num dos quais estão explicitadas as semelhanças, diferenças e singularidades encontradas, após o que o autor tece suas considerações finais.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde da família; atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; equidade.

## ABSTRACT

There is enough evidence about the importance of Primary Health Care (PHC) to the organization of health care systems. Brazil and Quebec have public health care systems supported by similar values, and attempt to show the importance of PHC, and promote, in the case of Brazil, Family Health Care. The main objective of this study is to investigate Family Health Care as an access- and equity-promoting strategy in Quebec and Brazil, from a comparative analysis perspective. This study also presents has specific objectives, such as: (a) putting both health care systems into context as to their APS building processes, understanding them from a historical, social, political and cultural perspective; (b) identifying the main strategies adopted in Brazil and Quebec in order to organize and operate PHC, with historical consideration to the scenarios where such strategies are inserted; (c) checking whether the strategies adopted may be associated with the results obtained in terms of access and equity; (d) setting the limits and potentialities for Family Health Care in Brazil and Quebec. For such, this paper uses access and equity as theoretical benchmarks to better understand their relationships with PHC. It also makes use of primary and secondary data obtained from a bilingual semi-structured questionnaire twelve interviewees were asked to complete. The theoretical framework of the methodology relates to the dialectic hermeneutics (Minayo, 1996); the method includes the dimension of a qualitative type of research (Minayo, 2006) and discourse analysis (AD), anchored in the French school of Foucault (2009) and Pêcheux (1995), in a comparative study

This paper is a part of a work entitled *“Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”* (From institutional policies to healthcare processes: comparative studies about health promotion practices followed by the Family Health Care Program (PSF) teams in Brazil and similar programs in Cuba, Canada, Chile, Peru, Venezuela, Portugal and Columbia), approved by the Research Ethics Committee of Universidade de Brasília College of Health Sciences (FS), under number 084/2012. Results and discussion can be found in four scientific articles. One of them highlights the similarities, differences, and singularities observed and features the author’s final considerations.

**KEY-WORDS:** family health care; primary health care; health care access; equity.



## RÉSUMÉ

L'importance des soins de santé primaires est déjà bien reconnue par diverses études. Le Brésil et le Québec sont deux nations qui possèdent des systèmes publics de santé dont les bases sont semblables. Chacun a essayé de donner un rôle particulier aux soins de santé primaires, le Brésil ayant adopté le modèle de la santé de la famille. Cette thèse a pour objectif principal de voir si la stratégie de la santé de la famille s'est avéré capable de promouvoir l'accessibilité et l'équité au Québec et au Brésil, dans une perspective d'analyse comparée. Des objectifs spécifiques furent également établis: (a) mettre en contexte les deux systèmes de santé en ce qui concerne les processus d'organisation des soins primaires, dans une perspective historique, sociale, politique e culturelle; (b) identifier les principales stratégies adoptées en vue de l'organisation et du fonctionnement des soins primaires; (c) déterminer si ces stratégies gardent des liens avec les résultats escomptés en matière d'accessibilité et d'équité; (d) et signaler les limites et le potentiel des programmes de santé de la famille au sein des deux nations. Pour atteindre ces objectifs, l'auteur a choisi l'accessibilité et l'équité comme les fondements théoriques, en essayant de déterminer leurs relations avec les soins de santé primaires. Il emploie des données secondaires et primaires, celles-ci par le biais de douze entrevues qui ont faisaient suite à un questionnaire bilingue semi-structuré. Les références théoriques touchant la méthodologie s'appuient sur la herméneutique dialectique de Minayo (1996) et la méthode associe les éléments de la recherche qualitative (Minayo, 2006) et de l'analyse du discours de l'école française de Foucault (2009) et Pêcheux (1995), en vue d'une analyse comparée. La thèse fait partie d'un travail intitulé "De la politique institutionnelle aux processus de soins: études comparées à propos des pratiques de promotion de la santé au sein des équipes du Programme de Santé de la Famille (PSF) du Brésil et de programmes similaires à Cuba, au Canada, au Chili, au Pérou, au Venezuela, au Portugal et en Colombie". L'approbation du Comité d'éthique de la Faculté de sciences de la santé de l'Université de Brasília a reçu le numéro 084/2012. Les résultats et la discussion sont présentés sous la forme de quatre articles scientifiques et signalent les similitudes, les différences et les singularités rencontrées. À la fin, l'auteur présente ses considérations et conclusions.

**MOTS CLEFS:** santé de la famille; soins de santé primaires; accessibilité aux services de santé; équité.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Evolução e estrutura etária da população do Québec, em milhões de habitantes (2015)

Figura 2 – Evolução da estrutura etária da população brasileira, segundo o IBGE (2016)

Figura 3 – Evolução da pirâmide etária da população brasileira de 2005 a 2030, segundo Mendes (2012, p. 34)

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição dos municípios do Québec, por tamanho da população (2014)

Tabela 2 - Frequência da proporção de óbitos no Brasil, por causas definidas, baseada nos dados da Ripsa (2011)

Tabela 3 - Distribuição dos municípios brasileiros por porte de população, segundo o IBGE (2010)

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Semelhanças observadas entre os modelos de organização da APS/Saúde da Família no Québec e no Brasil

Quadro 2 - Diferenças observadas entre os modelos de organização da APS/Saúde da Família no Québec e no Brasil

Quadro 3 - Singularidades observadas entre os modelos de organização da APS/Saúde da Família no Québec e no Brasil

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AD – Análise do Discurso
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CF – Constituição Federal Brasileira
- CLSC – Centro Local de Serviços Comunitários
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CRI – Clínica de Redes Integradas
- CRSS – Conselho Regional de Saúde e Serviços Sociais
- CPS – Cuidados Primários de Saúde
- CSSS – Centro de Saúde e de Serviços Sociais
- CIUSSS – Centro Integrado Universitário de Saúde e Serviços Sociais
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- GMF – Grupo de Medicina de Família
- MSSS – Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOB-96 – Norma Operacional Básica de 1996
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PMAQ – Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica
- PRMI – Programa de Redução da Mortalidade Infantil
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde

## **ROTEIRO**

Esta tese encontra-se estruturada em oito partes para melhor organização e compreensão do tema estudado, da forma como se segue.

### **1 APRESENTAÇÃO**

Enfoca a relação do autor com o tema, num processo de construção a partir de sua vida profissional e dos desafios enfrentados na gestão do SUS nos níveis municipal e estadual.

### **2 INTRODUÇÃO: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS MODELOS ORGANIZATIVOS NO BRASIL E NO QUÉBEC**

Divide-se em três blocos, sendo o primeiro deles voltado à recapitulação das bases conceituais da Atenção Primária à Saúde (APS). O segundo trata da forma como se estruturaram seus modelos de organização, no Brasil e no Québec, o que permitirá, mais adiante, estabelecer uma análise comparada entre as escolhas e os resultados obtidos, levando-se em conta os aspectos históricos, sua evolução como política pública ao longo do tempo, suas conquistas e aparentes contradições e desafios a serem superados.

Já o terceiro descreve os contextos sociopolítico, geográfico e sanitário do Québec e do Brasil. Ao final, a introdução apresenta, ainda, os pontos que se deseja investigar ao enunciar os objetivos geral e específicos, bem como a justificativa, a importância, a pertinência e a atualidade desta pesquisa.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO: A COMPREENSÃO E A APLICAÇÃO DOS CONCEITOS DE EQUIDADE E ACESSO A SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE**

Esta parte é dedicada ao aprofundamento desses conceitos, uma vez que a pesquisa se propõe a analisar a APS – e especialmente a Saúde da Família – em sua possível capacidade de promover a melhoria de acesso e de equidade nos sistemas de saúde respectivos. Ademais, embasa, no mesmo propósito, um dos artigos produzidos com resultado do estudo visando a uma melhor compreensão do assunto.

#### **4 METODOLOGIA**

Descreve a escolha dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados no estudo e detalha os caminhos seguidos durante a realização da pesquisa, tais como: (a) a formulação do objeto e da pergunta central; (b) a definição do universo e dos sujeitos; (c) a escolha do referencial teórico-metodológico de análise; (d) o desenho dos instrumentos para coleta de dados; (f) a organização e realização do trabalho de campo e (e) a organização e análise das informações coletadas.

#### **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresentados na forma de quatro artigos, esta seção apresenta os resultados e estabelecer as discussões em torno deles. Foi estruturada de forma a integrar uma relação dialógica entre o método e o caso em análise, aprofundando as discussões, de modo a permitir o diálogo entre os mundos prático e teórico.

#### **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta seção estão contidas as principais conclusões sobre os resultados obtidos no estudo, iluminados pela discussão e pelo diálogo com a literatura consultada.

#### **7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **8 APÊNDICES**

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	18
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.2. A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
2.3 O CONTEXTO DO QUÉBEC E DO BRASIL.....	24
<b>2.3.1 O Québec</b> .....	24
<b>2.3.2 O Brasil</b> .....	27
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	31
3.1 ACESSO.....	31
3.2 EQUIDADE.....	33
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	35
4.1 A NATUREZA E O UNIVERSO DO ESTUDO.....	37
4.2 OS SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO.....	38
4.3 A TÉCNICA DE COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	38
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	40
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48
<b>8 APÊNDICES</b> .....	55

## 1 APRESENTAÇÃO

Ao abraçar a prática médica da Ginecologia e Obstetrícia há exatos 30 anos, nunca haveria de supor que outra sedução viesse a se apresentar na trajetória de minha vida profissional. Após menos de dois anos de exercício da especialidade numa unidade pública de saúde da Cidade de Goiás (GO), onde travei conhecimento com a realidade vivida pela população, envolvi-me com as ideias do Movimento da Reforma Sanitária, então em franca ebulição face aos trabalhos preparatórios para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, mais tarde, com a própria Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988).

A consequência é que fui levado a desempenhar as funções de Diretor Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, entre os anos de 1985 e 1987, onde meu interesse pela Saúde Coletiva avivou-se. Nos anos seguintes, ocupei a função de Secretário Municipal de Saúde de Goiás (GO), na fase embrionária de estruturação das atividades inerentes à gestão local da saúde. Em seguida, entre 1990 e 1996, dirigi o Hospital de Caridade São Pedro d'Alcântara daquela cidade, fundado por Sua Majestade Imperial Dom Pedro I, em 25 de janeiro de 1825. Ali, mais uma vez, entendi que era preciso trabalhar proativamente a saúde, a partir da comunidade, sobretudo de suas camadas mais desfavorecidas que habitavam a periferia urbana e a zona rural.

Não podendo contar com nenhum tipo de apoio do governo estadual, por absoluto desinteresse pelo assunto, fui buscar a ajuda do Ministério da Saúde, em 1994, quando o então Ministro Henrique Santillo interessou-se pelo projeto de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ligados àquela instituição hospitalar, que lhe apresentei pessoalmente. Assim, obtendo algum recurso financeiro para treinamento, aquisição de veículos e materiais de trabalho, foi possível formar uma equipe de agentes segundo os mesmos princípios e diretrizes já preconizados pelo Ministério da Saúde, porém sem nenhuma condição de oferecer-lhes remuneração. Com o apoio de instituições internacionais, tive a ajuda de três enfermeiras francesas voluntárias (Marie-Louise Casta, Renée Goutte e Catherine Miguet) que ministraram o curso de capacitação e uma delas permaneceu durante mais de um ano como supervisora do trabalho, sem nenhum custo para a instituição.

Em 1997, retornei à Secretaria Municipal de Saúde como gestor, deixando a direção do hospital. Pude, assim, promover a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o apoio do Conselho Municipal de Saúde, utilizando, para tanto, a quase totalidade dos agentes comunitários já treinados e em atuação. Estes, a partir de então, passavam a ter uma remuneração mensal por seu trabalho, além de poder contar com um acompanhamento permanente de enfermeiras-supervisoras.

O trabalho produziu bons frutos, com a progressiva atuação dos agentes de saúde e sua integração às atividades desenvolvidas pelo hospital e por toda a rede local de serviços de saúde. O resultado foi que os indicadores de saúde tiveram mudanças significativas, com aumento do grau de satisfação dos cidadãos com relação aos cuidados de saúde que passaram a receber. Talvez por esta razão eu tenha sido convidado a assumir a Superintendência de Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, em Goiânia, a partir de janeiro de 1999, tendo como Secretário de Estado o Dr. Henrique Santillo. Seis meses mais tarde, tive a honra de substituí-lo nas funções de Secretário de Estado da Saúde, que exerci por sete anos ininterruptos.

Tanto na condição de gestor estadual do SUS, quanto na de presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) por dois mandatos (2000 a 2003), pude consolidar minha convicção sobre a importância capital de se estruturar a Atenção Primária à Saúde como estratégia promotora de equidade e de garantia de acesso, o que me levou a buscar mais conhecimentos sobre o assunto, ao fazer o curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que concluí em 2005.

Em 2009, dois anos depois de ter deixado o cargo de Secretário Estaduas de Saúde, ingressei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás como professor da cadeira de Medicina Comunitária, trabalhando com os alunos do primeiro ano do curso de Medicina e levando-os a travar conhecimento com o Sistema Único de Saúde, em especial com a Saúde da Família. Nasceu aí o desejo de ir além, na busca de conhecimentos que possam tornar-me mais apto a cumprir meus papéis de professor e de profissional do sistema público de saúde.

De 1992 até os dias atuais, diferentes circunstâncias possibilitaram que eu tivesse um contato bastante frequente e estreito com a província do Québec (Canadá), com suas instituições e seus profissionais de saúde. Assim, interessei-me



sempre em conhecer os fundamentos, as formas de organização, os avanços obtidos e os desafios que espreitam o sistema de saúde daquela nação<sup>1</sup>, tentando traçar paralelos com o nosso Sistema Único de Saúde. Ao refletir especialmente sobre as formas pela qual a APS foi estruturada e como se encontra organizada no Brasil e no Québec, tomei a decisão de estudá-las de maneira mais sistemática e com o rigor acadêmico, pois três grandes questões sempre me interpelaram fortemente:

- a) a ampliação de acesso e a redução de desigualdades em saúde são resultado de algum modelo organizativo da APS?;
- b) em que dimensões tais modelos podem ser mais ou menos efetivos?;
- c) em que medida as diferentes concepções de organização da APS no Brasil e no Québec podem ser relacionadas aos resultados obtidos em termos de acesso e equidade?

Desta forma, transformei tais inquietações e indagações em minhas questões de investigação, às quais procurei responder ao longo do meu trabalho no presente curso de pós-graduação em grau de doutoramento.

---

<sup>1</sup> Ao mencionar o Québec como nação, procura-se destacar sua identidade cultural, a união de seu povo em torno da defesa de uma língua, de seus usos, práticas e costumes. Embora desprovido dos requisitos de soberania como Estado independente, uma vez que integra a confederação canadense e, conseqüentemente a Comunidade Britânica das Nações, há no Québec um sentimento de autonomia que por mais de uma vez ensejou plebiscitos a respeito de sua separação do Canadá como Estado autônomo. É importante lembrar que Estado “é a pessoa jurídica formada por uma sociedade que vive num determinado território e subordinada a uma autoridade soberana. Trata-se do conjunto de poderes políticos e administrativos de uma nação”. Esta, por sua vez, “é um agrupamento humano, cujos membros, fixados em um território, são ligados por laços históricos, culturais, econômicos e linguísticos”. (fonte: <http://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/196302/qual-a-diferenca-entre-estado-e-nacao-michele-melo>)

## 2 INTRODUÇÃO

Diferentes estudiosos no Brasil (1,2,3,4,5), no Canadá (6,7) e no Reino Unido (8,9) têm afirmado a importância de se fortalecer a atenção primária à saúde (APS) para que se obtenham ganhos nos níveis de saúde da população e uma melhor organização e desempenho dos sistemas de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma base forte de atenção primária, a despeito das recomendações da Organização Mundial de Saúde (10). Este organismo, em 1978, por ocasião da Conferência de Alma-Ata expressou alguns valores que passaram a orientar a base conceitual da APS (11).

Historicamente, a preocupação para com os Cuidados Primários de Saúde, no Brasil mais conhecidos como Atenção Primária à Saúde (APS), uma adaptação da expressão inglesa « *primary care* », remonta ao Relatório Dawson, no Reino Unido, em 1920, segundo Mata e Morosini (12). Nele encontra-se inscrita a preocupação em se organizar o modelo de atenção de maneira hierarquizada, a partir de centros de saúde primários e secundários, até os serviços hospitalares mais complexos nos hospitais de ensino. Hoje, entretanto, tal estrutura de hierarquização vertical tem sido combatida em favor de uma organização poliárquica em rede, onde a APS possa exercer um papel preponderante de coordenação do cuidado, conforme apontam os estudos de Mendes (13).

Esse papel coordenador da APS implica, necessariamente, na discussão sobre a capacidade de se garantir acesso à saúde, com equidade, o que deve perpassar todos os níveis de atenção e ganhar foro de prerrogativa legítima na fruição do direito à saúde. Ora, se por um determinismo constitucional, no caso do Brasil, o princípio da universalidade é assegurado, há que se debruçar sobre os desafios do nosso sistema de saúde que ainda estão por ser vencidos, dentre os quais a garantia de acesso à saúde, e a utilização sistemática do princípio da equidade em suas políticas públicas.

## 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A base conceitual da APS, chamada de Cuidados Primários de Saúde (CPS) em seus primórdios, afirmava: (a) que a saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde; (b) que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável; (c) que os CSP fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam, ainda, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (11).

Suas principais características, propostas em 2002 por Starfield (10), são:

- Constituir-se em porta de entrada do serviço, de modo a ser acessível à população e a configurar-se como o primeiro recurso a ser buscado;
- Assegurar a continuidade do cuidado, também chamada de longitudinalidade, ou seja, permitir que a pessoa assistida mantenha o vínculo com o serviço ao longo do tempo, fazendo com que a cada nova necessidade de contato com o serviço a pessoa seja atendida de maneira sempre mais eficiente;
- Zelar pela integralidade do cuidado, ou seja, exercer no nível primário a responsabilidade por todos os problemas de saúde da comunidade e de seus cidadãos; assim, é necessário buscar a articulação com as famílias, com outros serviços de saúde e organismos governamentais e não-governamentais, entendendo a integralidade como um valor que não se limita ao campo biológico apenas, mas que se ancora também nos chamados determinantes sociais da saúde;
- Exercer a coordenação do cuidado, ainda que parte desse cuidado seja realizado em outros níveis de atendimento. É o nível primário quem deve

organizar, coordenar e promover a integração desses cuidados, muito comumente realizados por diferentes profissionais de distintas áreas e que, normalmente, têm pouco ou nenhum diálogo entre si.

Pelo exposto, não é difícil compreender o porquê da importância que se atribui ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como elemento capaz de organizar, e coordenar os cuidados no âmbito de um sistema de saúde e, ao mesmo tempo, levar em conta os determinantes sociais da saúde e sua influência sobre o processo saúde-doença, tanto no plano individual, quanto coletivo.

No Brasil, em virtude de vários fatores, muitos dos quais a serem abordados ao longo deste trabalho, ainda há uma forte valorização do hospital como o local de eleição para a solução dos problemas de saúde pela população. A adesão dos cidadãos a um modelo de fortalecimento da APS, como a estratégia de Saúde da Família, requer o estabelecimento de um vínculo de confiança entre equipe de saúde e a comunidade. Para isso, as estruturas de APS, tanto em termos de capacidade material quanto de recursos humanos, necessitam dar respostas rápidas e qualitativamente eficazes, a fim de que se inverta a lógica que ainda faz do hospital, para muitos, a primeira escolha nas situações agudas e na agudização de situações crônicas de saúde.

## 2.2 A ORGANIZAÇÃO DA APS

No Brasil, a preocupação com o fortalecimento da APS materializou-se no movimento de municipalização da saúde na década de 1990, transferindo aos serviços locais, sob a coordenação de um órgão gestor local, a Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade pelas atividades típicas da APS, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Seguiu assim, um ciclo na história dos processos organizativos das ações e serviços de saúde orientados pelos cuidados básicos de saúde e, com isso, a necessidade de se pensar e repensar as modalidades de investimentos, na perspectiva de colocar a APS na condição de eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, sinalizando, ainda, sua função social na transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde.

O surgimento das estratégias dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), em 1991 e 1994, respectivamente, impulsionou o desenvolvimento da APS no Brasil, o que é evidenciado por um conjunto de mudanças no estado de saúde-doença e no cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades vinculadas a essas estratégias. Ao longo das últimas duas décadas, várias são as indicações dos ganhos de saúde, a exemplo de mortalidade infantil reduzida, cobertura vacinal, proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal, redução de hospitalizações por complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, e do número de recém-nascidos de baixo peso atribuídos à evolução da implantação dessas estratégias nos diferentes territórios do país (14).

A perenização dessa metodologia de trabalho em equipe, com a destacada participação do ACS, pessoa da própria comunidade, por ela mesma escolhida, é sem dúvida um dos fatores de sucesso experimentado pelo sistema de saúde brasileiro, sobretudo em comunidades menos favorecidas, em locais distantes e em pequenos municípios e traduz-se como a experiência mais emblemática em termos de desempenho no âmbito da saúde do Brasil. Em 27 de agosto de 2011, em manifestação publicada no periódico *The Economist* (15), a Organização Panamericana de Saúde (16) assim se expressou:

[...]. Ao longo de duas décadas, a estratégia de Saúde da Família expandiu-se por todo o país, oferecendo atenção primária integral a 95% dos 5564 municípios brasileiros, cobrindo 55% da população - quase 100 milhões de pessoas, aí incluídos os pobres que vivem em áreas rurais isoladas e favelas urbanas. O Programa de Saúde da Família é um exemplo concreto e com resultados de uma política de saúde exitosa. [...] Esta e outras evidências atestam seus inquestionáveis sucessos, que levaram o prestigioso periódico científico *British Medical Journal* (BMJ) a definir o Programa de Saúde da Família como “um sucesso custo-efetivo com o qual países de renda superior poderiam aprender”.

Embora considerada exitosa, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enfrenta desafios que vão desde o recrutamento e retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS; à heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário, e ainda a maior dificuldade de sua expansão em grandes centros urbanos. Para ir mais além, segundo Sisson (17), será preciso que ocorra a implementação da política de saúde, materializada por um conjunto de condições: maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor saúde, com

uso mais efetivo dos já existentes; implementação de uma política redistributiva na alocação de recursos entre esferas de governo; organização da rede local de serviços de saúde no sentido de garantir a universalidade do acesso dos cidadãos, por meio da melhor distribuição espacial desses serviços e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Junta-se a tais preocupações a flexibilização da carga horária dos médicos que integram as equipes de Saúde da Família que, em razão da edição da Portaria Ministerial n. 2027, de 25 de agosto de 2011, passaram a ter a possibilidade de prestar 40, 30 ou 20 horas de trabalho semanais, em lugar das 40 horas anteriormente obrigatórias (18). Apesar de, à época, ter sido justificada como uma medida de caráter provisório, não houve revogação posterior (19).

O ex-ministro da Saúde do Brasil, Adib Jatene, em entrevista, criticou fortemente a mudança, pois ela trabalha contra a própria razão de ser da estratégia, a qual procura, dentre outras coisas, criar um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico de família e à equipe como um todo e, ainda, um vínculo de responsabilidade deste profissional e da equipe com relação às famílias a eles adscritas (20).

Outro aspecto relevante refere-se à insuficiente formação do jovem médico, que muitas vezes é levado a trabalhar na Saúde da Família, desde o momento em que deixa a universidade, sem ter adquirido as condições necessárias para o bom desempenho de suas funções. Ao contrário do que possa parecer, a Atenção Primária à Saúde é altamente exigente em termos cognitivos e requer ainda uma aguçada capacidade de percepção dos condicionantes e determinantes sociais da saúde, requerendo, ainda, a aplicação vigorosa dos preceitos éticos na perspectiva das relações humanas (21).

A despeito das iniciativas governamentais para uma melhor qualificação desses jovens profissionais, a experiência, a vivência clínica, a coexistência e o equilíbrio entre as dimensões do conhecimento científico e do comportamento ético e humano não podem ser forjados em pouco espaço de tempo. Além disso, a falta de condições de trabalho, o isolamento e a deficiente articulação com serviços e com profissionais especializados dificultam a atuação dos generalistas, especialmente se fragilizados em sua autoconfiança. Isto faz com que haja um número de encaminhamentos muito além do necessário a serviços especializados e de maior densidade tecnológica, criando dificuldades para os pacientes, diminuindo

sua confiança nos serviços de APS e contribuindo para o congestionamento de hospitais, serviços de apoio diagnóstico e clínicas de especialidades.

Segundo Connil (1), um dos sistemas de saúde que adotou, no início da década de 1970, uma reforma de caráter inovador, com ampliação da participação cidadã, com ênfase na integralidade da atenção e na dimensão familiar e comunitária dos cuidados, foi o da província canadense do Québec. Pela identidade de propósitos e similaridade dos fundamentos que nortearam o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, com a Constituição Federal de 1988, sobre ele recaiu a escolha para a realização do presente estudo.

Um breve retrospecto histórico mostra que no Canadá, na década de 1960, um olhar mais atento sobre a saúde se estabeleceu, numa perspectiva de desenvolvimento das ações preconizadas já em 1957 pela legislação que criou o seguro-hospitalização. Assim, em 1965, a “Lei de ajuda à saúde” prevê recursos para o desenvolvimento de instituições voltadas à formação profissional; a lei do “Regime da assistência pública do Canadá”, em 1966, dispõe sobre o compartilhamento dos custos da assistência à saúde entre os governos federal e provincial e da assistência social aos indigentes e, em 1968, é editada a “Lei dos cuidados médicos”. A partir de 1970, segue-se um período de consolidação e de racionalização desses benefícios sociais, caracterizado por uma redução das subvenções federais e pela manutenção, simultaneamente, das exigências quanto ao caráter público e universal do regime, confirmados posteriormente pela Lei Canadense da Saúde, de 1984, conforme refere Desrosiers (22).

Uma vez que no Canadá as responsabilidades sobre a saúde dos cidadãos são de competência provincial, não faz sentido comparar o sistema de saúde brasileiro com um pretense sistema de saúde canadense, até por que não há um sistema “canadense” por analogia com o sistema brasileiro, mas sim, sistemas provinciais de saúde que devem, contudo, respeitar valores comuns previstos na legislação federal daquele país. Assim, convém assinalar que o nascimento e a consolidação de um “sistema de saúde e de serviços sociais” na província de Québec processaram-se no período de 1972 a 1985, segundo Gaumer (23), iniciando-se com sua instituição formal, pela Lei sobre os Serviços de Saúde e Serviços Sociais, de 1971, fundada nos princípios da universalidade de acesso e da obrigação do Estado por sua garantia e administração (24).

Ao contrário do Brasil, onde o processo de fortalecimento da APS iniciou-se

com a inclusão do agente comunitário de saúde (ACS) - esse novo ator que iria revelar-se de uma importância singular na ampliação do acesso e no combate às iniquidades em saúde - o Québec adotou o clássico modelo de organização europeu ocidental, centrado sobre a figura do médico. Não se buscou, assim, a dimensão do trabalho em equipe, com responsabilidade territorial e adscrição de clientela, tal como conhecemos em nosso país. Lá, numa fase inicial, no decênio 1970-1980, houve a manutenção da autonomia dos médicos e dos hospitais e somente com a implantação dos Centros Locais de Serviços Comunitários – CLSC (25), na década de 1980, percebe-se a tentativa em dar uma dimensão organizacional à Atenção Primária, com ênfase nos cuidados familiares e comunitários, o que também ocorrerá mais tarde, com a instituição dos Grupos de Medicina de Família (24).

## 2.3 O CONTEXTO DO QUÉBEC E DO BRASIL

### 2.3.1 O Québec

A província do Québec, uma das 10 províncias do Canadá, caracteriza-se por seu território de mais de 1,6 milhões de km<sup>2</sup> e por sua personalidade singular, nascida do caráter majoritariamente francófono e da rica miscigenação cultural de sua população. É a única província canadense a utilizar o francês como língua principal. Sociedade moderna, o Québec é reconhecido por seu sistema político democrático e seus serviços à população. Assim, possui um sistema de saúde universal e gratuito, que oferece diversos serviços sociais e comunitários, além de uma rede educacional pública acessível a todos (26).

Alguns dados e indicadores:

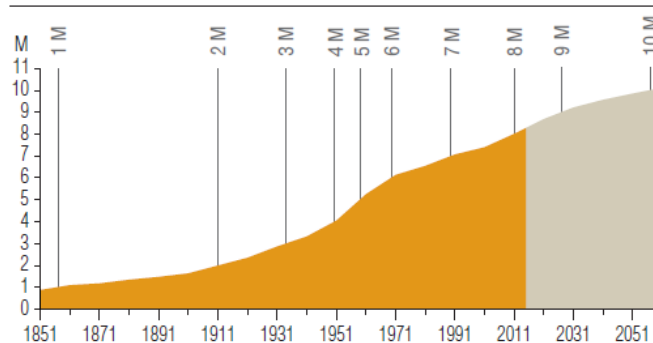
- População (2014): 8 214 672 habitantes
- Densidade demográfica (2014): 6,3 hab./km<sup>2</sup>
- Superfície: 1 667 712 km<sup>2</sup>
- Regiões administrativas: 17
- Capital: Québec
- Natureza do regime político: Democracia parlamentarista



- Evolução e distribuição da população por faixa etária (vide Figura 1), segundo dados de 2015, do Institut de la Statistique du Québec (27).
- Principais causas de mortalidade: câncer (33,1%), doenças do aparelho circulatório (17,9%), doenças cerebrovasculares (1,7%), doenças do aparelho respiratório (4,6%), traumatismos não intencionais (1,7%) e outras causas (36,2%). Os tumores malignos ultrapassaram as moléstias cardiovasculares como a principal causa de morte, no início dos anos 1990, conforme o sistema de informações Santéscope, do Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec (28).
- Distribuição dos municípios por tamanho da população (Tabela 1), segundo o Institut de la Statistique du Québec (29).
- Esperança de vida ao nascer (2011): 79,6 anos para homens e 83,8 anos para mulheres. Há uma diferença entre os habitantes da zona urbana (79,7 para os homens e 84,0 para as mulheres) e da zona rural (78,6 e 83,5, respectivamente), de acordo com o sistema de informações Santéscope, do Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec (28).
- Mortalidade infantil (2013): 4,6 por 1000 nascidos vivos de todos os pesos ao nascer, variando entre 4,5 na zona urbana e 5,1 na zona rural. Para somente os nascidos com 500 gramas ou mais, 3,1 por 1000 nascidos para todos os pesos, variando entre 3,8 e 3,3 nas zonas urbana e rural, respectivamente, segundo Santéscope (28).
- Proporção de adultos obesos (2013-2014), por sexo e região. Os dados mostram que em 2003 um em cada 7 homens era obeso, passando a 1 em cada 5 em 2013-2014. Já entre as mulheres, a proporção de 1 obesa em cada 6 mulheres praticamente não se alterou. Há variações entre os habitantes das zonas urbana e rural, conforme mostram os dados de Santéscope (28).
- Gastos com saúde: em 2012, as despesas totais em saúde no Québec representaram 11,2% do PIB, sendo 8,2% de despesas públicas. (29)

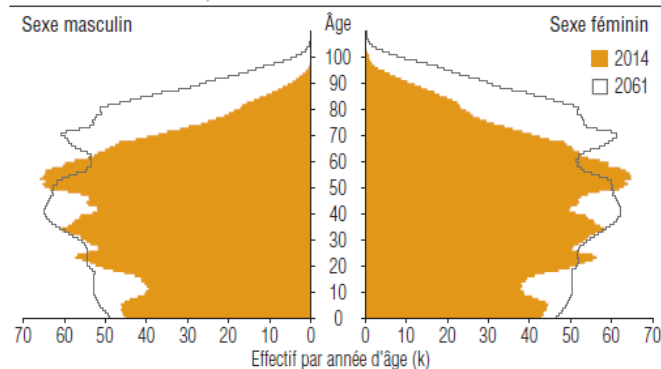
### ÉVOLUTION ET STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION

POPULATION DU QUÉBEC, 1851-2011 ET POPULATION PROJETÉE, 2021-2061



Sources : Statistique Canada, Recensements et estimations démographiques.  
Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques.

### PYRAMIDE DES ÂGES, 2014 ET 2061



Sources : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec.

Figura 1 – Evolução e estrutura etária da população, em milhões de habitantes, segundo Institut de la Statistique du Québec (2015).

Tabela 1-Distribuição dos municípios do Québec em função de sua população, 2014

Número de habitantes	Municípios		População	
	n	%	n	%
> 100.000	10	0,8	3.917.966	47,7
50.000 - 99.999	9	0,7	638.217	7,8
10.000 - 49.999	85	6,6	1.835.426	22,3
5.000 - 9.999	78	6,1	534.924	6,5
1.000 - 4.999	476	37,0	1.010.636	12,3
< 999	629	48,9	277.503	3,4
Total	1287	100,0	8.214.672	100,0

Fonte: Institut de la statistique du Québec: Estimation de la population des municipalités em 01 de julho de 2014.

### 2.3.2 O Brasil

O Brasil é uma república federativa, com 26 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios, constitucionalmente autônomos, nos termos da Constituição Federal vigente (30). Tem a língua portuguesa como língua oficial. Possui um sistema público de saúde, universal e gratuito, embora seja livre, nos termos da Lei 9656, de 1998, a participação do setor privado através de seguros e planos de saúde, que atuam de forma suplementar (31).

- População (estimativa 2016): 205.232.188 habitantes segundo IBGE (32)
- Densidade demográfica (2014): 22,43 hab./km<sup>2</sup>, com grandes variações entre as regiões, segundo o IBGE (32).
- Superfície: 8.514.877 km<sup>2</sup>.
- Capital: Brasília
- Natureza do regime político: Democracia presidencialista
- Evolução e distribuição da população por faixa etária (vide figura 2), segundo o IBGE (33) e figura 3, extraído de Mendes (34).
- As principais causas de mortalidade, segundo RIPSA, Ministério da Saúde (35) encontram-se na tabela 2.
- Distribuição dos municípios por tamanho da população (tabela 3), segundo o IBGE (33), mostra que 70,44% deles possuem menos de 20.000 habitantes.
- Esperança de vida ao nascer (2014): 71,6 anos para homens e 78,8 anos para mulheres, com média de 75,2 anos segundo a Agência Brasil (36).
- Mortalidade infantil: de 2000 a 2011, o Brasil reduziu a mortalidade infantil média de 26,1 para 15,3 óbitos para cada mil nascidos vivos segundo dados da RIPSA, Ministério da Saúde do Brasil (35).
- As principais causas de mortalidade, segundo RIPSA, Ministério da Saúde (35) encontram-se na tabela 2.
- Proporção de adultos obesos (2014): 52,5 % dos brasileiros estão acima do peso ideal e 17,9% da população apresetam obesidade, segundo dados do Vigitel, Ministério da Saúde (37).

- Gastos com saúde: em 2012, as despesas totais em saúde no Brasil representaram 9,4% do PIB, sendo apenas 46,4% de despesas públicas (38).

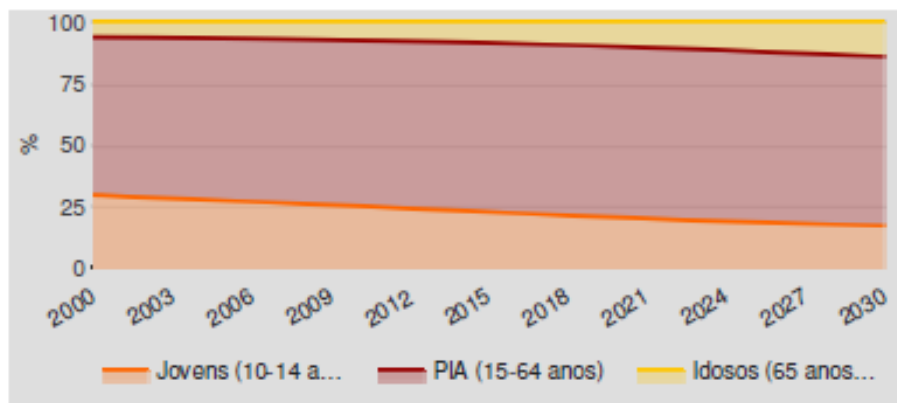


Figura 2. Evolução da estrutura etária da população brasileira, segundo o IBGE (2016).

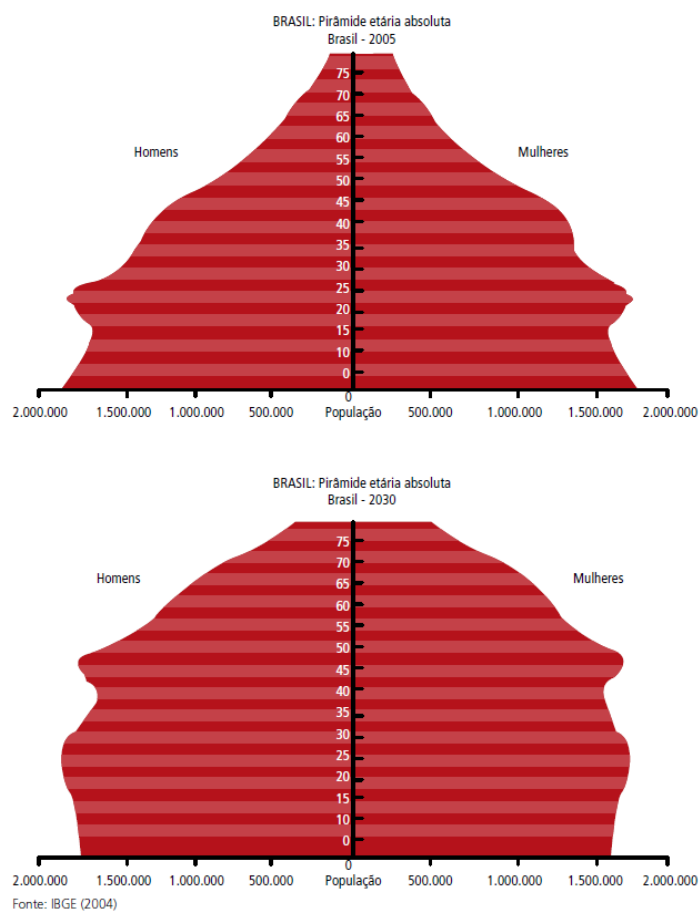


Figura 3. Evolução da pirâmide etária da população brasileira de 2005 a 2030

Fonte: Mendes (35)

Tabela 2 – Frequência da proporção de óbitos no Brasil, por causas definidas, baseada nos dados da RIPSA (36)

<b>CAUSAS</b>	<b>PROPORÇÃO (%)</b>
Doenças do aparelho circulatório	30,69
Neoplasias (tumores)	16,88
Causas externas de morbidade e mortalidade	13,35
Doenças do aparelho respiratório	11,6

Tabela 3 – Distribuição dos municípios brasileiros por porte de população, segundo o IBGE (34)

<b>Faixa de população</b>	<b>Total de municípios</b>	<b>Percentual de municípios</b>	<b>População</b>	<b>Percentual da população</b>
0 a 5.000	1.302	23,39	4.379.816	2,30
5.001 a 10.000	1.213	21,79	8.559.667	4,49
10.001 a 20.000	1.400	25,15	19.744.382	10,35
20.001 a 50.000	1.043	18,74	31.379.266	16,45
50.001 a 100.000	324	5,82	22.263.598	11,67
100.001 a 500.000	245	4,40	48.567.489	25,46
Acima de 500.001	38	0,62	55.838.476	29,28

## **2.4- OBJETIVOS**

### **2.4.1 – OBJETIVO GERAL**

O presente estudo tem por objetivo geral analisar a Saúde da Família, nos sistemas de saúde do Brasil e do Québec, como estratégia promotora de acesso e equidade, procurando entender como se deu o processo, suas similitudes e diferenças com o modelo brasileiro, especialmente em suas formas de organização.

### **2.4.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

(1) contextualizar o sistema de saúde do Brasil e do Québec quanto aos processos de construção da APS, compreendendo-os numa perspectiva histórico-social, política e cultural;

(2) identificar as principais estratégias adotadas nos países em questão para a organização e o funcionamento da APS, reconhecendo historicamente os contextos nos quais se inserem tais estratégias;

(3) verificar se há relação entre as estratégias adotadas nos dois países e os resultados obtidos em termos de acesso e equidade;

(4) apontar os limites e as potencialidades da Saúde da Família em cada um dos países.

### 3 O REFERENCIAL TEÓRICO

Para tentar responder às questões que motivaram a realização do presente trabalho, é mister aprofundar a compreensão sobre as significações dos termos **acesso** e **equidade**, buscando estabelecer suas relações com a APS e com a Saúde da Família, e a possível capacidade que estas teriam em agir como estratégias de promoção e de aperfeiçoamento do acesso e de equidade em saúde.

#### 3.1 ACESSO

Dois temas principais sobre o conceito de acesso aparecem na literatura (39, 40, 41, 42, 43). Alguns pesquisadores, como Aday e Andersen (39) tendem a equiparar o acesso com características da população (renda familiar, cobertura por seguros, atitudes em relação ao atendimento médico) ou da forma de oferta de serviços (a distribuição e organização de mão de obra e instalações, por exemplo). Outros argumentam que o acesso pode ser melhor avaliado através de indicadores da passagem do indivíduo por meio do sistema, tais como a utilização de taxas ou índices de satisfação (43).

Acesso também pode significar que os serviços estão disponíveis quando e onde o paciente precisa deles e que a porta de entrada para o sistema encontra-se bem definida. Além disso, muitas vezes o termo tem sido considerado do ponto de vista político, isto é, como um efeito da política de saúde capaz de alterar o acesso aos cuidados médicos, objeto frequente das preocupações dos planejadores de saúde e dos políticos que têm o poder de tomar decisões a respeito (40)

São ainda apontados indicadores de processos e de resultados utilizados na mensuração do acesso, porém talvez seja mais importante considerar o acesso em termos de saber se as pessoas que necessitam de cuidados de saúde conseguem entrar no sistema. Neste particular, há que se atentar para o fato de que fatores econômicos (recursos financeiros disponíveis para o custeio de serviços de saúde) e não econômicos (indisponibilidade de profissionais para a APS; dificuldades no transporte; filas de espera) encontram-se implicados na questão do acesso dos pacientes aos serviços proporcionados pelos sistemas de saúde, como assinalam Aday e Andersen (39).

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e a demanda; uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde, como mencionam Giovanella e Fleury (41).

Pode-se, assim, buscar compreender as políticas formuladas e sua execução, envolvendo a gestão com tomada de decisão e participação da sociedade, além das práticas operadas no dia a dia dos serviços de saúde: como os serviços se organizam, como os trabalhadores atuam e as subjetividades que transversalizam estas relações, com seus componentes simbólicos e representacionais no atendimento às demandas e necessidades dos usuários.

Ademais, é preciso rever os modelos de atenção à saúde à luz das necessidades de saúde nos diferentes momentos históricos, tentando vislumbrar em suas trajetórias as mudanças efetuadas na tentativa de responder a novas necessidades, nas perspectivas da proteção à saúde do direito social. O setor saúde ocupa um espaço importante na dimensão das políticas de proteção social, num entrelaçar de forças e interesses que envolvem o Estado, a sociedade e o mercado. Por isso mesmo, os sistemas universais de saúde, assim como os subsistemas que eventualmente os integram em diferentes países, precisam ser cotejados em relação ao fenômeno da globalização, à influência de novas ideias e tendências, e ainda aos interesses e à rede de poderes e saberes que os conformam.

De maneira especial, é preciso ver que lugar ocupa e que papel desenvolve a APS nos sistemas universais de saúde, como efetivamente promotora de acesso, uma vez que o tema ganhou grande destaque nas reformas no setor da saúde nas últimas três décadas, no contexto mais amplo das reformas que se deram nos Estados Nacionais (42). O acesso, ainda que complexo em ser definido e por comportar múltiplos enfoques, com modificações no tempo e nos diferentes contextos, é fundamental para a concretização do direito à saúde. Como bem ressaltam Travassos e Martins (40), prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Percebe-se, porém, uma tendência à ampliação de seu escopo conceitual, com deslocamento de



seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Em que pese a tendência de se empregar o conceito baseado em resultados, argumenta-se sobre a importância de manterem-se as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado e, ainda, entre acesso e efetividade dos cuidados prestados em razão de que cada um desses processos corresponde a um modelo explicativo distinto.

### 3.2 EQUIDADE

Igualdade não é o mesmo que equidade. Esta incorpora em seu conceito algum valor de justiça distributiva. A ausência de diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas muitas vezes tem sido também chamada de equidade. A injustiça é fruto de um julgamento realizado no contexto de uma sociedade específica, de acordo com os valores sociais historicamente inscritos. Termos como igualdade, justiça social, moral e direitos humanos e sociais estão intimamente relacionados à atual ideia de equidade (44).

O conceito de equidade em saúde como sendo um igual acesso para igual necessidade, embora não explicitado, quer na Constituição quer na sua regulamentação posterior (Leis nº 8080/90 e nº 8142/90), contempla a discriminação positiva, de modo a garantir “mais” direitos a quem tiver “mais” necessidades. Ou seja, conforme a Organização Mundial de Saúde, “equidade em atenção em saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades”, no entender de Vianna e cols (46).

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes. Assim, indivíduos pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos do que os ricos.

A equidade comporta distintas dimensões em sua análise, dentre as quais são mais comumente utilizadas a oferta (recursos humanos e capacidade instalada); o acesso e utilização de serviços; o financiamento (despesa pública e familiar); a qualidade da atenção; a situação de saúde e as condições de vida da população (45).

No presente estudo, considerou-se equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se

em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. Ela poderá ser mensurada através da análise das políticas públicas no setor da saúde que se voltem para o enfrentamento de tais situações de desigualdade.

## 4 METODOLOGIA

Os referenciais teóricos referentes à metodologia perpassam a hermenêutica dialética de Minayo (46), enquanto o método associa-se à dimensão da pesquisa do tipo qualitativa (47) e à análise do discurso (AD), com fulcro na escola francesa de Foucault (48) e Pêcheux (49), numa perspectiva de estudo comparado. Exploram as vertentes da Proteção Social (equidade), das Políticas de Saúde (sistema), da Atenção Primária à Saúde (acesso, conceitos, valores, princípios e bases organizacionais) associadas aos processos históricos e políticos de suas construções, no Brasil e no Québec.

A pesquisa qualitativa em saúde, como bem ensina Minayo (46), tem adquirido progressiva importância, sobretudo em razão da utilização da Hermenêutico-dialética, em que se materializam os elementos da filosofia e das ciências sociais, de modo a permitir uma compreensão do texto, da fala e do depoimento como resultado simultâneo de um processo social e de conhecimento:

A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos fruto de múltiplas determinações, mas com significado específico.

O discurso é o modo como naturalmente as pessoas pensam. Através dele é possível ter acesso a dados da realidade que englobam ideias, crenças, modos de pensar, sentimentos, maneiras de agir, condutas e comportamentos, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos e comportamentos. Foi considerada a definição de Foucault (48) para discurso: “o que pode e deve ser dito, a partir de uma posição dada em uma conjuntura determinada”. Admite-se, assim, que discurso pode ser a expressão dos pensamentos, compreensão e interesses dos atores, ora representando a si, ora representando um segmento.

Bourdieu, por sua vez, considera que o sentido das ações mais pessoais e mais transparentes não pertence ao sujeito que as perfaz, mas ao sistema completo de relações nas quais e pelas quais elas se realizam (50). Já em Foucault (51), é

possível identificar não apenas um, mas sim vários sujeitos, dependendo do lugar que ele ocupa na enunciação e nas formações discursivas, estas entendidas como

[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiriam em uma época dada e para determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de existência da função enunciativa.

Minayo (47) considera que todo discurso é referidor, uma vez que dialoga com outros discursos; é também referido, pois produz-se sempre no interior das instituições e grupos que determinam quem fala, o quê fala, como fala e em que momento fala.

A AD é um campo de estudo que oferece ferramentas conceituais para a análise desses acontecimentos discursivos, na medida em que toma como objeto de estudos a produção de efeitos de sentido, realizada por sujeitos sociais, que usam a materialidade da linguagem e estão inseridos na história, segundo Gregolin (52).

As idéias expressas por Foucault (48) são determinantes para a construção da análise do discurso, pois elas sistematizam uma série de conceitos determinantes para a abordagem do discurso. Por ter esse caráter de revisão teórico-analítica, elas conduzem a um vasto campo de questões no interior das quais se pode pensar uma teoria do discurso, resumida nos seguintes pontos:

- a) o discurso é uma prática que provém da formação dos saberes e que se articula com outras práticas não discursivas;
- b) os dizeres e fazeres inserem-se em *formações discursivas*, cujos elementos são regidos por determinadas regras de formação;
- c) o discurso é um jogo estratégico e polêmico, por meio do qual constituem-se os saberes de um momento histórico;
- d) o discurso é o espaço em que saber e poder se articulam (quem fala, fala de algum lugar, baseado em um direito reconhecido institucionalmente);
- e) a produção do discurso é controlada, selecionada, organizada e redistribuída por procedimentos que visam a determinar aquilo que pode ser dito em certo momento histórico.

A discursividade tem, pois, uma dimensão histórica, e analisar discursos significa tentar compreender a maneira pela qual as verdades são produzidas e enunciadas. Assim, buscando articular a materialidade e a historicidade dos

enunciados, em vez de sujeitos fundadores, continuidade, totalidade, buscam-se efeitos discursivos. Foucault propõe analisar as práticas discursivas, pois é o *dizer* que fabrica as noções, os conceitos, os temas de um momento histórico. A análise dessas práticas mostra que a relação entre o dizer e a produção de uma “verdade” é um fato histórico. Por isso, a análise dos discursos deve investigar “noções históricas, densas em sua materialidade, carregadas de tempo, definidoras de espaços, que nascem em algum momento e que têm efeitos práticos” (52). Por outro lado, segundo Pêcheux (49), o discurso, objeto de estudos da AD, cruza a via do acontecimento, o da estrutura e o da tensão entre descrição e interpretação da análise do discurso:

[...]. As palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas [...] nas quais essas posições se inscrevem. Chamaremos, então, formação discursiva aquilo que, numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado da luta de classes, determina o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc).

#### 4.1 A NATUREZA E O UNIVERSO DO ESTUDO

O presente trabalho integra os estudos comparados intitulados “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”.

Para atingir os objetivos propostos, o autor busca estabelecer uma análise comparada sobre o papel da APS como promotora de acesso e equidade nos sistemas de saúde da província de Québec (Canadá) e do Brasil, analisando a trajetória histórica dos respectivos sistemas de saúde em sua dimensão política, conjugada com o modelo de organização, a partir dos seguintes eixos:

- (a) a implantação dos serviços ou estratégias de oferta de APS (necessidades identificadas, objetivos visados, lugar da APS no sistema de saúde, marcos legais);
- (b) os atores (as autoridades governamentais, os atores locais, os profissionais de saúde, a população);

- (c) as formas de organização e suas bases estruturantes (a utilização dos conceitos de territorialidade e adscrição de clientela, treinamento introdutório, etc);
- (c) a evolução do processo (as principais correções de rumo, o papel dos profissionais e trabalhadores em saúde, a aceitação e a participação da população, as relações com o setor privado);
- (d) a análise da situação atual e um olhar sobre o futuro (apreciação global, a opinião pública, pesquisas científicas e pesquisas de opinião).

## 4.2. OS SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

Procedeu-se à coleta de dados primários, através de 12 entrevistas gravadas pessoalmente (seis no Québec e seis no Brasil) com sujeitos estratégicos no processo de tomada de decisão e/ou implementação de políticas públicas no universo dos respectivos sistemas públicos de saúde, em diferentes momentos de sua história. No Québec, foram entrevistados ex-presidentes de comissões parlamentares, ex-ministros da Saúde e dos Serviços Sociais, dirigentes dos níveis central e regional e profissionais com atuação na rede de serviços; no Brasil, ex-dirigentes do alto escalão do Ministério da Saúde, ex-secretários estaduais e ex-secretários municipais de saúde, ex-presidentes do CONASS e do CONASEMS, além de profissionais em atuação na gestão estadual da APS.

## 4.3 A TÉCNICA DE COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

### 4.3.1 Dados primários

Utilizou-se um roteiro estruturado para as entrevistas e o competente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi firmado por todos. As perguntas foram formuladas em português e em francês, com idêntico teor, e constam do Apêndice B.

Para a análise das respostas, as questões foram agrupadas por afinidade temática, procedendo-se então à sua degravação. Em seguida, foram sistematizadas numa planilha (Apêndices C e D) para melhor visualização do conteúdo e, finalmente, foram escolhidos os discursos centrais e submetidos à análise de discurso, baseada em Foucault (48). Na perspectiva de uma análise comparada, os resultados foram organizados nas categorias de ***semelhanças***, ***diferenças*** e ***singularidades***. O trabalho tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, sob número 084/2012.

#### **4.3.2 Dados secundários**

Compõe-se da revisão bibliográfica e da análise documental realizada pelo exame dos marcos legais e das publicações institucionais que se relacionam à edição das políticas de APS e Saúde da Família nas duas nações (leis, decretos, portarias, e outros documentos normativos e orientadores à operacionalização de estratégias).

A revisão bibliográfica encontra-se focada na proteção social, dentro das categorias de políticas, sistemas, serviços de saúde, acesso e equidade.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões encontram-se apresentados em formato de artigos científicos, a saber:

- a) Um artigo intitulado “Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS”, aprovado para publicação da revista Saúde e Sociedade em 3 de setembro de 2015 (Apêndice E);
- b) Um artigo intitulado “Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada”, submetido para publicação na revista Saúde em Debate (Apêndice F);
- c) Um artigo intitulado “Agents communautaires de santé: un modele de santé sans murs”, publicado pela Revue canadienne de santé publique, vol 106, n.3, p. 154-156, 2015 (Apêndice G);
- d) Um artigo intitulado “Os modelos de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Québec: estratégias promotoras de acesso e equidade? ” (Apêndice H), que será submetido a um periódico científico internacional após a defesa da tese, de modo a incorporar as eventuais sugestões e recomendações da banca examinadora.

### 5.1 QUADRO SINÓPTICO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando dar uma melhor visibilidade aos resultados e aos elementos da discussão, estes foram sistematizados em semelhanças, diferenças e singularidades, nos quadros que se seguem.



Quadro 1- Semelhanças entre os modelos de organização da APS/Saúde da Família no Québec e no Brasil

<b>SEMELHANÇAS</b>
A melhoria dos indicadores e dos níveis de saúde da população.
A existência de programas voltados a populações vulneráveis ou grupos populacionais específicos.
O envolvimento de atores públicos e da sociedade na discussão e elaboração das políticas.
Em tese, a APS deveria ser a porta de entrada do sistema, porém isto não se concretizou completamente em nenhum dos dois casos estudados.
Centralidade excessiva sobre a figura do médico, a despeito da diferença de modelos.

Quadro 2- Diferenças entre os modelos de organização da APS/Saúde da Família no Québec e no Brasil

<b>Diferenças</b>	<b>Brasil</b>	<b>Québec</b>
<b>Direito à saúde</b>	Constitucional	Infraconstitucional
<b>Sistema de saúde</b>	a. Previsão constitucional de coexistência de subsistemas público e privado; b. Profissionais podem trabalhar nos dois subsistemas	a. Sistema público, que integra Saúde e Serviços Sociais; b. É vedado trabalhar para o setor público e para o setor privado
<b>Princípios do sistema público de saúde</b>	Universalidade, integralidade, descentralização com direção única em cada esfera de governo (regionalização e hierarquização) e <b>participação da comunidade</b> (CF art. 196 e 198)	Cinco princípios da Lei Canadense sobre a Saúde: universalidade, acessibilidade, integralidade, administração pública e <b>transferabilidade (portabilidade)</b>
<b>Existência de compromisso político-governamental em favor da manutenção do sistema público de saúde</b>	Não se vislumbra com clareza (perda do protagonismo da ESF; desfinanciamento e crises de gestão)	Existe, porém em graus variados ao longo do tempo

<b>Diferenças</b>	<b>Brasil</b>	<b>Québec</b>
<b>Atribuição específica conferida à APS/ESF para melhoria de acesso e redução de desigualdades</b>	Claramente definida.	Não há muita clareza. Sucessivas alternativas de modelos de organização foram tentadas ao longo do tempo: os Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), os Centros de Saúde e de Serviços Sociais (CSSS), as Clínicas de Redes Integradas (CRI) e os Grupos de Medicina de Família (GMF)
<b>Existência de mecanismos formais de articulação intersetorial entre as diferentes áreas governamentais para atuação na promoção da saúde</b>	Não existem	Há mecanismos formalmente estabelecidos
<b>Relações intergovernamentais na saúde</b>	Gestão tripartite	Praticamente não há, salvo em questões de saúde indígena e epidemias
<b>Modelo de organização da APS</b>	Estratégia de Saúde da Família, com equipe multidisciplinar integrada também por Agentes Comunitários de Saúde, com observância de territorialidade, adscrição de clientela, treinamento introdutório.	Médico de família, auxiliado por profissional de enfermagem
<b>Remuneração do profissional médico e enfermeiro na APS</b>	Assalariados, contratados pelo nível municipal (estatutários, celetistas, cooperativas)	Manutenção do médico como profissional autônomo, pago por procedimentos; o médico contrata o profissional de enfermagem como assalariado
<b>Gasto público em saúde</b>	4,36% do PIB	8,2% do PIB
<b>Gasto total em saúde</b>	9,4 % do PIB	11,2 % do PIB (2012)

Quadro 3- Singularidades entre os modelos de organização da APS/Saúde da Família no Québec e no Brasil

<b>SINGULARIDADES</b>	
<b>Brasil</b>	<b>Québec</b>
O Agente Comunitário de Saúde e o papel por ele desenvolvido no seio da equipe de saúde;	
A responsabilidade do sistema público na garantia do acesso do cidadão aos serviços de APS/Saúde da Família	
A participação da comunidade, na formulação e fiscalização da execução das políticas de saúde, assegurada pela Constituição Federal e pela Lei 8.142/1990.	
A descentralização dos serviços de APS até o nível municipal	

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de construção da APS no Québec e no Brasil, assim como de seus modelos de organização mostra semelhanças, diferenças e singularidades, quando se levam em conta as perspectivas histórica, social, política e cultural, registradas no artigo que consta do Apêndice H.

Os ganhos em saúde nos dois lugares são fartamente registados pela literatura (14,53,54,55,56,57,58), e deram-se ao longo da trajetória de seus respectivos sistemas de saúde.

À luz dos resultados, pode-se atribuir à Saúde da Família, no caso do Brasil, muitos dos méritos de tais avanços, contudo é preciso ressaltar a falta de uniformidade de cobertura, de funcionamento adequado e de qualidade da estratégia quando se analisa o país como um todo. Não pairam dúvidas de que, onde ela foi devidamente implantada, houve melhoria de acesso e redução de desigualdades, especialmente em municípios de menor porte e em populações mais desfavorecidas (56). Por outro lado, no Québec não existe a noção de Saúde da Família como entendida em nosso país e os diferentes modelos de organização da APS ainda não se revelaram totalmente capazes de responder às expectativas da população, em termos de acesso e de diminuição de desigualdades. O modelo é excessivamente centrado sobre o médico, com as inconveniências do pagamento por procedimentos (59) e da manutenção de uma prática nitidamente assistencial. Isto foge dos postulados e da abrangência da APS, especialmente nas dimensões analisadas, e encontra eco nos estudos de Ouimet e cols. (60) e de Pineault e cols. (61), ambos de 2015.

Houve reiteradas recomendações das comissões parlamentares de inquérito que se sucederam no Québec ao longo dos anos 2000 (Comissão Clair, 2000; Comissão Kirby e Comissão Romanow, 2002) no sentido de melhorar os serviços de APS e de favorecer a instalação de equipes interdisciplinares. Todavia, os dados da Pesquisa quebequense sobre a experiência dos cuidados (*Enquête québécoise sur l'expérience des soins – EQES*), de 2013 (62), mostram que, em 2013, 21% dos quebequenses não tinham acesso a um médico de família. Além disso, dentre aqueles que possuíam um local habitual de acesso aos serviços de saúde, somente para 64% deles isto se dava num Grupo de Medicina de Família (GMF). Dados mais

recentes, da mesma instituição, mostram que, em 2015, 66% da população do Québec encontram-se inscritas junto a um médico de família, demonstrando ainda que **entre os anos 2011 e 2015 os números evoluíram em 10%**, tendo passado de 56 a 66% nesse período (63).

Ora, é patente, pois, que o modelo de organização que ali vigora, tem dificuldades em contribuir para a melhoria do acesso e, conseqüentemente, para agir sobre as questões de equidade com a intensidade e velocidade desejadas, a despeito do progresso da cobertura, que se observa, numericamente.

No Brasil, segundo dados oficiais (64), a cobertura da Saúde da Família, em dezembro de 2015, era de 66,65 % da população. **O que chama atenção, no entanto, é que no mesmo período (2011 a 2015), o crescimento da cobertura foi de apenas 4,04%, variando de 62,69 %, em 2011, para 66,65% em 2015.**

Em nenhuma das duas nações estudadas podemos afirmar cabalmente, pelos dados obtidos, que os respectivos modelos de organização da APS sejam responsáveis por aumento do acesso e redução das desigualdades em saúde **para o conjunto da população**. Entretanto, é evidente que no Québec a velocidade de aumento da garantia de acesso a um médico de família, que é a forma de organização lá adotada, conseguiu ser, ao longo dos últimos cinco anos, mais de duas vezes maior que a evolução da cobertura populacional pela Saúde da Família no Brasil, tida e havida como a estratégia de eleição para a estruturação da APS em nosso país.

Para obter-se a redução de desigualdades e de iniquidades em saúde, a garantia do acesso a seus bens e serviços, especialmente à APS, é condição *sine qua non*. **Assim, é forçoso concluir que sem se garantir acesso, não há como reduzir desigualdades**. Cidadãos privados da garantia real de vinculação a um médico de família, no caso do Québec, ou não vinculados a uma equipe de saúde da família, no Brasil, encontram-se indiscutivelmente numa situação de desvantagem quanto à manutenção de sua saúde e bem-estar.

Paralelamente à preocupação com a garantia do acesso, há que se proporcionar a efetiva qualidade dos serviços oferecidos à população. Neste particular, no Brasil, a despeito de iniciativas como a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, regulamentada pela Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 e alterações posteriores (65), (66), ao festejado Programa Mais Médicos (67) e ao Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ) (68), de 2011, vários estudos apontam a persistência de diversos problemas que comprometem a qualidade e a eficácia do trabalho da APS, e em especial o da Saúde da Família (69,70,71,72,73,74).

Outro fator fortemente implicado no binômio acesso-equidade é a existência de financiamento adequado, aliado a um modelo capaz de dar à APS o poder de ordenar e coordenar o processo de cuidados. Por diferentes razões, há dificuldades para que isso aconteça, ficando a alardeada prioridade política de fortalecimento da APS relegada a mero discurso e, o que é ainda pior, ensejando a desconstrução de ganhos já obtidos, como se pode depreender das conclusões de Shimizu e Carvalho Júnior (75).

Ressalte-se, ainda, no caso do Brasil, o paradoxo de se ter uma estratégia centrada na saúde da família, sem formação profissional quantitativa e qualitativamente suficientes. Outra aberração é o fato de que em nosso país, que dispõe de um sistema público de saúde, os gastos sejam majoritariamente privados. Além disso, o volume de recursos endereçado ao setor privado, por renúncia fiscal, é apontado por muitos especialistas como uma forma de “direcionamento da saúde pública para uma mercantilização, de direito social a produto, provocando um ocultamento enquanto política social, que vise à universalidade, à igualdade e à equidade”, nas oportunas palavras de Mendes e cols (76).

A centralidade da atenção sobre o cidadão, sobre o paciente, ou sobre o usuário, qualquer que seja a denominação que se queira empregar, revela-se, então, mero discurso de forte cunho demagógico, que não se sustenta por sua patente imaterialidade. Enquanto persistir o primado dos interesses econômicos que conduzem à utilização excessiva, onerosa e injustificada da alta tecnologia, detentora de um grande potencial iatrogênico quando mal utilizada, a saúde padecerá da crônica insuficiência de recursos financeiros e humanos e não obedecerá a um modelo promotor de saúde e capaz de reduzir desigualdades. Ao contrário, viverá sempre à custa da doença, pois os citados recursos estarão sempre e majoritariamente direcionados às atividades mais lucrativas e jamais se interessarão pelo trabalho de promover e de recuperar a saúde e de prevenir doenças. Remunerar profissionais por procedimentos realizados, por exemplo, é promover a cultura da doença e da prática sanitária individualista; já remunerar uma equipe multiprofissional em função dos resultados sanitários alcançados no trabalho com uma população claramente definida, é consolidar as bases para uma saúde que

seja, também, sinônimo de cidadania plena. Por outro lado, promover cortes profundos no financiamento da saúde, que sacrificam a população e oneram pesadamente, e de modo crescente, estados e municípios (77), como o que ocorre no Brasil nos últimos quinze anos, faz com que seja atingida frontalmente a capacidade de superação das desigualdades em saúde, que nos é oferecida pelo modelo de organização da APS que adotamos.

**Em conclusão, o presente estudo sugere que os modelos de organização da APS adotados no Brasil e no Québec possuem atributos e potencialidades capazes de promover acesso e equidade, muito embora não tenham sido devidamente desenvolvidos e priorizados ao longo da existência dos respectivos sistemas de saúde, apesar do discurso oficial. Isso fez com que os benefícios esperados não tenham sido alcançados em sua plenitude, nem tenham sido capazes de contemplar o conjunto da população, independentemente de sua condição socioeconômica ou geográfica.**

As potencialidades da APS e da estratégia da Saúde da Família são imensas, desde que objetivamente aproveitadas; são tão grandes quanto os enormes desafios com os quais se defrontam quotidianamente, num mundo cada vez mais globalizado. Será preciso haver uma forte implicação dos cidadãos como sujeitos e destinatários do processo de decisão das políticas públicas de saúde, onde sejam levadas devidamente em conta suas necessidades de saúde e suas expectativas com relação à organização dos serviços e ao funcionamento do próprio sistema como um todo, seja no Brasil, seja no Québec. Se isto não ocorrer, estaremos nós, cidadãos, à mercê de outros interesses e que não são, de modo algum, os da nossa saúde e bem-estar.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Supl 1:S7-S27.

2 Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde coletiva*. 2009;14 Supl. 1:1325-1335. [Acesso em 2016 jan 10]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso)

3 Sousa MF, Parreira CMSF. Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na Cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. panam. salud pública*. 2010;28(5):399-404.

4 Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.

5 Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: Edufba; 2006.

6 Breton M, et al. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011;42:101-109. [Acesso em 2014 nov 10]. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-2-page-101.htm>

7 Tchouaket E, et al. Health care systems performance of 27 OCDE countries. *Int J Health Plann Management*. 2012; DOI 10.1002/hpm 1110. [ Acesso em 2015 jan 10]. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). Disponível em [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/24957.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/24957.pdf).

8 Johnson CD, et al. Learning from the Brazilian community health worker model in North Wales. *Globalization and health*. 2013;9(25):10.1186.

9 Harris MJ, Haines A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2012;105(8):330-5.

10 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [Acesso em 2014 jan 4]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf).



11 Organização Mundial de Saúde. Carta da Conferência de Alma-Ata, 1978. [Acesso em 2015 maio 23]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

12 Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [Acesso em 2015 mar 20]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

13 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305.

14 Harris M, Haines A. Brazil's family health programme. British Medical Journal. 2010; 341:c4945.

15 Health care in Brazil. The Economist 2011, Ago 4. Disponível em <http://www.economist.com/node/21526773/print>. Acesso em 2016 fev 7.

16 Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS (2011). [Acesso em 2014 maio 24]. Disponível em: <http://blogs.opasbrasil.org/apsredes/2011/08/04/revista-inglesa-the-economist-publica-materia-intitulada-%E2%80%9Catencao-a-saude-no-brasil-uma-injecao-de-realidade/>

17 Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. Saúde Soc. 2007;16(3), 85-91.

18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2027, de 25 de agosto de 2011. [ Acesso em 2015 mar 15]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027\\_25\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html).

19 Júnia R. Carga horária dos médicos é flexibilizada na Saúde da Família. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2011). [ Acesso em 2015 dez 22]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=544>.

20 Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Revista Consensus. 2011; 1:5.

21 Barros FPC. A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS: a perspectiva do CONASS. BIS (Boletim do Instituto de Saúde). 2012;13(3):223-229.

22 Desrosiers G. Le systems de santé au Québec: bilan historique et perspective d'avenir. Revue d'Histoire de l'Amérique Française. 1999;53(1):3-18. [Acesso em 2015 mar 23]. Disponível em: <http://www.erudit.org/revue/haf/1999/v53/n1/005395ar.pdf>.

23 Gaumer B. Système de santé et des services sociaux du Québec: une histoire récente et tourmentée, 1921-2006. Québec: Presses Université de Laval; 2008: 98-131. [Acesso em 2015 mar 22]. Disponível em: <http://docplayer.fr/3352793-Le-systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-du-quebec.html>.

24 Québec. Editor oficial do Québec. La loi de la santé et des services sociaux. [Acesso em 2015 nov 12]. Disponível em: [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html)

25 Lemieux V e cols. Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. 2ème ed. Québec (QC): Les Presses de l'Université Laval; 2005: 258-263.

26 Québec. Portail Québec. [Acesso em 2015 dez 22]. Disponível em: <http://www.gouv.qc.ca/FR/LeQuebec/Pages/accueil.aspx?pgs>

27 Québec. Institut de la Statistique. Le Québec chiffres en main édition 2015. [Acesso em 2015 dez 22]. Disponível em: <http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/qcmfr.htm>

28 Québec. Institut national de santé publique (INSPQ). Santéscope. [Acesso em 2015 dez 28]. Disponível em: <https://www.inspq.qc.ca/print/2069>

29 Québec. Le portail d'information sur l'économie du Québec d'aujourd'hui (2016). [Acesso em 2016 jan 2016]. Disponível em: [http://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs\\_sociaux/depenses\\_de\\_sante\\_et\\_financement](http://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs_sociaux/depenses_de_sante_et_financement)

30 Brasil. Constituição Federal (1988). [Acesso em 2016 jan 2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)

31 Brasil. Lei 9656 de 3 de junho de 1998 (1998). [Acesso em 2016 jan 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)

32 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Acesso em 2016 jan 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

33 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Evolução da população (2010). [Acesso em 2016 jan 16]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00>

34 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2011. p. 32.

35 Brasil. Ministério da Saúde. RIPSA (2011). [Acesso em 2016 jan 12]. Disponível

em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>

36 Brasil. Empresa Brasileira de Comunicação. Agência Brasil. [Acesso em 2016 jan 12]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-752-anos-mostra-ibge>

37 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel (2014). [Acesso em 2016 jan 16]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>

38 Castro JD, Cortes SV. O financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Portugal: qual o futuro? *Saúde em Redes*. 2015;1(2):31-42.

39 Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974; 9:208-20.

40 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde pública*. 2004; 20 (Sup 2), S190-S198. [Acesso em 2016 jan 27]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf> .

41 Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C (org). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996: 177-198.

42 Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865-75.

43 Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.

44 Luiz OC. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq. méd. ABC*. 2005;30(2):69-75.

45 Vianna SM, Nunes A, Barata RB, Santos JRS. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, Ipea/Opas; 2001. [Acesso em 2015 mar 23]. Disponível em: <http://www.eadadm.ufsc.br/~ftpcursos/saude/2008/biblioteca/outraspublicacoes/desigual.pdf>.

46 Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996: 227.

47 Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

48 Foucault M. *A ordem do discurso*. 19a ed. São Paulo: Loyola; 2009.

49 Pêcheux MI. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Editora da UNICAMP; 1995: 160.

50 Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rev. Adm. Pública. 2006;40(1):27-53. [Acesso em 2016 jan 16]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso).

51 Foucault M. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Vozes; 1972: 153-154.

52 Gregolin M. Análise do discurso e mídia: a (re)produção de identidades. Comunicação mídia e consumo. 2008;4(11):11-25.

53 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377:1778-1797.

54 Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família: Departamento de Atenção Básica, 2015. [Acesso em 21 de janeiro de 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).

55 Macinko J, Lima Costa MF. Access to use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. Trop Med Int Health. 2012;17:36-42.

56 Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. Health Economics. 2010;19(S1):126-58.

57 Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ. 2014;349:g4014-g4014.

58 Québec. Institut national de santé publique. Programation scientifique 2012-2015: des expertises en constante évolution. Québec: INSPQ; 2012. 48 p. [Acesso em 2016 jan 16]. Disponível em: <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550644064.pdf>

59 Contandriopoulos D, et al. Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée: au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n 20. 2015. p.6. [Acesso em 2015 dez 21]. Disponível em: [http://crhclm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m\\_damien\\_contandriopoulos.pdf](http://crhclm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m_damien_contandriopoulos.pdf)

60 Ouimet MJ, et al. The impact of primary healthcare reform on equity of utilization of services in the province of Quebec: a 2003–2010 follow-up. International journal

for equity in health. 2015;14(1):139.

61 Pineault R, et al. Les nouvelles formes d'organisations de soins de santé primaires (OSSP) sont-elles associées à une meilleure expérience de soins chez les patients atteints de maladies chroniques au Québec?. Santé publique. 2015;1(HS):119-28.

62 Québec. Institut de la statistique du Québec (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins: regard sur l'expérience vécue par les Québécois, Volume 2, p 27-30. [Acesso em 2016 jan 25]. Disponível em <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/medecin-famille.pdf> .

63 Québec. Institut de la statistique du Québec (2015). Banque des données des statistiques officielles sur le Québec. [Acesso em 2016 jan 25] Disponível em < [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services\\_proximite\\_03.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf)>

64 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (2016). Histórico de cobertura da saúde da família. [Acesso em 2016 jan 25] Disponível em < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>

65 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. [Acesso em 2016 jan 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

66 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3124 de 28 de dezembro de 2012. [Acesso em 2016 jan 21]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)

67 Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. [Acesso em 2016 jan 21]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>

68 Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria da qualidade da atenção básica. [Acesso em 2016 jan 21]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php)

69 Fausto MCR, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde em Debate. 2014;38:13-33.

70 Protasio APL, et al. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. Saúde em Debate. 2014;38(SPE): 209-220.

71 Tomasi E, et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15(2):171-80.

72 Clementino F, et al. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq-ab). *Revista Saúde & Ciência Online*. 2015;4(1):62-80.

73 Medina MG, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde Debate*. 2014;38 Spe:69-82.

74 Mota RRA, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. *Rev. enferm. UERJ*. 2015;23(1):122-27.

75 Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet*. 2012; 17( 9):2405-14.

76 Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate*. 2015;39(105):491-505. [Acesso em 2016 Jan 19]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200491&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200491&lng=en&nrm=iso)

77 Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em Debate*. 2014;38(100):18-25.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, na condição de entrevistado (a) da pesquisa **“A Saúde da Família como estratégia promotora de acesso e equidade no Brasil e no Quebec: uma análise comparada”**, de autoria do médico Fernando Passos Cupertino de Barros. O estudo vem sendo desenvolvido no âmbito do Doutorado em Ciências da Saúde pelo pesquisador na Universidade de Brasília

O objetivo é o de analisar a Saúde da Família nos sistemas de saúde do Brasil e do Quebec como estratégia promotora de acesso e equidade. Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado **“Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”**, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 084/2012.

A razão do presente convite deve-se ao importante papel desempenhado por você na política nacional de Atenção Primária/Saúde da Família no período de estudo (1991-2014). Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista/informações ao pesquisador responsável pelo Projeto, por diferentes meios, presenciais ou não, de acordo com a sua disponibilidade.

Caso esteja de acordo, a entrevista será gravada, ou assinada para transcrição/registro posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista, quando presencial, se for o caso.

A metodologia da pesquisa é predominantemente qualitativa, e as entrevistas com atores chave desempenham um papel muito importante para a compreensão do objeto de estudo. Após a análise final, os resultados serão traduzidos em forma de relatório, tese, ou artigos sem personalizar e/ou identificar nenhuma fonte individualmente. As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pelo pesquisador responsável, sob

acompanhamento da professora orientadora, Dra. Maria Fátima de Sousa, e analisadas em conjunto com as entrevistas com outros atores e material de fontes diversas da pesquisa (produção normativa e documentos oficiais dos países em estudo).

Destaque-se que os resultados finais das análises sobre esse estudo são de responsabilidade do pesquisador, visto que serão consideradas informações provenientes de diversas fontes. Desta forma, serão evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado. Em situações específicas, se for necessária a referência a uma dada entrevista como fonte de informação, esta será, preferencialmente, feita em nota de rodapé com menção ao nome do (a) entrevistado (a) e data de realização da entrevista.

Ressaltamos que sua participação como entrevistado (a) trará uma imensa contribuição para a compreensão do tema em estudo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, por meio dos quais pode vir a tirar suas dúvidas sobre o Projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Fernando Passos Cupertino de Barros  
Doutorando em Ciências da Saúde  
Universidade de Brasília-UnB

E-mail: [fernandocupertino@gmail.com](mailto:fernandocupertino@gmail.com)

Telefones:

(0xx) 61-3222-3000 – trabalho

(0xx) 62-3224-7342 – residência

(0xx) 62.8172-1017 – celular

Endereço: SCLN 406 Bl. “A” salas 225, Asa Norte

Brasília – DF

CEP: 70847-510

Telefones:

(0xx) 61.3222-3000

Declaro que li, entendi e concordo com os objetivos e condições de minha participação na pesquisa, assinando este **Termo de Consentimento**.

---

[Nome legível do (a) entrevistado (a) com assinatura]

## **Avis de consentement éclairé**

Vous êtes invité (e) à participer, à titre d'interviewé (a) à l'étude intitulée **“La santé de la famille en tant que stratégie de promotion de l'accès et de l'équité au Brésil et au Québec: une analyse comparée”**. L'auteur de ce travail est le médecin Fernando Passos Cupertino de Barros, inscrit au doctorat en Sciences de la santé à l'Université de Brasília.

L'objectif c'est l'analyse de la Santé de la famille dans les systèmes de santé du Brésil et du Québec en tant que stratégie de promotion d'accès et d'équité. Cette étude intègre un projet de recherche plus large, intitulé **“De la politique institutionnelle aux processus de soigner: des études comparées à propos des pratiques de promotion de la santé au sein des équipes du Programme santé de la famille au Brésil et leur similaire à Cuba, au Canada, au Chile, au Pérou, au Venezuela, au Portugal et en Colombie”**, dont l'approbation par le Comité d'éthique en recherche a été fait sous le numéro 084/2012.

Cette invitation qui vous est adressée trouve sa raison à cause de votre rôle dans la politique et dans les programmes de soins primaires/santé de la famille dans la période d'étude (1991-2014). Votre participation consistera à être interviewé au chercheur responsable de l'étude, soit de façon présentielle, soit par d'autres moyens, selon votre disponibilité.

Si vous en êtes d'accord, l'entrevue sera enregistrée, ou signée pour une transcription ultérieure, de façon à rendre plus simple le traitement du matériel. Néanmoins vous pouvez solliciter au chercheur de ne pas enregistrer ou d'interrompre l'enregistrement à n'importe quel moment, pendant l'entrevue personnelle si c'est bien le cas.

La méthodologie employée est principalement qualitative, et les entrevues avec les acteurs-clés jouent un rôle fort important dans le sens de la compréhension de l'objet d'étude. Après l'analyse finale, les résultats seront énoncés sous la forme d'un rapport, d'une thèse ou des articles scientifiques, sans personnaliser et/ou identifier aucune source d'information de façon individuelle. Les informations fournies lors de l'entrevue subiront une mise en format

par chercheur, soutenu et orienté par la directrice de thèse, Mme Maria Fátima de Sousa PhD, et finalement analysées dans l'ensemble du matériel de différentes sources (documents officiels des pays, production normative, etc.).

Il faut souligner que les résultats finaux des analyses sont de responsabilité du chercheur, vu l'existence d'informations en provenance de plusieurs sources. De cette façon, on évitera les citations textuelles dans le travail final. Dans des situations particulières, si jamais une référence spécifique doit être mentionnée, elle sera faite en note de pied de page, avec mention du nom de la personne interviewée et la date de l'entrevue.

Je tiens à vous préciser que votre participation apportera une très importante contribution à une plus grande compréhension du thème.

Vous aurez une copie de cet avis de consentement, sur lequel vous trouverez les numéros de téléphone et les coordonnées du chercheur responsable pour des questions sur l'étude et sur votre participation, dès maintenant et en tout temps.

Veillez agréer, Monsieur, Madame, mes remerciements et l'expression de mes sentiments les meilleurs.

---

Fernando Passos Cupertino de Barros  
Doctorand em Sciences de la Santé  
Universidade de Brasília-UnB

Courriel: **fernandocupertino@gmail.com**

Telefones:

(0xx) 61-3222-3000 – travail

(0xx) 62-3224-7342 – résidence

(0xx) 62.8172-1017 – cellulaire

Adresse postale: SCLN 406 Bl. "A" salas 225, Asa Norte, Brasília – DF, CEP: 70847-510

Je déclare avoir lu et compris cet avis de consentement et manifeste mon accord avec les objectifs et les conditions de ma participation à l'étude en signant ce document.

---

[Nom et signature]

## **APÊNDICE B – ROTEIRO ESTRUTURADO**

1. Em seu país a APS mereceu uma abordagem particular na organização do sistema de saúde a ponto de se poder afirmar que ela seja a pedra angular e a porta de entrada no sistema de saúde?

*1- Dans votre pays, est-ce que les soins de santé primaires jouissent, ou ont déjà joui, à l'intérieur du système de santé, d'une attention spéciale qui permette d'affirmer qu'ils constituent la pierre angulaire et la porte d'entrée du système de santé ?*

2. Há uma base legal e/ou organizacional que confira à APS e à Promoção da saúde alguma atribuição na garantia do acesso universal e na diminuição de desigualdades em saúde?

*2- Y a-t-il une base légale et/ou organisationnelle qui attribue aux soins primaires et à la promotion de la santé une responsabilité bien définie en ce qui concerne la garantie de l'accès universel et la réduction des inégalités en santé?*

3 A) - Houve e continua a existir algum tipo de compromisso político das autoridades de saúde que sustente a APS e a promoção da saúde em sua meta de universalidade de acesso e de diminuição de desigualdades?

*3 A)- Y a-t-il déjà eu dans le passé et y a-t-il encore aujourd'hui un engagement politique des autorités de la santé qui garantisse les soins de santé primaires et la promotion de la santé comme moyen de favoriser l'accès universel et la diminution des inégalités ?*

3 B) - Isso pode ser mensurado em termos de financiamento apropriado, gestão adequada e sustentabilidade em termos de suficiência de recursos humanos?

*3 B)- Peut-on mesurer cet engagement en termes de financement approprié, de gestion adéquate et de ressources humaines suffisantes ?*

4. No sistema como tal e nos diversos serviços de saúde a APS tem alguma atribuição específica capaz de contribuir para a melhoria das condições de saúde e para a diminuição de desigualdades?

*4- Dans le système de santé québécois et au sein des divers services de santé, est-ce que les soins de santé primaires ont une fonction spécifique qui vise l'amélioration des conditions de santé et la diminution des inégalités en santé ?*

5. Há políticas ou programas, no interior do sistema de saúde, que se destinam a grupos populacionais específicos? Existem grupos de trabalho/comissões voltadas para as questões relativas à saúde de "minorias" e/ou de populações vulneráveis (gênero, etnia, raça, cor, medicina tradicional)?

*5- À l'intérieur du système de santé québécois existe-t-il des politiques ou des programmes destinés à des groupes sociaux spécifiques ? Existe-t-il des groupes de travail ou des comités orientés vers les besoins particuliers des minorités et/ou des populations vulnérables (sexe, ethnie, race, couleur de la peau, médecine traditionnelle) ?*

6. Quais são os atores envolvidos na formulação e implementação dessas estratégias ou políticas?

*6- Quels sont les acteurs qui participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de ces stratégies ou de ces politiques ?*

7. A) - De que maneira as relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas?

*7 A)- Est-ce que les relations intergouvernementales interfèrent, ou interféraient à votre époque, dans les programmes de soins de santé primaires au Québec et, si oui, de quelles façons?*

7 B) -Há algum mecanismo definido que permita integrar diferentes áreas do governo na formulação e execução de tais estratégias?

*7 B)- Existe-t-il un mécanisme qui permette d'intégrer différents secteurs du gouvernement dans la formulation et l'exécution de telles stratégies*

8. Que ações intersetoriais foram adotadas pelo sistema de saúde, com base na APS, com vistas a agir sobre os determinantes sociais e sobre as desigualdades em saúde?

*8- Quelles actions intersectorielles furent adoptées par le système de santé, dans la perspective des soins primaires, en vue d'agir sur les déterminants sociaux et sur les inégalités en santé ?*

9. Qual a natureza do suporte da comunidade e do Estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS?

9- *Sous quelles formes se présente, ou se présentait à votre époque, l'appui de la communauté et de l'État, en vue de garantir la durabilité des stratégies de promotion de la santé dans le cadre des soins primaires ?*

10. Quais são os ganhos em saúde e condições de vida que podemos afirmar ser decorrentes das ações políticas relacionadas à APS e à Promoção da Saúde?

*10 Quels sont les améliorations en matière de soins de santé et de conditions de vie, dont on peut affirmer qu'elles résultent des actions politiques touchant les soins primaires et la promotion de la santé ?*

11. Que relações objetivas guarda o modelo organizativo da APS com o aumento do acesso e a redução das desigualdades em saúde?

*11- Est-ce que le modèle d'organisation des soins de santé primaires au Québec contribue de façon objective à améliorer l'accès aux services de santé et à réduire les inégalités en matière de santé ?*

12. Em sua opinião, no seu país há Saúde da Família, ou Medicina de Família?

*12- Selon vous, dans votre pays, pense-t-on en termes de Santé de la Famille, ou de Médecine de Famille ?*



**APÊNDICE C – PLANILHA DAS RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS DO  
BRASIL**

## PLANILHA DE RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DOS SEIS ENTREVISTADOS BRASILEIROS

## NÚMERO/CONTEÚDO DE RESPOSTAS

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
1. Em seu país a APS mereceu uma abordagem particular na organização do sistema de saúde a ponto de se poder afirmar que ela seja a pedra angular e a porta de entrada no sistema de saúde?	2	3	1
2. Há uma base legal e/ou organizacional que confira à APS e à Promoção da saúde alguma atribuição na garantia do acesso universal e na diminuição de desigualdades em saúde?	1	4	1
3 A) - Houve e continua a existir algum tipo de compromisso político das autoridades de saúde que sustente a APS e a promoção da saúde em sua meta de universalidade de acesso e de diminuição de desigualdades?		2	5
3 B) - Isso pode ser mensurado em termos de financiamento apropriado, gestão adequada e sustentabilidade em termos de suficiência de recursos humanos?			6
4. No sistema como tal e nos diversos serviços de saúde a APS tem alguma atribuição específica capaz de contribuir para a melhoria das condições de saúde e para a diminuição de desigualdades?	6		

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
5. Há políticas ou programas, no interior do sistema de saúde, que se destinam a grupos populacionais específicos? Existem grupos de trabalho/comissões voltadas para as questões relativas à saúde de "minorias" e/ou de populações vulneráveis (gênero, etnia, raça, cor, medicina tradicional)?		6	
6. Quais são os atores envolvidos na formulação e implementação dessas estratégias ou políticas?	Houve unanimidade nas respostas de que há implicação de gestores, técnicos e movimentos sociais, embora haja pouco envolvimento real e independente da sociedade. Mesmo o chamado controle social do SUS tem problemas em sua atuação, por estar atrelado muitas vezes a posições ideológicas.		
7. A) - De que maneira as relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas?	A participação de estados e municípios se dá de maneira complementar, mais como acompanhamento do que como protagonista. Além disso, há uma ação conjunta pelo pacto federativo, a despeito da injusta repartição de impostos entre os níveis federal e estadual/municipal.		
7 B) - Há algum mecanismo definido que permita integrar diferentes áreas do governo na formulação e execução de tais estratégias?		1	5

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>8. Que ações intersetoriais foram adotadas pelo sistema de saúde, com base na APS, com vistas a agir sobre os determinantes sociais e sobre as desigualdades em saúde?</p>	<p>A redução do tabagismo foi apontada por todos como o feito mais notável, assim como a prevenção da cárie dentária pela fluoretação da água. Além disso, foram mencionados aspectos ligados à saúde indígena, à saúde das populações ribeirinhas, das áreas rurais e da população escolar, bem como o trabalho que se iniciou em segurança alimentar. Ainda há grandes desafios, tais como a baixa oferta de serviços de saneamento básico, a baixa escolaridade dos pais e a redução dos índices de cobertura vacinal que já tiveram excelentes resultados no passado.</p>		
<p>9. Qual a natureza do suporte da comunidade e do Estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS?</p>	<p>A promoção exige a conjugação de esforços do Estado com o envolvimento da comunidade, mas ainda não se encontrou uma forma adequada de comunicação com a comunidade para que esta assumisse plenamente seu papel, sobretudo se se quer enfrentar as doenças crônicas. A comunicação atual reforça uma excessiva centralização sobre a figura do médico e tenta explicar as dificuldades como sendo pelo fato de que esteja faltando médicos. Isso diminui a importância da noção de autonomia do cidadão e de sua responsabilidade sobre a própria saúde. O fortalecimento da APS é fundamental para a promoção da saúde. Além disso, a tomada de decisão em conjunto com a comunidade promove seu crescimento e amadurecimento com respeito ao conhecimento de seus problemas de saúde e auxilia na busca de soluções, até porque isso se insere numa perspectiva de desenvolvimento social, do qual a saúde é parte.</p>		

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>10. Quais são os ganhos em saúde e condições de vida que podemos afirmar ser decorrentes das ações políticas relacionadas à APS e à Promoção da Saúde?</p>			<p>Há consenso sobre os ganhos relativos à redução de mortalidade infantil, ao aumento da esperança de vida, em que a saúde - e a APS em particular, têm uma contribuição importante. Além disso, a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a redução de complicações de diabetes e hipertensão, a estruturação da política de assistência farmacêutica básica, da política de medicamentos genéricos, da política de medicamentos de dispensação excepcional, com elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos, e ainda o programa de controle de HIV/AIDS e o sucesso no combate ao tabagismo. A despeito disso, não cultivamos adequadamente as relações de confiança dos serviços de saúde com a população; não somos capazes de nos interessar verdadeiramente pelos problemas das pessoas, cujas soluções nem sempre estão na esfera da saúde, mas que nem por isso deixam de ser problemas enfrentados por elas e que interferem no seu bem-estar. Ademais, a ESF é um ganho por si só, pois foi capaz de ser reconhecida pela população como uma iniciativa válida e importante, apesar das dificuldades de planejamento e de execução das ações pelas equipes e da precariedade das condições de trabalho nas diferentes regiões do país.</p>

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>11. Que relações objetivas guarda o modelo organizativo da APS com o aumento do acesso e a redução das desigualdades em saúde?</p>	<p>O modelo por excelência é a Estratégia de Saúde da Família, que tem problemas de cobertura em determinadas regiões metropolitanas. Assim, não se pode falar de aumento de acesso e de redução de desigualdades de maneira homogênea. Contudo, um dos grandes sucessos do SUS foi o de aumentar o acesso, sobretudo no âmbito da APS. Na redução de desigualdades, os resultados são melhores onde a ESF foi implantada, o que nos interpela fortemente sobre a necessidade de se aumentar a cobertura, pois sem ela não há acesso nem possibilidade de se enfrentar as desigualdades. Percebe-se que o país avançou, mas não na intensidade que se esperava. Além disso, fala-se que a APS é a coordenadora e a reguladora do cuidado, mas isso, de fato, quase nunca acontece porque tais ações estão fora de sua esfera direta de atuação, com os recursos e as atenções do sistema de saúde mais voltadas para ações de maior densidade tecnológica e de maiores custos financeiros, subordinando-se, assim, à lógica dos interesses de mercado.</p>		
<p>12. Em sua opinião, no seu país há Saúde da Família, ou Medicina de Família?</p>	<p>Dos seis entrevistados, três deles afirmam que há muito mais Medicina de Família do que Saúde da Família, em razão da centralidade no médico que, na maioria das vezes sequer tem formação para ser médico de família. Referem que foi desenhado um modelo de Saúde da Família que não foi concretizado, dentre outras coisas pela formação médica desvinculada desse modelo. Coisas boas do modelo se perderam ou envolveram e outras não se concretizaram. O papel do ACS, originalmente, era mais importante que o do médico, mas a burocratização, as distorções que aconteceram na estratégia fizeram com que ele ainda possa ser um agente de saúde, mas cada vez menos comunitário. A centralidade no médico é tão evidente que, se ele não estiver presente na equipe, esta deixa de ser considerada com sendo uma equipe de Saúde da Família.</p>		

**APÊNDICE D – PLANILHA DAS RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS DO  
QUÉBEC**

## NÚMERO/CONTEÚDO DE RESPOSTAS

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
1. Em seu país a APS mereceu uma abordagem particular na organização do sistema de saúde a ponto de se poder afirmar que ela seja a pedra angular e a porta de entrada no sistema de saúde?		6	
2. Há uma base legal e/ou organizacional que confira à APS e à Promoção da saúde alguma atribuição na garantia do acesso universal e na diminuição de desigualdades em saúde?	1	5	
3 A) - Houve e continua a existir algum tipo de compromisso político das autoridades de saúde que sustente a APS e a promoção da saúde em sua meta de universalidade de acesso e de diminuição de desigualdades?	4	2	
3 B) - Isso pode ser mensurado em termos de financiamento apropriado, gestão adequada e sustentabilidade em termos de suficiência de recursos humanos?	3	3	
4. No sistema como tal e nos diversos serviços de saúde a APS tem alguma atribuição específica capaz de contribuir para a melhoria das condições de saúde e para a diminuição de desigualdades?	1	5	



QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>5. Há políticas ou programas, no interior do sistema de saúde, que se destinam a grupos populacionais específicos? Existem grupos de trabalho/comissões voltadas para as questões relativas à saúde de "minorias" e/ou de populações vulneráveis (gênero, etnia, raça, cor, medicina tradicional)?</p> <p>6. Quais são os atores envolvidos na formulação e implementação dessas estratégias ou políticas?</p>		6	
<p>7. A) - De que maneira as relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas?</p>	<p>Há sempre a implicação de atores públicos (gestores e técnicos) e um grande envolvimento comunitário. O Québec tem a tradição das "mesas de negociação", onde participam representantes de profissionais, de pacientes, de organismos comunitários, de pessoal administrativo-burocrático e de pesquisadores. No geral todos os atores da saúde são convidados a participar.</p> <p>Praticamente não há interferência, uma vez que a saúde é de competência provincial. Apesar disso, o governo federal participa no financiamento dos sistemas provinciais, embora em volumes decrescentes de recursos ao longo do tempo. O nível federal possui jurisdição apenas sobre questões relacionadas à saúde indígena e a saúde dos militares.</p>		
<p>7 B) -Há algum mecanismo definido que permita integrar diferentes áreas do governo na formulação e execução de tais estratégias?</p>	6		

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>8. Que ações intersetoriais foram adotadas pelo sistema de saúde, com base na APS, com vistas a agir sobre os determinantes sociais e sobre as desigualdades em saúde ?</p>	<p>A chamada "viragem ambulatorial", onde ações anteriormente feitas em regime de hospitalização passaram a ser feitas ambulatorialmente; a abordagem populacional que se baseou na busca da continuidade das intervenções em saúde, trabalhando numa linha contínua, desde a identificação da origem dos problemas até sua eliminação e resolução de seus efeitos; o conjunto de ações promotoras de envelhecimento saudável; creches de acesso universal, com garantia de alimentação saudável das crianças; a redução do tabagismo e dos acidentes rodoviários.</p>		
<p>9. Qual a natureza do suporte da comunidade e do Estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS?</p>	<p>Há vinte anos, havia um espaço ocupado pela comunidade nos conselhos de administração dos estabelecimentos de saúde e em assembleias regionais de saúde onde diferentes atores da comunidade se faziam presentes. 40% deveriam vir do meio comunitário, 40% deveriam vir dos serviços de saúde e 20% de representação intersetorial. Eles definiam as prioridades de investimento dos recursos. Infelizmente tudo isso desapareceu, trazendo grave prejuízo à democracia sanitária e à participação cidadã. Em pequenas comunidades, há ainda bons exemplos de atuação de organismos comunitários, com um sentimento de maior solidariedade e ajuda mútua, mas em grandes cidades as coisas não são tão simples, pois as pessoas têm mais dificuldade em se engajar. Atualmente há um sentimento de redescoberta da solidariedade no sentido comunitário, em base local. Surgem cooperativas de saúde; cidades amigas dos idosos; cidades saudáveis, que se impregnam da promoção da saúde e do valor da APS para o bem-estar comunitário, o que dá ao cidadão um papel mais inclusivo. Não deixa de ser um paradoxo quando as novas propostas do atual governo pretendem a abolição da participação cidadã nos conselhos de administração de estabelecimentos de saúde.</p>		

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>10. Quais são os ganhos em saúde e condições de vida que podemos afirmar ser decorrentes das ações políticas relacionadas à APS e à Promoção da Saúde?</p>			<p>A melhoria notável das condições de habitação, com eliminação de guetos de edificações para pobres e a promoção de uma miscigenação social ; o enfrentamento das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sobretudo decorrentes do tabagismo e das doenças pulmonares ocupacionais (na mineração do amianto, por exemplo); a garantia da alimentação adequada dos jovens estudantes da escola primária, através de uma política governamental apoiada por diversos organismos da sociedade e pelo setor escolar, que permitiu ainda uma melhoria das condições de aprendizagem, sobretudo em populações mais desfavorecidas; a alta taxa de cobertura vacinal; uma excelente evolução da taxa de esperança de vida; a melhoria das condições de vida. Os cuidados pré-natais também foram objeto de ações concertadas em matéria de prevenção e promoção que visaram muito a redução de desigualdades sociais em saúde (cuidados na perinatalidade e primeira infância). Um efeito colateral observado foi o desenvolvimento de uma espécie de medicina intensiva perinatal quase sistemática, com alto risco de iatrogenia. Os dados mostram que, nos últimos vinte anos, as desigualdades não diminuíram de maneira importante, mas foi possível melhorar a mortalidade evitável em todos os grupos socioeconômicos. Além disso, algumas políticas produziram efeitos notáveis, através de ações de promoção da saúde, sobretudo no que diz respeito ao tabagismo (aumento do custo do tabaco, com redução do consumo), ao consumo de álcool (com impacto forte na redução da mortalidade em acidentes automobilísticos). O mesmo se deu com a segurança dos ambientes de trabalho, atualmente com taxas muito baixas de mortalidade ocupacional.</p>

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>11. Que relações objetivas guarda o modelo organizativo da APS com o aumento do acesso e a redução das desigualdades em saúde?</p>	<p>Há estudos feitos em algumas regiões do Québec que mostram que algo foi conseguido, mas não o suficiente. O modelo de organização não melhorou o acesso aos cuidados primários de saúde. O Québec é a província canadense onde o acesso aos cuidados primários de saúde é o mais fraco e, paradoxalmente, o local do mundo onde os médicos são melhor pagos. Os médicos são livres para se instalar onde quiserem, mas os CLSC tinham uma responsabilidade territorial para cobrir entre 30 e 50 mil pessoas e deviam se instalar preferencialmente em áreas de população mais necessitada. Mas agora como essa linha de serviços de APS foi um pouco abandonada nos CLSC, a atenção voltou-se para os médicos de família, que deveriam instalar-se onde há necessidade. Mas forçosamente isso não acontece, pois há interesses econômicos-financeiros em jogo e, assim, há zonas pobres onde não há acesso a médicos de família. Assim, a forma de organização da APS no sistema de saúde do Québec, atualmente, depende muito da escolha do local onde os médicos se instalam. Eles são pagos pelo sistema de saúde, mas podem escolher onde instalar seu consultório. O aumento do número de médicos contribui para diminuir desigualdades de acesso, mas seu processo de trabalho faz com que persistam áreas com dificuldades de acesso a médicos de família.</p> <p>Aparentemente, perdeu-se a chance de organizar um modelo capaz de melhorar o acesso das pessoas à APS, e que pudesse contribuir para a redução de desigualdades. A pressão do aspecto curativo e de um primeiro nível de atenção extremamente medicalizado não têm a capacidade de aumentar acesso e reduzir desigualdades, o que se agrava pela forma pela qual os serviços são financiados, prevalecendo a remuneração médica pelo ato praticado. Em relação a certas desigualdades sociais em saúde, conseguimos melhorar o acesso, com algum sucesso. E a APS contribui para isso.</p>		

QUESTÕES	SIM	SIM, COM RESSALVAS	NÃO
<p>12. Em sua opinião, no seu país há Saúde da Família, ou Medicina de Família?</p>	<p>Não há a ideia de Saúde da Família no sentido pleno da expressão. Pensa-se muito mais em médicos de família do que em saúde da família. A ênfase é dada na prática médica, na figura do médico, em lugar de se dar sobre uma estratégia capaz de assegurar as condições de boa saúde. Muitas ações governamentais foram empreendidas para promover a saúde da família, mas numa perspectiva de políticas sociais, não de organização da APS. Quando um médico de família se aposenta ou falece, o paciente deve procurar ele mesmo outro profissional, cada vez mais difícil de ser encontrado. Os Grupos de Medicina de Família - GMF tornaram-se, na verdade, grupos de médicos de família, que não se ocupam da saúde da família, mas dos problemas de saúde dos membros da família.</p>		

**APÊNDICE E – CARTA DE APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E O  
CORRESPONDENTE ARTIGO “EQUIDADE: SEUS CONCEITOS,  
SIGNIFICAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA O SUS”**

São Paulo, 03 de setembro de 2015.

Prezado Senhor,

Por decisão da Comissão Editorial da *Saúde e Sociedade* seu texto intitulado “*Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS*” foi aprovado com base no parecer:

**Parecer:**

A garantia da equidade na saúde em sociedades desiguais, formações sociais e históricas que foram submetidas ao colonialismo na expansão das sociedades capitalistas centrais, como é o caso da sociedade brasileira, é fundamental.

A clareza conceitual, possibilitando a compreensão diferenciada de concepções como equidade, igualdade, desigualdade, diferenças e iniquidade, permite melhor análise e planejamento dos sistemas de saúde que se pretendem como universais, como é o caso do SUS. A clareza conceitual, tem importância não só acadêmica, mas também política e para a gestão, distribuição e organização dos serviços públicos de saúde, que pretendem pautar-se pelo direito de cidadania. O artigo baseia-se em bibliografia adequada e atual sobre o assunto. Argumentação e redação clara, o que permitirá sua leitura em várias instituições de ensino e nos próprios serviços de saúde. Como há poucos artigos sobre a temática, e as questões que aborda são atuais, o potencial de citação por outros autores nos parece bom.

A Conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas (comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente), portanto, não há data definida para publicação.



**SAÚDE  
e  
SOCIEDADE**

Atenciosamente,

Profª. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni  
Profª. Dra. Eunice Nakamura  
Editoras

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros





**EQUIDADE: SEUS CONCEITOS, SIGNIFICAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA O SUS****EQUITY: CONCEPTS, MEANINGS AND IMPLICATIONS FOR THE SUS**Fernando Passos Cupertino de Barros<sup>\*</sup>Maria Fátima de Sousa<sup>\*\*</sup>**Resumo**

O presente ensaio tem por objetivo rever os diferentes elementos conceituais de equidade que foram se consolidando ao longo de tempo e a leitura que hoje se faz no Brasil de sua significação, orientada como um caminho para que se possa atingir um nível de garantia real e de fruição plena dos direitos à saúde, tendo-se sempre em mente a preocupação em compreender as diferenças, as necessidades e as particularidades dos distintos grupos sociais. Destaca a necessidade de se pensar a equidade em saúde como um processo em permanente transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados e que novos desafios vão surgindo. Propõe que se deva avançar na discussão do tema, de modo a se estabelecer balizas seguras que resultem em práticas de promoção da equidade necessária à concretização do direito à saúde, capazes de produzir a melhoria objetiva de indicadores de saúde, bem como da percepção do cidadão com respeito à satisfação para com seu próprio estado de saúde, o de sua família e o da comunidade a que pertence. Assim sendo, o ideal de um sistema de saúde capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta suas singularidades e necessidades, poderá ser atingido.

**Palavras-chaves:** equidade; equidade em saúde; sistema único de saúde.

---

\* Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Rua 7, 201, apto 202, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP 74110-090. fernandocupertino@gmail.com

\*\* Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta da Universidade de Brasília e Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. SCLN 406 Bl. A Sala 220 Asa Norte – Brasília/DF CEP: 70847-510. fatimasousa@unb.br

## **Abstract**

The purpose of the present document is to review the different conceptual elements of equity which were consolidated over a period of time, as well as the analysis of its signification as is done in Brazil today. Equity is perceived as a way to attain a certain level of real guaranty and full result in terms of health rights. In all that, one has to keep in mind the objective of understanding differences, needs and peculiarities of different social groups. We emphasize the need to conceive equity in health as a process in permanent transformation, which keeps changing its scope and comprehension, while results are achieved and new challenges occur. We also emphasize the necessity of progressing in the discussion of the topic, in order to establish solid checkpoints for measuring the promotion of equity that is necessary for the concretization of health rights permitting to produce an objective improvement of health indicators, as well as of the perception of the citizen with respect his satisfaction concerning his own health condition, that of his family and that of the community he belongs to. It is understood that, in this way, it is possible to reach the objective of a health system capable of providing what is necessary for all, keeping in mind specificities and particular needs.

**Key-words:** equity; equity in health; Brazilian health system.

## **1. Introdução**

Ao se considerar a política de saúde como uma política social, uma implicação decorrente é a de que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, uma vez que a participação plena dos indivíduos na sociedade política somente se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Mais que um direito social, há uma tendência cada vez mais perceptível de se considerar o direito à saúde como um direito humano (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2014). Em 2000, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas aprovou o Comentário-Geral #14, que reafirmou a saúde como direito humano fundamental. O texto enfatiza que "*o direito à saúde*

*não é para ser entendido como o direito de ser saudável", mas interpretado como um direito inclusivo ampliado não somente ao acesso aos cuidados médicos apropriados, mas também, aos determinantes de saúde como o acesso a água potável e saneamento adequado, segurança alimentar, nutrição e moradia, condições ocupacionais e ambientais saudáveis e acesso à informação e educação em saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva.* (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000)

O documento mencionado destaca o papel importante da participação comunitária *"nas decisões relacionadas à saúde, nos níveis comunitários, nacionais e internacionais"*. De forma textual ressalta a não discriminação, a disponibilidade, a acessibilidade (física, econômica e de informações), a aceitabilidade (incluindo as questões éticas e culturais apropriadas) e a qualidade dos serviços (incluindo qualidade médica e científica) (JILSON; EISENSTEIN, 2013).

Na América Latina, a partir de meados dos anos 1970, tem início no México e no Equador, e posteriormente no Brasil, um movimento do setor acadêmico que procurou recuperar as ideias de causalidade social do processo saúde-doença, que haviam declinado após o advento da era bacteriológica. No Brasil, esse movimento, intitulado Movimento da Reforma Sanitária, foi protagonizado por Arouca, com suas críticas ao preventivismo, e por Donnangelo, com seus estudos sobre saúde e sociedade (DA SILVA; BARROS, 2002). Não se pode, ainda, esquecer o papel propulsor exercido pelos postulados da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com sua ambição de "saúde para todos no ano 2000", cujo documento final salienta a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, ressaltando o papel que a lacuna entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento então representava, exortando ainda todos os países à cooperação, na busca pelo objetivo comum da saúde, numa ação entendida como direito e dever de todos, individual e coletivamente (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2002).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu e deu força constitucional a

princípios e pensamentos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Assim, valores sociais como o direito de acesso universal e a integralidade da atenção passaram a refletir a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988. Entretanto, a equidade, ainda que citada com frequência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais (universalidade, integralidade, descentralização, participação social) (PIOLA et al, 2009). Apesar disso, cada vez mais a preocupação com a equidade encontra-se presente no pensamento sanitário brasileiro. Nos relatórios das conferências nacionais de saúde de 1992, 1996 e 2000, por exemplo, a utilização do termo “equidade”, ou equivalente, é crescente: no relatório da 9<sup>a</sup> Conferência (1992) aparece 4 vezes; no da 10<sup>a</sup> Conferência (1996), 14 vezes e na 11<sup>a</sup> Conferência (2000), 32 vezes (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). Já no documento orientador para os debates da 14<sup>a</sup> Conferência (2011), a preocupação com a equidade é o primeiro dos cinco tópicos propostos e intitula-se “Avanços e desafios para a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade”(CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

O presente ensaio tem por objetivo rever os diferentes elementos conceituais de equidade que foram se consolidando ao longo de tempo e a leitura que hoje se faz no Brasil de sua significação, orientada como um caminho para que se possa atingir um nível de garantia real e de fruição plena dos direitos à saúde, tendo-se sempre em mente a preocupação em compreender as diferenças, as necessidades e as particularidades dos distintos grupos sociais. Afinal, há que se pensar a equidade em saúde como um processo em permanente transformação, (SCOREL in PEREIRA e LIMA, 2008) que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados e que novos desafios vão surgindo.

## 2. Considerações de ordem conceitual

Arendt lembra-nos que a cidadania, sendo o “direito a ter direitos”, é geradora de um espaço público de igualdade entre os indivíduos tornados cidadãos (ARENDR, 1987). Por outro lado, os direitos sociais, como o direito à saúde, estabelecem um marco de ampliação da cidadania nas sociedades modernas, na medida em que, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania, em particular formas diferenciadas de compreender o significado de “satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social”. O princípio de igualdade que orienta a cidadania desdobra-se no princípio da universalidade das regras de distribuição (princípios universalistas de justiça). Este ideal de universalidade tende à homogeneização, como parte da vontade geral, e acaba por diluir as diferenças, o que definitivamente prejudica grupos de cidadãos menos favorecidos.

A introdução do princípio da equidade - entendida como um elemento de diferença dentro do espaço da cidadania, que é um espaço de igualdade - é acompanhado no âmbito dos direitos pelo desenvolvimento de uma terceira geração, a dos direitos difusos e coletivos, que se distinguem dos que integram a chamada primeira geração (os direitos individuais) e a segunda geração (os direitos sociais e econômicos). Tal distinção, em função de sua coletividade e de seu aspecto difuso, termina por introduzir princípios de solidariedade, tolerância e confiança. São difusos porque sua titularidade não é clara, englobando tanto interesses públicos quanto privados, correspondem a necessidades que são comuns a conjuntos de indivíduos e que somente podem ser satisfeitas a partir de uma ótica comunitária (SCOREL, 2001).

Equidade tem sido uma expressão bastante utilizada quando tratamos de direitos sociais, tanto num sentido mais genérico, quanto num outro, mais específico. No primeiro, termina por confundir-se com o próprio sentido de justiça, numa perspectiva do

estabelecimento de regras justas para a vida em sociedade, o que a faz aproximar-se do conceito e do sentido de igualdade, frequentemente assim entendidas no âmbito da saúde (ALMEIDA, 2002; CAMPOS, 2006; STARFIELD, 2001). Já no segundo, para diferentes pensadores, de Aristóteles a Norberto Bobbio, a equidade é uma adaptação da norma geral a situações específicas, pois a aplicação de uma norma genérica quando empregada literalmente, sem se levar em conta as especificidades de diferentes situações, poderia produzir injustiça. Assim, essa concepção de equidade como julgamento e intervenção situacional, isto é, de acordo com cada caso, pressupõe a inexistência de estrutura, normas ou sistemas de leis ou de conhecimentos que sejam perfeitos (CAMPOS, 2006). A equidade poderia então ser uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos.

Na vida em sociedade, sobretudo no modo capitalista de se viver em sociedade, coexistem situações de abundância e de miséria, o que determina a existência de desigualdades absolutas e relativas, as primeiras ligadas à significativa diferença de renda entre pessoas ou entre grupos sociais; a segunda, associando a essa dimensão as demais condições de vida. O recorte mais adequado ao exame das **desigualdades** sociais parece relacionar-se com a identificação de situações que envolvem algum grau de injustiça, uma vez que colocam determinados coletivos populacionais em desvantagem quanto à chance de serem e de se manterem sadios (BAGRICHEVSKY et al, 2013). Tal problemática reflete muitas vezes os níveis de segregação existentes, que decorrem, por sua vez, da forma de organização e do modo de produção da sociedade, configurando-se como **iniquidade**. Contudo, no âmbito da formulação de políticas, o significado puramente semântico para o termo “desigualdade” nem sempre corresponde a algo que seja prejudicial. Assim, o conceito de **iniquidade** ganhou forma, firmando-se como sinônimo de toda e qualquer “desigualdade injusta” a ser permanentemente evitada ou combatida (ALMEIDA, 2002). Neste aspecto,

Whitehead é, possivelmente, a autora mais citada na literatura internacional que trata das questões conceituais de equidade em saúde (VIEIRA-DA-SILVA; DE ALMEIDA FILHO, 2009) Para ela, iniquidades constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (WHITEHEAD, 1991).

Segundo Sen, a equidade em saúde tem múltiplas facetas, e o melhor é vê-la como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde que se tem e a possibilidade em se obtê-la, e não apenas com a distribuição do cuidado sanitário. Inclui a justiça dos processos e, por conseguinte, deve-se atentar para a ausência de discriminações na prestação da assistência. Ademais, um bom compromisso com a equidade em saúde necessita, também, que as considerações sobre a saúde sejam integradas a temas mais amplos de justiça social e de equidade global, com especial atenção sobre a versatilidade dos recursos e as diferenças de alcance e de impacto dos diferentes acordos sociais (SEN, 2002). Neste sentido, Breilh, ao correlacionar equidade e classe social, distingue equidade/iniquidade de igualdade/desigualdade ao afirmar que a iniquidade é a categoria que define as relações e contrastes de poder existentes numa formação social e resulta de uma acumulação histórica de poder, decorrente de um processo no qual uma determinada classe social apropria-se das condições de poder que, em geral, são interdependentes: apropriação e acumulação econômica, política e cultural. Já desigualdade seria a expressão resultante dessa iniquidade, que expressa uma injustiça na repartição de bens e serviços que existem numa sociedade, ou ainda, em outras palavras, enquanto a iniquidade é uma categoria explicativa, a desigualdade é uma expressão explícita da iniquidade (BREILH, 2010).

Scorel, por sua vez, afirma que o princípio da equidade surgiu no período contemporâneo, associado aos direitos das minorias, introduzindo a diferença no espaço público da cidadania, que tem por princípio basilar a igualdade. O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico, que percebe a cidadania

como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas, a noção de igualdade só se completa se compartilhada com a de equidade, posto que, não basta a existência de um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. O padrão passa, então, de homogêneo a equânime. Dessa forma, a ideia de equidade foi incorporada e até mesmo substituiu o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea: a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes e que têm necessidades diversas (SCOREL in PEREIRA e LIMA, 2008).

### **3. A busca da equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde**

No Brasil, no campo da Saúde Coletiva, tem-se procurado enfaticamente destacar que a superação de desigualdades em saúde exige a formulação de políticas públicas equânimes, o que implica, por um lado, em reconhecer a saúde como um direito de cidadania e, por outro, em priorizar as necessidades como categoria essencial para a promoção de justiça. É preciso, ainda, incorporar à pauta certas diferenças e diversidades como as relacionadas à questão das condutas de risco e das heterogeneidades de base étnico-culturais (VIEIRA-DA-SILVA; DE ALMEIDA FILHO, 2009).

Seria ingenuidade supor que o SUS não tivesse desigualdades. Estas, de uma forma ou outra, persistem mesmo em países com sistemas universais bem mais antigos e consolidados do que o brasileiro, embora em escala bem mais reduzida do que em países onde prevaleça o mercado na saúde. Com o SUS, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a exclusão formal desapareceu, mas não a iniquidade. Esta subsiste, seja em decorrência de fatores como a desinformação que está associada aos diferenciais de escolaridade, seja por deformação em determinadas políticas públicas. Em algumas delas ainda estão presentes os privilégios e a discriminação (PIOLA; VIANNA, 2009).



#### **4. A tributação e o financiamento público da saúde**

A existência de financiamento suficiente, capaz de garantir acesso universal e integralidade dos cuidados de saúde à população é condição fundamental para que tudo o mais possa acontecer. Assim, se levarmos em conta o comportamento do gasto em saúde na América Latina, não é difícil concluir que há uma patente incapacidade de assegurar coberturas universais, sendo os recursos altamente dependentes de regimes contributivos, ao que se soma a vulnerabilidade dessa política em face do comportamento pró-cíclico do gasto público, além dos elevados valores deste último (FLEURY, 2011). O balanço das décadas de 1980 e de 1990 na América Latina, por exemplo, é desanimador, pois nele estão presentes um crescimento econômico inexistente ou muito modesto e cíclico; uma concentração de renda cada vez mais intensa e perversa; um importante aumento dos níveis de desigualdade, do número de pobres e da exclusão social, com crescentes limitações ao desenvolvimento e à superação dessas condições de pobreza (ALMEIDA, 2002).

No Brasil, em particular, houve - e continua a existir, a concomitância de alguns fatores que contribuem para manter e até mesmo aprofundar situações de iniquidades sociais, com seus inevitáveis reflexos sobre a saúde. Além de um gasto público que está significativamente em desacordo com o próprio sentido de existir de um sistema público de saúde, o país adota um sistema tributário altamente regressivo, que privilegia a taxaço sobre o consumo, em lugar daquela sobre renda e riqueza – o que acentua as desigualdades antes mesmo da alocação dos recursos, como bem lembra Sônia Fleury (2011). Portanto, antes de se gritar pelo necessário aumento no gasto público em saúde, é preciso perguntar quem efetivamente contribui para o orçamento público.

Agrava tal situação o fato de que a pretendida descentralização da saúde, ancorada em marcos legais, não se tem feito acompanhar por equivalente contrapartida financeira dos três entes federados. Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de

recursos destinados para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal) (CONASS, 2011). Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo, totalizando um aumento da ordem de R\$ 92,7 bilhões. Assim, dois terços do aumento dos recursos para as ações e serviços públicos de saúde, após a promulgação da Emenda Constitucional no. 29 foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União. Contudo, mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2012), percentual muito inferior àquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde (PIOLA; PAIVA; SÁ; SERVO, 2013).

O exame dos dados de 2013 da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre financiamento dos sistemas de saúde mostra que o Brasil gasta em saúde cerca de 9% do PIB. Esse valor indica que o Brasil tem um gasto total em saúde muito adequado, bem próximo à média dos gastos em saúde dos países desenvolvidos. Contudo, quando se examina o percentual do gasto público em saúde, verifica-se que ele é muito baixo e incapaz de garantir que a norma constitucional se materialize na prática social, de modo a cumprir o princípio da universalidade do SUS.

Os gastos públicos em saúde em nosso país são muito baixos, quando comparados aos de outros países em dólares americanos com paridade de poder de compra. O gasto total em saúde é de 1.009 dólares, mas o gasto público *per capita* em saúde é de apenas 474. Esse valor é muito inferior aos valores praticados em países desenvolvidos, mas é inferior a países

da América Latina como Argentina, US\$ 851,00; Chile, US\$ 62,00; Costa Rica, US\$ 825,00; Panamá, US\$ 853,00; e Uruguai, US\$ 740,00. A razão para esse baixo gasto público em saúde no Brasil está no fato de que os gastos em saúde correspondem a 10,7% dos gastos do orçamento total dos governos, um valor muito abaixo do praticado em âmbito internacional, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (MENDES, 2013).

É comum a percepção de que os constituintes não previram as fontes dos recursos para implantar as políticas sociais, mas, no caso da saúde, ainda que não tenha sido possível solução duradoura, o art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias estabeleceu que um mínimo de 30% do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (GOMES, 2014). Segundo Gilson Carvalho (2008), desde 1989 essas leis mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para a saúde, mas, em 1994, o então Presidente da República, Itamar Franco, vetou esse dispositivo. Caso tivesse sido adotado como solução permanente, o nível federal disporia atualmente de mais que o dobro do orçamento.

Estudos demonstram que se a materialidade da política de saúde no Brasil pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, observou-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma, a julgar pelos resultados dos seus primeiros dois anos de gestão. No âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O perfil dos gastos em saúde não deu conta de atender aos ditames do sonho da reforma sanitária dos anos 1980. Implantado, em grande medida, do ponto de vista legal, não se materializou do ponto de vista prático. Os números revelam e explicam, em parte, as dificuldades e tensões do SUS (SOARES; SANTOS, 2014).

## **5. Os diferentes entendimentos sobre equidade e sua aplicação no SUS**

No Brasil, os esforços para reduzir as iniquidades em saúde consideram a equidade na

dotação de recursos financeiros, no acesso a serviços de saúde e nos resultados. Distinguem-se ainda as desigualdades no estado de saúde que expressam desigualdades sociais, de modo que a igualdade no acesso aos serviços de saúde não é suficiente, ainda que necessária, para reduzir as desigualdades no adoecer e no morrer, entre os distintos grupos sociais. Esta distinção tem sido considerada importante na formulação de políticas públicas na perspectiva de trabalhar com a noção de necessidades diferentes entre os distintos grupos sociais, que são tanto determinadas pela diversidade de sexo, idade e raça, quanto por situações de injustiça social, como renda e acesso a bens e serviços, e ainda por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos (PAIM, 2006).

Paim ressalta que a própria ambiguidade do termo equidade, as diferentes concepções do SUS presentes no processo político de saúde, e as diversificadas formas de sua apresentação em municípios e estados brasileiros, mais ou menos próximas aos dispositivos legais e ao projeto da Reforma Sanitária, não permitem afirmar de modo definitivo e peremptório que o SUS seja uma política pública de promoção de equidade. Ou seja, o SUS, enquanto política pública, foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, esta política pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização (PAIM, 2006).

Outros autores, estudando o pensamento de gestores municipais do SUS, ainda que num universo bastante limitado (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013), mostram que o sentido de equidade se concentra em duas vertentes: (a) **tratar todos de forma igualitária**, onde prepondera a ideia da igualdade e da universalidade do acesso, e (b) **tratar os desiguais de forma desigual**. Esta segunda assertiva foi desdobrada em duas outras: (b1) **priorizando**

**os mais necessitados, segundo a condição socioeconômica e (b2): priorizando grupos específicos, segundo critérios de risco.** No enfoque que prioriza os mais necessitados sob o ponto de vista econômico, clara está a preocupação sobre a vulnerabilidade apresentada pelos grupos desfavorecidos, que não apenas sofrem maior incidência de doenças, como também uma maior carga de condições crônicas e de incapacidades em idade precoce, o que está em sintonia com as afirmações de Whitehead, no texto que produziu para a OMS em 1990 (LUIZ, 2005).

Por outro lado, no foco que prioriza grupos específicos, clara está à busca por critérios objetivos que auxiliem na definição da alocação de recursos em saúde, segundo risco de adoecimento de grupos específicos. Tal pensamento baseia-se, sobretudo, em critérios de objetividade clínica e epidemiológica. Por outro lado, o utilitarismo, corrente de pensamento bastante difundida entre os planejadores do setor da saúde, prega que o correto, o justo, é a alocação de recursos que possam proporcionar maior benefício e mais saúde para o maior número possível de pessoas (LUCHESE, 2003). Entretanto, há que se criticar tal pensamento pela possibilidade potencial de se gerar práticas injustas ou discriminatórias contra grupos minoritários (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013).

Outros autores brasileiros distinguem duas formas de se analisar a equidade, a que chamam de vertical e horizontal (TRAVASSOS; CASTRO in GIOVANELLA et al, 2008). A primeira é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que se encontram em situações distintas; a segunda corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre aqueles que estão em igualdade de condições. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais.

Lembra Escorel que, em geral, o princípio da equidade tem sido operacionalizado em

duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. No âmbito das condições de saúde é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas como sexo e idade determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas (ESCOREL in PEREIRA e LIMA, 2008).

## **6. Outros elementos para o debate**

No campo prático, percebe-se que as diferentes correntes de pensamento não dão a homogeneidade necessária à compreensão de como a noção de equidade – e de qual equidade se está falando - deva ser aplicada sistematicamente no âmbito do SUS e das políticas públicas que o integram.

A equidade, como já dito, comporta distintas dimensões em sua análise, dentre as quais são mais comumente utilizadas a oferta (recursos humanos e capacidade instalada); o acesso e utilização de serviços; o financiamento (despesa pública e familiar); a qualidade da atenção; a situação de Saúde e as condições de vida da população.

Assim, acima de tudo é preciso considerar a equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. Ela poderá ser mensurada através da análise das políticas públicas no setor da saúde voltadas para o enfrentamento de tais situações (VIANNA et al, 2001).

Cabe, pois, avançar nessa discussão, de modo a se estabelecer balizas seguras que

resultem na prática de promoção da equidade necessária à concretização do direito à saúde, capazes ainda de produzir, como fruto, a melhoria objetiva de indicadores de saúde, da percepção individual de satisfação para com seu próprio estado de saúde, de sua família e da comunidade a que pertence. Além disso, que possa ser atingido o ideal de um sistema de saúde que seja capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta suas singularidades e necessidades.

## Referências

- ALMEIDA, Célia. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-26, 2002.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- BAGRICHEVSKY, Marcos et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.2, p.497-510, 2013.
- BREILH, Jaime. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, RP (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, p. 87-125, 2010.
- CARVALHO, Gilson. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 2, 2008.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14, 2011, Brasília. Documento orientador para os debates. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2011. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc\\_orientador.html](http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html). Acesso em 12 de junho de 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O financiamento da saúde**. Brasília, 2011.
- DA SILVA, Jarbas Barbosa; BARROS Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 12, n. 6, p. 375, 2002.
- DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. Reflexões temáticas sobre equidade em saúde: o caso

do SUS. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p. 23-33, 2006.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. **Série B: Textos Básicos em Saúde**. Brasília, 2002 *Disponível em* [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em 10 de setembro de 2014.

ESCOREL, Sarah. Equidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em 12 de junho de 2014.

\_\_\_\_\_. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em 04 de junho de 2014.

FLEURY Sonia, OUVÉNEY Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et al., (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64

FLEURY Sonia. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

FLEURY Sonia; OUVÉNEY Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et al., (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64

GARRAFA Volnei; OSELKA Gabriel; DINIZ, Débora. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista de Bioética**, v. 5 n. 1, 2009. Disponível em [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/361/462](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462). Acesso em 04 de junho de 2014.

GOMES, Fábio de Barros Correia; DOS DEPUTADOS, Câmara. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

JILLSON, Irene Anne; EISENSTEIN, Evelyn. Direitos à saúde e questões éticas durante a



adolescência: desafios atuais!. **Adolescência & Saúde**, v. 10, supl. 2; 2013; pp. 53-60

LUCCHESE, Patrícia TR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LUIZ, Olinda do Carmo. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arq. méd. ABC**, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, pp. 27-34, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR). **General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)**. 11 de Agosto de 2000. E/C.12/2000/4. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Acesso em 04 de junho de 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

PIOLA Sérgio Francisco et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. **Texto para discussão**. Instituto de Pesquisa Aplicada. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf). Acesso em 12 de junho de 2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.

SEN, Amartya. Por qué la equidade en salud? **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 11, n.5-6, p. 302-309, 2002

SOARES, Adilson; DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, P. 18-25, 2014.

STARFIELD, Barbara. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 31, n. 3, p. 545- 566, 2001.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 183-206, 2012.

VIANA, Sólon Magalhães et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, **Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; DE ALMEIDA FILHO, Naomar. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. Sup 2, p. S217-S226, 2009.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

**APÊNDICE F – ARTIGO “ACESSO E EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
UMA REVISÃO ESTRUTURADA”, SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO À REVISTA  
SAÚDE EM DEBATE.**



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▼ **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Av. Brasil, 4.036 – Sala 802  
Manguinhos  
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141  
Fax.: (21) 2260-3782

▼ **UMA PUBLICAÇÃO**

**cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde



## Artigos e Submissão

### 0044/2016 - Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada

*Access and equity in health services: a structured review*

FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS - BARROS,  
F.P.C. - Universidade de Brasília

Endereço para correspondência

Rua 7, 201 apto 202, Setor Oeste, Goiânia/GO Cep  
74.110-090

Referências profissionais

Graduado em Medicina, pela Universidade Federal de Goiás;  
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da  
Bahia; Doutorando em Ciências da Saúde, pela Faculdade de  
Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília

Co-autores

MARIA FÁTIMA DE SOUSA (fatimasousa@unb.br)  
Endereço: SCLN 406 Bl. A Sala 220 Asa Norte – Brasília/DF  
CEP: 70847-510

Referências Profissionais: Enfermeira, Doutora em Ciências  
da Saúde pela UnB. Professora Adjunta da Universidade de  
Brasília e Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília

Jéssica de Souza Lopes (jessicalopes.scunb@gmail.com)  
Endereço: QNB 09, casa 29, Taguatinga Norte -Brasília/DF,  
CEP 72115090

Referências Profissionais: Sanitarista. Auxiliar de pesquisa do  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública(NESP/UnB).

Ana Valéria Machado Mendonça (valeriamendonca@unb.br)  
Endereço: SCLN 406 Bl. A Sala 220 Asa Norte – Brasília/DF  
CEP: 70847-510

Referências Profissionais: Comunicóloga. Professora Adjunta  
da UnB, coordenadora do mestrado profissional em Saúde  
Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública  
(NESP/UnB)

Tipo de Artigo

Revisão

Resumo

FERNANDO PASSOS  
CUPERTINO DE BARROS

[desconectar](#)

**Menu de APOIO**

- ▶ **Meus Dados**
- ▶ **Meus Artigos**

**Submissão de ARTIGOS**

- 1 É importante que você leia atentamente as instruções para submissão e publicação.  
[normas para publicação](#)
- 2 Faça o cadastro em nosso sistema que lhe dará acesso ao ambiente restrito.  
[cadastro para login e senha](#)
- 3 Com seu login e senha, acesse sua área restrita e envie seu artigo.

**DICAS do editor**

- ▶ CHAMADA DE ARTIGOS PARA NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE  
Tema: Monitoramento e Avaliação em Saúde para a Ação

A revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criada em 1976, vem consolidando-se como um veículo de difusão de conhecimento crítico produzido na área da saúde. Esta chamada é destinada a compor um número especial dedicado ao tema Monitoramento e Avaliação em Saúde para a Ação, com foco no uso, utilização e influência dos sistemas de monitoramento e avaliação de projetos, programas e políticas de saúde.

Os artigos devem se inserir em um dos cinco eixos temáticos: a) contexto e potencialidades; b) monitoramento e avaliação para subsidiar políticas públicas de saúde; c) modelização de intervenções de processos de monitoramento e de avaliação para a ação; d) construção de evidências e participação em processos avaliativos para o aprimoramento das ações, programas e políticas de saúde; e) utilização e transição de evidências em monitoramento e avaliação; f) qualidade da avaliação, ética, capacitação e formação em avaliação.

Aceitam-se artigos inéditos resultantes de pesquisas avaliativas, dissertação de mestrado acadêmico ou profissional e de teses de doutorado de alunos de Programas de Pós-Graduação nacionais ou internacionais, desenvolvidos nos

**Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada**  
**Access and equity in health services: a structured review**

Fernando Passos Cupertino de Barros<sup>2</sup>  
Jéssica de Souza Lopes<sup>3</sup>  
Ana Valéria Machado Mendonça<sup>4</sup>  
Maria Fátima de Sousa<sup>5</sup>

**Resumo:** Trata-se de um artigo de revisão de literatura sobre a organização de serviços da Atenção Primária à Saúde em suas dimensões de acesso e equidade. Os artigos foram identificados a partir das bases de dados LILACS e MEDLINE, da Biblioteca Virtual em Saúde, usando as palavras-chave *acesso a serviços de saúde e equidade*, no período de 1993 a 2013. Dos 31 artigos encontrados, 29 estão em português, um em inglês e um em espanhol, publicados por 16 diferentes revistas científicas; 18 artigos (58,06%) referem-se genericamente à organização de serviços de saúde e 13 (41,94%) ao tema da equidade. A maioria (80,64%) utilizou abordagem de natureza qualitativa. Mais estudos são necessários para que se avalie se tem sido ou não possível para os sistemas de saúde avançar nos aspectos de acesso e equidade, produzindo impactos mensuráveis.

**Palavras-chave:** acesso; serviços de saúde; equidade; atenção primária em saúde.

**Abstract:** This is a literature review on the organization of primary health care services in its dimensions of access and equity. The articles were identified from the databases LILACS and MEDLINE of the Virtual Health Library, using the keywords *access to health services and equity*, from 1993 to 2013. Of the 31 articles found, 29 are in Portuguese, one in English and one in Spanish, published by 16 different journals; 18 articles (58.06 %) refer to the organization of health services and 13 (41.94 %) to the issue of equity. The majority (80.64 %) used qualitative approach. More studies nature approach are needed for assessing whether or not it has been possible for health systems move forward on issues of access and equity, producing measurable impacts.

**Key-words:** access; health services; equity; primary health care.

---

<sup>2</sup> Médico. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Rua 7, 201, apto 202, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP 74110-090. fernandocupertino@gmail.com

<sup>3</sup> Sanitarista. Auxiliar de pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UnB). QNB 09, casa 29, Taguatinga Norte -Brasília/DF, CEP 72115090. jessicalopes.scunb@gmail.com

<sup>4</sup> Comunicóloga. Professora Adjunta da UnB, coordenadora do mestrado profissional em Saúde Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UnB). SCLN 406 Bl. A Sala 220 Asa Norte – Brasília/DF CEP: 70847-510. valeriamendonca@unb.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta e diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. SCLN 406 Bl. A Sala 220 Asa Norte – Brasília/DF CEP: 70847-510. fatimasousa@unb.br

## Introdução

Acesso a serviços de saúde e equidade estão profundamente relacionados à capacidade de os sistemas de saúde se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. Starfield (2002) distingue acessibilidade de acesso. A primeira refere-se às características da oferta; já a segunda relaciona-se à forma pela qual as pessoas percebem a acessibilidade. Outros autores, como Travassos e Martins (2004) também apontam que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los, sendo que essa percepção é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde.

Goddard & Smith (2001) destacam o fato de que a disponibilidade de serviços pode também não ser de conhecimento de todos e que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis. Desse modo, a experiência com os serviços - e as informações que deles se dispõem, influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, conseqüentemente, o acesso a eles (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

A efetiva implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com centralidade na atenção básica, permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade. Considerando o direito universal à saúde, a redução das desigualdades deve ser política pública prioritária e pressupõe a garantia de acesso à rede ambulatorial e domiciliar com financiamento adequado, regulamentação e capacitação nos seus vários níveis de complexidade, ajustados às necessidades dos cidadãos, especialmente aqueles em maior situação de vulnerabilidade, tanto na rede pública quanto na rede privada (LOUVISON et al.2008).

Diferentes estudiosos, como Sousa (2010), Gil (2006) e Conill (2008) no Brasil e ainda Tchouaket et al. (2012) no Canadá, têm destacado a importância de se fortalecer a atenção primária à saúde (APS) para melhores resultados nos níveis de saúde da população e para que se tenha sistemas de saúde com melhor organização e desempenho. Entretanto, como bem destaca Starfield (2002), nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde alicerçados fortemente na atenção primária, a despeito das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

A OMS, em 1978, por ocasião da Conferência de Alma-Ata expressou alguns valores que orientam a base conceitual dos Cuidados Primários de Saúde afirmando: (1) que a saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e

econômicos, além do setor saúde; (2) que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável; (3) que esses cuidados primários fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1976).

Starfield (2002) enuncia as principais funções da atenção primária em saúde, destacando a de constituir-se em porta de entrada do serviço, de modo a ser acessível à população, configurando-se como o primeiro recurso a ser buscado; a de assegurar a continuidade do cuidado e a de exercer a coordenação do cuidado, ainda que parte dele deva ser obtido em outros níveis de atendimento.

O presente trabalho tem por objetivo conhecer os estudos já realizados sobre o binômio acesso aos serviços de saúde e equidade, buscando artigos já publicados em países selecionados e que constituem, em sua maioria, a base para o trabalho intitulado “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”.

## **Metodologia**

Tratou-se de uma pesquisa de revisão estruturada da literatura científica com o objetivo de buscar os estudos realizados sobre acesso aos serviços de saúde e equidade, através de artigos publicados em diferentes países da Europa e das Américas. Alavi e Carlson (1992) registram que a revisão de literatura constitui-se em estudo teórico ilustrativo, uma vez que busca compreender as pesquisas que funcionam como guia prático.

Lembram Marconi e Lakatos (1999) que a finalidade da pesquisa bibliográfica é a de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre um determinado assunto. Portanto, ela não é uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre um determinado assunto, mas oferece a possibilidade de examinar um tema sob uma nova abordagem, o que pode trazer conclusões inovadoras.

O percurso metodológico consistiu em realizar uma revisão de literatura sobre acesso

aos serviços de saúde e equidade em saúde, com artigos científicos publicados no período de 1993 a 2013, disponíveis nas bases de dados LILACS e MEDNILE, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram excluídas publicações de forma diversa de artigo científico, assim como os artigos que não tiveram adequação ao tema, respeitando os critérios de inclusão conforme apresentados a seguir.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base em dois descritores que já existem na BVS: acesso aos serviços de saúde e equidade. Todas as publicações selecionadas são artigos científicos nos idiomas inglês, português ou espanhol que tenham como assunto principal « Acesso aos serviços de saúde » e « Equidade em saúde ».

Na estratégia de busca, o tema foi delimitado por meio dos critérios de inclusão, inserindo-se como primeiro filtro os artigos disponíveis por completo. No país/região como assunto foram selecionados os países: Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Colômbia, Peru, Portugal, Venezuela e Espanha. Seguiu-se a ordem da filtragem: texto completo (disponível); assunto principal (acesso aos serviços de saúde e equidade em saúde); tipo de documento (artigo); idioma (português, inglês e espanhol); país/região como assunto (Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Colômbia, Peru, Portugal, Venezuela e Espanha) e ano de publicação (1993 a 2013).

Quando colocados os descritores na BVS (acesso aos serviços de saúde; equidade) foram encontrados 320 estudos. Após o primeiro filtro (texto completo disponível) foram reduzidos a 192 estudos. Ao buscar os assuntos principais, o número reduziu-se a 127. Posteriormente quando se inseriu o filtro « país como assunto», foram identificados 59 estudos. Os artigos encontravam-se nos idiomas inglês, português ou espanhol, conforme critérios já estabelecidos. Com o filtro que seleciona o período de publicações escolhido, entre os anos de 1993 a 2013, foram obtidos 53 estudos. Por último, ao selecionar-se o tipo de documento (artigos científicos) o número foi reduzido a 39. Destes, restaram 31 artigos, que se enquadravam em todos os critérios que haviam sido definidos anteriormente ao começo da pesquisa.

Os artigos foram lidos ao longo de três meses e agrupados numa tabela Excel, constando título, ano, fonte, base, autor, idioma, tema, metodologia, e resumo referentes aos artigos encontrados nas bases já citadas. Finalmente, buscou-se identificar a natureza e a origem dessa produção. O referido projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), sob número 084/2012.

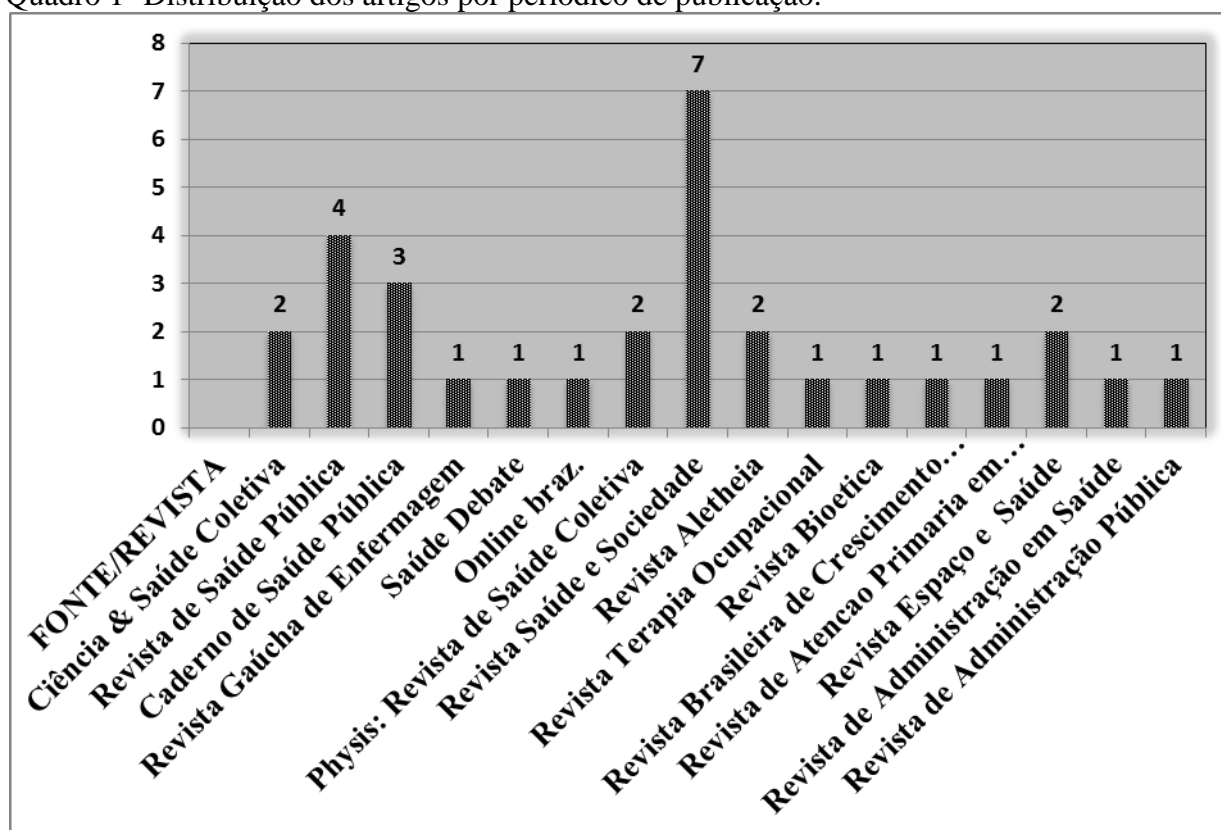


## Resultados e Discussões

Quanto à natureza, foram encontrados 24 (77,4%) estudos qualitativos; dois quantitativos; dois quali-quantitativos; uma pesquisa avaliativa; um estudo etnográfico e um estudo de casos múltiplos holístico, de abordagem qualitativa, num total de 31 trabalhos. A quase totalidade encontra-se em português (29) e apenas um em inglês e um em espanhol. A distribuição dos artigos por periódico de publicação encontra-se no quadro 1, num total de 16 diferentes revistas científicas, todas brasileiras.

A pesquisa qualitativa é traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Assim sendo, quando se trata do sujeito, levam-se em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades. Tais pormenores não podem ser traduzidos em números quantificáveis, com bem ensina Minayo (2006).

Quadro 1- Distribuição dos artigos por periódico de publicação.



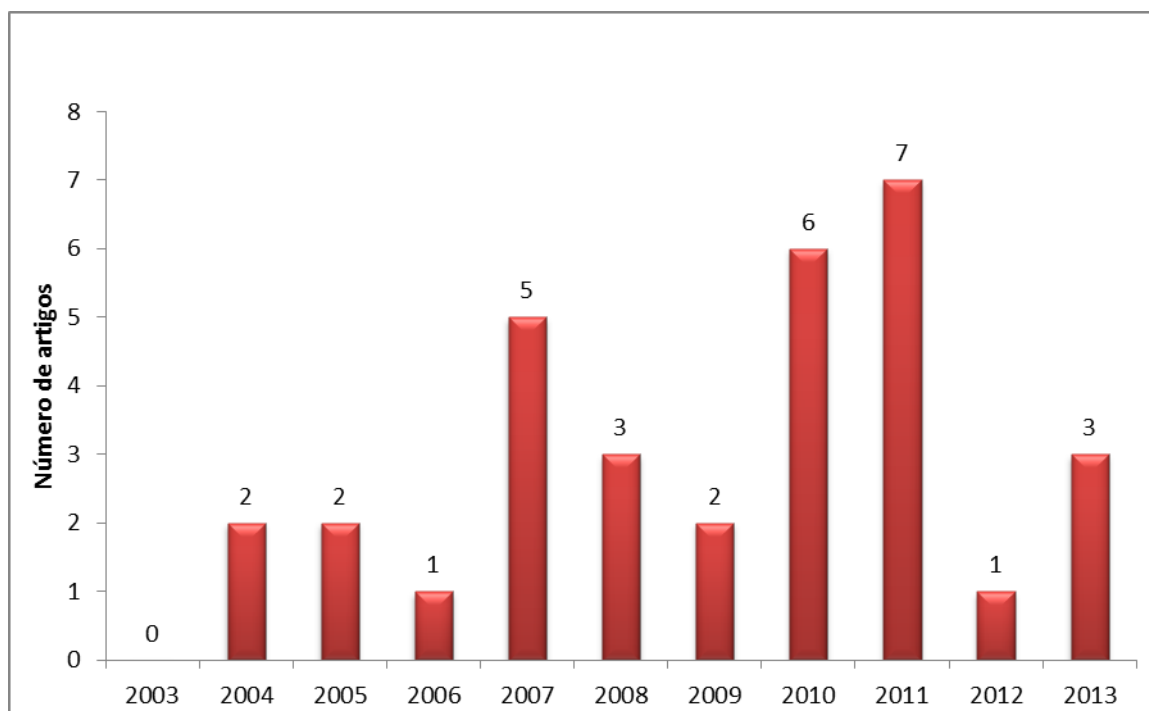
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da BVS.

Quanto ao eixo temático, encontrou-se um total de 18 (58,06%) artigos nitidamente relacionados à organização de serviços de saúde e 13 (41,94%) voltados ao tema da equidade. Não houve artigos que abordassem conjuntamente os temas “acesso” e “equidade”, nem o tema “acesso” isoladamente. Dentre os primeiros predominam os seguintes assuntos: saúde bucal; organização da atenção a pacientes crônicos; modo de funcionamento das equipes e de unidades de saúde da família. Já nos últimos estão presentes os temas relativos à raça, a gênero e a idosos, sobretudo quanto às práticas de saúde com essas populações específicas.

Percebe-se que predominam abordagens pontuais sobre experiências isoladas, distribuídas em diferentes temas que enfocam as questões de acesso e equidade numa perspectiva local, seja em modos de organização de serviços, seja em relação a práticas de saúde direcionadas a populações individualizadas ou vulneráveis.

A distribuição dos artigos por ano de publicação encontra-se no quadro 2 e demonstrou que os anos de 2007, 2010 e 2011 foram os mais pródigos na produção de artigos sobre os temas em estudo.

Quadro 2- Distribuição dos artigos por ano de publicação



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da BVS.

No universo dos artigos analisados, aspectos relativos à equidade foram encontrados em 41,94% do total de publicações analisadas, mesmo se esta não é, sob um olhar rigoroso, um dos princípios ou diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, descentralização, participação social), como entendem Piola et al. (2009). Todavia, cada vez mais a preocupação com a equidade encontra-se presente no pensamento sanitário brasileiro, como atesta a análise dos relatórios das sucessivas Conferências Nacionais de Saúde, onde a menção ao termo “equidade” ou equivalente é crescente (PINHEIRO; WESTPHAL e AKERMAN, 2009).

No Brasil, há uma multiplicidade de entendimentos acerca do que é equidade em saúde, como atestam os trabalhos de Paim (2006); Granja, Zoboli e Fracolli (2013); Luiz (2005); Lucchese (2003) e Travassos e Castro (2012), o que poderia explicar a recorrência com que o tema aparece em diferentes formas de abordagem nos artigos analisados.

### **Conclusões**

A produção científica encontrada nesta revisão, no que se refere aos trabalhos brasileiros, atesta que predominam temas locais que, se por um lado podem ter validade como experiências exitosas, por outro não se traduzem como prática homogênea no conjunto do sistema de saúde. Além disso, não enfocam os temas acesso e equidade conjuntamente, numa perspectiva sistêmica. Assim, importa aprofundar os estudos sobre acesso a serviços de saúde correlacionando-o à dimensão da equidade, pois os dois aspectos possuem íntima relação que importa decisivamente para a garantia da oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e capazes de responder às necessidades e expectativas dos cidadãos. É preciso ainda insistir sobre a necessidade de se analisar as dimensões conexas do acesso e da equidade numa perspectiva global, ou seja, de como tem sido ou não possível para o SUS, no seu todo, avançar nestes dois aspectos e produzir impactos mensuráveis.

### **Referências bibliográficas**

ALAVI, M.; CARLSON, P. A review of MIS research and disciplinary development. *Journal of Management Information Systems*, p. 45-62, 1992.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad.Saúde Pública*[online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s7-s16.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LUCCHESI, P. T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LUIZ, O. C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq. méd. ABC*, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.

LOUVISON, M. C. P.*et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 733-740.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**; 9 ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n.2, p. 34-46, 2006.

PIOLA, S. F.*et al.* *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.

PINHEIRO, M.C.; WESTPHAL, M.F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad. de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

SOUSA, M. F.*et al.* Gestão da Atenção básica: redefinindo contexto e possibilidade. *Divulg. saúde debate*, n. 21, p. 7-14, 2000.

\_\_\_\_\_. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. In: *Tempus na Saúde Coletiva*. Universidade de Brasília. Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2007.

STARFIELD, B. *Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640\\_1\\_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1](http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1)> Acesso em 14 jun. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO; M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al., (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 183-206, 2012.

[TCHOUAKET, E. et al. Health care systems performance of 27 OCDE countries. \*Int J Health PlannMgmt\*, 2012.DOI 10.1002/hpm 1110.Published online in Wiley Online Library \(wileyonlinelibrary.com\).](#)

**APÊNDICE G –  
ARTIGO “AGENTS COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ: UN MODELE DE SANTÉ  
SANS MURS”.**

(Revue canadienne de santé publique, vol 106, n.3, p. 154-156, 2015)

## COMMENTAIRE

## Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs

Femando P. Cupertino de Barros<sup>1</sup>, Ana Valéria Machado Mendonça, PhD<sup>2</sup>, Maria Fátima de Sousa, PhD<sup>2</sup>

## RÉSUMÉ

L'article a pour but de réagir à un autre article paru dans la *Revue canadienne de santé publique* de façon à clarifier certains aspects qui font de la stratégie brésilienne de la santé de la famille, et en particulier le travail des agents communautaires de santé (ACS), une expérience singulière. Dans la même perspective, les auteurs essaient de comprendre quels seraient les similitudes, les différences et les singularités entre le Brésil et le Québec à l'égard du modèle d'organisation des soins de santé primaires.

**MOTS CLÉS** : agents communautaires de santé; système public de santé; soins de santé primaires

La traduction du résumé se trouve à la fin de l'article.

*Can J Public Health* 2015;106(3):e154–e156  
doi: 10.17269/CJPH.106.4947

Suite à la parution dans la *Revue canadienne de santé publique* d'un article intitulé « Du Brésil au Québec, quelques éléments de réflexion : les agents communautaires de santé brésiliens font le pont entre les familles et les professionnels de la santé »<sup>1</sup>, nous désirons approfondir la compréhension sur le sujet par une clarification de certains aspects qui font de la stratégie brésilienne de la santé de la famille, et en particulier le travail des agents communautaires de santé (ACS), une expérience singulière.

La constitution d'un groupe de travailleurs nommé les ACS constitue un élément important dans la mise sur pied du système public de santé au Brésil. De nombreuses recherches et articles<sup>2-5</sup> sur ces acteurs témoignent d'un rôle capital qu'ils jouent. Les ACS établissent des liens importants entre leur action et les pratiques de santé exprimées par de différents courants philosophiques qui ont constitué son modelage dans les contextes dans lesquels cette catégorie est appelée à intervenir, ainsi que dans les différentes manières par lesquelles l'ACS se perçoit et est perçu par la population, par les autres membres de l'équipe de santé et par les décideurs.

L'idée de travailler avec les ACS naît entre 1970 et 1980, dans l'esprit de la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata. L'action des ACS misait sur la clientèle de populations vulnérables plus assujetties aux maladies infectieuses/contagieuses, la diarrhée et la malnutrition, d'où son implantation dans les régions pauvres du Brésil, le nord et le nord-est, ainsi que dans les favelas des grands centres urbains<sup>5</sup>.

En 1991, le Ministère de la Santé, après avoir pris connaissance des différentes expériences locales, a institutionnalisé cette stratégie sous le nom de Programme d'agents communautaires de santé (PACS), dont le but était d'amener les soins de santé de base aux familles, à domicile, par le biais d'un agenda de travail prioritaire ciblé sur la population maternelle et infantile. Leurs actions sont destinées aux individus dans leurs contextes familial et communautaire, de façon à bâtir un pont entre les individus vulnérables et les services locaux de santé. L'ACS, de cette façon, devient le catalyseur de l'origine et du maintien d'un double

lien entre la communauté et l'équipe de santé : d'une part, un lien de confiance de la communauté envers l'équipe; et d'autre part, un lien de responsabilité de l'équipe de santé envers les individus à l'égard de la promotion et de la protection de la santé de toute la communauté, sur une base territoriale et bien définie. En plus, leur insertion dans les services locaux de santé s'avère une action concrète en vue de modifier les situations suivantes : faible couverture des soins de santé primaire à l'intérieur du service de santé; l'accessibilité difficile de la population aux services de santé; le manque d'informations de la population; et l'approche et l'engagement limités de la part des professionnels de santé, notamment envers la communauté<sup>6</sup>.

Le PACS se présente comme étant un progrès indiscutable dans la consolidation et la reconnaissance du potentiel des pratiques non biomédicales pour améliorer des phénomènes complexes tel que la promotion de la santé des individus et de leurs communautés.

### 1990 – la décennie de la mise sur pied du PACS et ses scénarios contradictoires

Selon Flores et Sousa<sup>2</sup>, la décennie de 1990, novatrice sur le plan de la réorganisation des soins de santé au Brésil, fut contradictoirement celle qui a eu le plus grand nombre de défis à relever en ce qui a trait à la consolidation du système public de santé. C'est là qu'on a constaté le délabrement du réseau public de services de santé; le démantèlement de la force de travail faisant suite au remplacement de la bureaucratie et les cadres de l'État moyennant des contrats avec le secteur privé; des compressions salariales; et des asymétries importantes des indicateurs de santé. On a pu constater aussi un manque de contrôle sur des situations

#### Affiliations des auteurs

1. Doctorant en Sciences de la Santé, Université de Brasília, Goiás, Brésil
  2. Professeur à la Faculté de sciences de la santé, Université de Brasília, Goiás, Brésil
- Auteur responsable de la correspondance** : Femando Cupertino de Barros, Professeur à la Faculté de médecine de l'Université fédérale de Goiás, Rua 7, 201 apto 202, Setor Oeste, CEP 74.110-090, Goiânia, Goiás-Brésil, Courriel : fernandocupertino@gmail.com
- Conflit d'intérêts** : Aucun à déclarer.

émergentes tel que les épidémies de choléra et de la dengue; le renforcement des acteurs néolibéraux et des forces privatistes et encore l'affaiblissement du mouvement de la réforme sanitaire brésilienne, né dans les années 1970. De tels faits ne peuvent être pris de façon isolée (Flores et Sousa), car dans cette même période de l'histoire mondiale il y a eu une phase plus aiguë de la crise de la Médecine; une croissance de la violence, marquée par les guerres, le terrorisme et la mondialisation du trafic de drogues; et l'augmentation de la violence contre les femmes, les enfants et les groupes politiquement minoritaires. On a également constaté la croissance de la violence structurelle dans de grandes villes; la dégradation environnementale; la régionalisation des marchés; et la crise du modèle traditionnel de famille et l'apparition de nouvelles formes de relations familiales.

La complexité des besoins de santé et les limites évidentes dans l'organisation des services offerts aux populations, surtout à leurs strates plus vulnérables aux déterminants sociaux de la santé, ont exigé le renforcement des réseaux de solidarité et l'engagement de nouveaux acteurs, de nouveaux secteurs et institutions. Ceux-ci auparavant n'étaient pas pris en considération vis-à-vis de la garantie du droit à la santé, en raison de la rationalité médicale prévalente dans le domaine de la santé<sup>4</sup>. Cela a généré des implications fort importantes, soit pour le progrès attendu dans la perspective de l'intégralité des soins, soit à l'égard des préoccupations en ce qui concerne l'équité. Cette compréhension, en ce qui a trait à l'ampleur du champ d'action de la promotion de la santé et son association intime avec d'autres dimensions et facteurs associés à la production de santé et de maladie, est en consonance avec la perception de l'existence d'une réalité non disciplinaire. De même qu'il est impossible de travailler la santé indépendamment des autres domaines et des autres dimensions, il est également improbable que les questions pratiques ne soient pas mises en valeur. Ces questions pratiques sont directement liées à l'application des connaissances déjà établies et de celles en construction, ainsi qu'à l'introduction de nouveaux outils qui peuvent aider à résoudre des problèmes et à trouver une autre organisation du savoir-faire de façon à favoriser les modes de vie plus sains et capables de contribuer à garantir le droit à la santé<sup>5</sup>.

#### **Les ACS brésiliens : combien sont-ils, où sont-ils et que font-ils?**

Il faut souligner que Renaud et collègues<sup>1</sup> ont mentionné correctement, en 2011, les chiffres concernant le nombre d'ACS au Brésil. Néanmoins, une mise à jour de ces données est nécessaire et l'ajout des commentaires permettront de rendre plus claire l'importance d'une telle stratégie en fonction des résultats obtenus.

À l'heure actuelle, il existe 263 541 ACS en activité, qui intègrent quelque 38 595 équipes de santé de la famille. Elles couvrent 63,6% de la population répandue dans 5 570 municipalités présentes en 5 régions administratives formées par 26 États et par le District fédéral (Brasilia)<sup>7</sup>.

Une équipe nucléaire de santé de la famille est formée par un médecin et par un infirmier généralistes, par deux auxiliaires de soins infirmiers et par six à huit ACS<sup>8</sup>. Chaque ACS devient responsable de 750 personnes, au maximum, ce que fait que l'équipe de santé soit responsable d'environ 3 000 à 4 000 familles.

L'ACS est issu de sa communauté où il demeure et jouit de la confiance de la population locale. Il est capable de reconnaître et

de travailler les déterminants sociaux de la santé avec la communauté de façon à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à suivre et faire le monitoring des gens qui ont un problème de santé quelconque. Pour cela tous les habitants de la communauté sont inscrits à un registre fait par l'équipe de santé de la famille, ce qui permet de reconnaître les gens individuellement, connaître leurs vulnérabilités et besoins particuliers. Les ACS font des visites domiciliaires périodiques selon les besoins de chaque famille, au moins une fois par mois.

Tout au long de plus d'une vingtaine d'années, dans l'ensemble de leur processus de travail, les ACS ont démontré une très grande capacité à mobiliser les institutions et les personnes vers des agendas promoteurs de santé. Cela a permis que les ACS innovent dans l'approche populationnelle, et déploient également les actions intersectorielles, grâce à de nouveaux formats de formation des ACS, ce qui rend possible la mise en œuvre de projets d'intervention locale selon les besoins identifiés. De cette façon, ils sont en mesure de combler certaines lacunes existantes dans le domaine de l'action intersectorielle de la santé, en plus des agendas «de routine» dans leur champ d'action. Cette amplification d'agendas implique la révision de certaines activités originalement prévues pour les ACS, afin de répondre aux principaux problèmes dans le processus santé-maladie des individus, des familles et des communautés. Il faut également souligner qu'à chaque incorporation des thèmes émergents et/ou des nouveaux «risques épidémiologiques», les ACS établissent des correspondances nécessaires à la formation de réseaux collaboratifs capables d'établir un dialogue avec d'autres secteurs publics en vue de trouver des réponses aux besoins par le biais d'actions intersectorielles.

Ce genre de contribution est dû au fait que le PACS a été conçu de manière à rassembler les efforts des différents organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en formant un réseau de partenaires capable de faire face aux défis contemporains d'intégration des agendas de santé avec d'autres domaines au profit de la santé des individus, des familles et des communautés.

#### **Des similitudes, des différences et des particularités entre la santé de la famille au Brésil et au Québec**

La principale ressemblance est peut-être le souci de mettre les soins de santé primaires au centre des préoccupations<sup>9</sup>. Toutefois, pendant que le Brésil a persévéré dans l'élargissement d'une stratégie centrée sur les soins de santé primaire, le Québec, malgré ses différentes réformes du système de santé, n'a pas réussi à placer les soins primaires comme la pierre angulaire du système de santé. Les Centres locaux de services sociaux (CLSC), les Centres de services sociaux et de santé (CSSS), les Cliniques de réseaux intégrés (CRI) et les Groupes de médecin de famille (GMF) ont été des tentatives d'atteindre cet objectif, pas toujours bien réussies<sup>10</sup>. En plus, tel que soulignent Renaud et coll., les soins de santé primaires sont centrés sur le médecin, tandis qu'au Brésil on a fait l'option pour partager les responsabilités entre les membres d'une équipe multi professionnelle, dont un acteur singulier a une place particulièrement importante : l'ACS. Cela a été probablement une clef pour faire un genre de contrepoint à l'hégémonie de la médicalisation, ce qui a fait accroître le niveau



## AGENTS COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ

de confiance de la population envers les services locaux de santé et a produit des résultats sanitaires très consistants.

Un autre aspect particulier a trait au mode de rémunération des médecins. Le paiement à l'acte, consacré au Québec, a été abandonné au Brésil dans le domaine des soins de santé primaires depuis presque deux décennies. La principale raison évoquée c'est le danger de mettre en valeur la maladie au détriment de la santé, c'est-à-dire : plus les gens sont malades, plus on touche de l'argent.

Sans l'ombre d'un doute, les facteurs culturels sont une toile de fond d'une très grande importance dans cette discussion. Au Brésil, la persistance de valeurs qui favorisent l'entraide, la protection envers les aînés, le bon accueil aux ACS lors de leur visite à domicile, surtout dans des régions pauvres et dans la zone rurale, sont des éléments singuliers qui contribuent au développement de la stratégie de la santé de la famille.

### **L'agent communautaire de santé : quelqu'un capable de paver des chemins qui amènent à bâtir des agendas de promotion de la santé**

Les résultats visibles du PACS permettent d'affirmer que ses stratégies ont lancé une nouvelle lumière non seulement sur la révision de la formation des ACS, mais également sur leur rôle. En plus, elles ont permis l'ajout et l'intégration d'autres thèmes communautaires dans la discussion et dans la construction d'un agenda intersectoriel et intergouvernemental. Cet agenda tient surtout à l'élaboration de projets d'intervention locale visant le développement, la protection et la promotion des environnements sains. On cible également sur le potentiel de créer et d'améliorer l'environnement physique et social de façon à inciter et à engendrer des nouvelles capacités de dialogue entre les gouvernements et les individus, les familles et les communautés dans une perspective de coresponsabilité entre l'État et la société en vue de mettre sur pied des actions capables de promouvoir la santé dans toutes les municipalités brésiliennes. Pour cela on peut compter sur les ACS dans leur rôle d'acteurs stratégiques en vue de la mobilisation et de la formation de réseaux sociaux.

Plusieurs études ont mis en évidence les résultats positifs du travail de ces « professionnels communautaires » au Brésil, surtout sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle; la croissance du nombre de femmes enceintes qui suivent l'accompagnement prénatal; l'adhésion croissante à l'allaitement

maternel exclusif; la diminution de la malnutrition chez les enfants; et la réorganisation des programmes pour les maladies chroniques, la tuberculose et la lèpre entre autres. Tout cela fait en sorte que les ACS persèverent dans leur choix de paver les chemins capables d'assurer de bonnes conditions de santé pour toutes les familles brésiliennes, de façon autonome et sécuritaire, dans des environnements sans murs.

## RÉFÉRENCES

1. Renaud L, Zanchetta M, Rhéaume J, Côté R. Du Brésil au Québec, quelques éléments de réflexion : les agents communautaires de santé brésiliens font le pont entre les familles et les professionnels de la santé. *Rev can santé publique* 2011;102(1):61-63.
2. Flores O, Sousa MF. Agentes Comunitários de Saúde: Vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Comun ciênc saúde* 2008;19(2): 123-36.
3. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva estudos sobre racionalidades míticas e atividades corporais*. 2<sup>e</sup> ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2005.
4. Parreira C, Sousa ME, Neves H. Projetos Ambientais Verdes e Saudáveis: Integrando políticas públicas na cidade de São Paulo. *Divulg saúde debate* 2007;39:59-67.
5. Sousa MF. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*. São Paulo : Editora Hucitec, 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, 28 mar 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2006;61:13-15.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Sur Internet : <http://189.281.281.78/sage/> (consulté le 15 novembre 2014).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica. Brasília Ministério da Saúde, 2012*. Sur Internet : [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf) (consulté le 15 novembre 2014).
9. Lamarche P. Comment va le système de santé québécois? *Revue Vie économique* 2011;31:5-6.
10. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins* 2011;42(2):101-9.

Reçu : 5 décembre 2014

Accepté : 11 janvier 2015

## ABSTRACT

The aim of this commentary is to respond to a published *Canadian Journal of Public Health* article on Brazil's family health strategy, in order to clarify some aspects – in particular, the work of community health workers – that make the strategy a unique experience. In the same vein, the authors explore the similarities, differences and peculiarities between Brazil and Québec with regard to the organizational model for primary health care.

**KEY WORDS:** Community health worker; public health care system; primary health care

## Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs

Fernando P. Cupertino de Barros<sup>6</sup>  
 Ana Valéria Machado Mendonça<sup>7</sup>  
 Maria Fátima de Sousa<sup>8</sup>

**Résumé :** L'article a pour but de réagir à un autre article paru dans la Revue canadienne de santé publique de façon à clarifier certains aspects qui font de la stratégie brésilienne de la santé de la famille, et en particulier le travail des agents communautaires de santé (ACS), une expérience singulière. Dans la même perspective, les auteurs essaient de comprendre quels seraient les similitudes, les différences et les singularités entre le Brésil et le Québec à l'égard du modèle d'organisation des soins de santé primaires.

**Mots clés :** agents communautaires de santé, système public de santé, soins de santé primaires

**Abstract :** The aim of this commentary is to respond to a published Canadian Journal of Public Health article on Brazil's family health strategy, in order to clarify some aspects – in particular, the work of community health workers – that make the strategy a unique experience. In the same vein, the authors explore the similarities, differences and peculiarities between Brazil and Québec with regard to the organizational model for primary health care.

**Key words:** Community health worker; public health care system; primary health care.

### Introduction

Suite à la parution dans votre revue d'un article intitulé *“Du Brésil au Québec, quelques éléments de réflexion: les agents communautaires de santé Brésiliens font le pont entre les familles et les professionnels de la santé”*<sup>1</sup>, nous désirons approfondir la compréhension sur le sujet par une clarification de certains aspects qui font de la stratégie brésilienne de la santé de la famille, et en particulier le travail des agents communautaires de santé (ACS), une expérience singulière.

<sup>6</sup> Doctorant en Sciences de la Santé, Université de Brasília. Professeur à la Faculté de médecine de l'Université fédérale de Goiás, Brésil. Rua 7, 201 apto 202, Setor Oeste, CEP 74.110-090, Goiânia, Goiás-Brésil. fernandocupertino@gmail.com.

<sup>7</sup> PhD en Sciences de l'information. Professeur à la Faculté de sciences de la santé, Université de Brasília.

<sup>8</sup> PhD en Sciences de la santé. Professeur à la Faculté de sciences de la santé, Université de Brasília.

La constitution d'un groupe de travailleurs nommé les ACS constitue un élément important dans la mise sur pied du système public de santé au Brésil. De nombreuses recherches et articles<sup>2,3,4,5</sup> sur ces acteurs témoignent d'un rôle capital qu'ils jouent. Les ACS établissent des liens importants entre leur action et les pratiques de santé exprimées par de différents courants philosophiques qui ont constitué son modelage dans les contextes dans lesquels cette catégorie est appelée à intervenir, ainsi que dans les différentes manières par lesquelles l'ACS se perçoit et est perçu par la population, par les autres membres de l'équipe de santé et par les décideurs.

L'idée de travailler avec les ACS naît entre 1970 et 1980, dans l'esprit de la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata. L'action des ACS misait sur la clientèle de populations vulnérables plus assujetties aux maladies infectieuses/contagieuses, la diarrhée et la malnutrition, d'où son implantation dans les régions pauvres du Brésil, le nord et le nord-est, ainsi que dans les favélas des grands centres urbains<sup>5</sup>.

En 1991, le Ministère de la Santé, après avoir pris connaissance des différentes expériences locales, a institutionnalisé cette stratégie sous le nom de Programme d'agents communautaires de santé (PACS), dont le but était d'amener les soins de santé de base aux familles, à domicile, par le biais d'un agenda de travail prioritaire ciblé sur la population maternelle et infantile. Leurs actions sont destinées aux individus dans leurs contextes familial et communautaire, de façon à bâtir un pont entre les individus vulnérables et les services locaux de santé. L'ACS, de cette façon, devient le catalyseur de l'origine et du maintien d'un double lien entre la communauté et l'équipe de santé : d'une part, un lien de confiance de la communauté envers l'équipe ; et d'autre part, d'un lien de responsabilité de l'équipe de santé envers les individus à l'égard de la promotion et de la protection de la santé de toute la communauté, sur une base territoriale et bien définies. En plus, leur insertion dans les services locaux de santé s'avère une action concrète en vue de modifier les situations suivantes : faible couverture des soins de santé primaire à l'intérieur du service de santé et ; l'accessibilité difficile de la population aux services de santé ; le manque d'informations de la population ; l'approche et l'engagement limités de la part des professionnels de santé notamment envers la communauté<sup>6</sup>.

Le PACS se présente comme étant un progrès indiscutable dans la consolidation et la reconnaissance du potentiel des pratiques non biomédicales pour améliorer des phénomènes complexes tel que la promotion de la santé des individus et de leurs communautés.

## **1990- la décennie de la mise sur pied du PACS et ses scénarios contradictoires**

Selon Flores et Sousa<sup>2</sup>, la décennie de 1990, novatrice sur le plan de la réorganisation des soins de santé au Brésil, fut contradictoirement celle qui a eu le plus grand nombre de défis à relever en ce qui a trait à la consolidation du système public de santé. C'est là qu'on a constaté le délabrement du réseau public de services de santé ; le démantèlement de la force de travail faisant suite au remplacement de la bureaucratie et les cadres de l'État moyennant des contrats avec le secteur privé ; des compressions salariales ; des asymétries importantes des indicateurs de santé. On a pu constater aussi un manque de contrôle sur des situations émergentes tel que les épidémies de choléra et de la dengue ; le renforcement des acteurs néolibéraux et des forces privatistes et encore l'affaiblissement du mouvement de la réforme sanitaire brésilienne, né dans les années 1970. De tels faits ne peuvent être pris de façon isolée (Flores et Sousa), car dans cette même période de l'histoire mondiale il y a eu une phase plus aiguë de la crise de la Médecine ; une croissance de la violence, marquée par les guerres, le terrorisme et la mondialisation du trafic de drogues ; l'augmentation de la violence contre les femmes, les enfants et les groupes politiquement minoritaires. On a également constaté la croissance de la violence structurelle dans de grandes villes ; la dégradation environnementale ; la régionalisation des marchés ; la crise du modèle traditionnel de famille et l'apparition de nouvelles formes de relations familiales.

La complexité des besoins de santé et les limites évidentes dans l'organisation des services offerts aux populations, surtout à leurs strates plus vulnérables aux déterminants sociaux de la santé, ont exigé le renforcement des réseaux de solidarité et l'engagement de nouveaux acteurs, de nouveaux secteurs et institutions. Ceux-ci auparavant n'étaient pas pris en considération vis-à-vis de la garantie du droit à la santé, en raison de la rationalité médicale prévalente dans le domaine de la santé.<sup>4</sup> Cela a généré des implications impliquées fort importantes, soit pour le progrès attendu dans la perspective de l'intégralité des soins, soit à l'égard des préoccupations en ce qui concerne l'équité. Cette compréhension, en ce qui a trait à l'ampleur du champ d'action de la promotion de la santé et son association intime avec d'autres dimensions et facteurs associés à la production de santé et de maladie, est en consonance avec la perception de l'existence d'une réalité non disciplinaire. De même qu'il est impossible de travailler la santé indépendamment des autres domaines et des autres dimensions, il est également improbable que les questions pratiques ne soient pas mises en valeur. Ces questions pratiques sont directement liées à l'application des connaissances déjà établies et de celles en construction, ainsi qu'à l'introduction de nouveaux outils qui peuvent

aider à résoudre des problèmes et à trouver une autre organisation du savoir-faire de façon à favoriser les modes de vie plus sains et capables de contribuer à garantir le droit à la santé<sup>5</sup>.

### **Les ACS Brésiliens : combien sont-ils, où sont-ils et que font-ils ?**

Il faut souligner que Renaud et al. ont mentionné correctement, en 2011, les chiffres concernant le nombre d'ACS au Brésil. Néanmoins, une mise à jour de ces données est nécessaire et l'ajout des commentaires permettront de rendre plus claire l'importance d'une telle stratégie en fonction des résultats obtenus.

À l'heure actuelle, il existe 263.541 ACS en activité, qui intègrent quelque 38.595 équipes de santé de la famille. Elles couvrent 63,64 % de la population répandue dans 5.570 municipalités présentes en cinq régions administratives formées par 26 États et par le District fédéral (Brasilia)<sup>7</sup>.

Une équipe nucléaire de santé de la famille est formée par un médecin et par un infirmier généraliste, par deux auxiliaires de soins infirmiers et par six à huit ACS<sup>8</sup>. Chaque ACS devient responsable de 750 personnes, au maximum, ce que fait que l'équipe de santé soit responsable d'environ 3.000 à 4.000 familles.

L'ACS est issu de sa communauté où il demeure et jouit de la confiance de la population locale. Il est capable de reconnaître et de travailler les déterminants sociaux de la santé avec la communauté de façon à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à suivre et faire le monitoring des gens qui ont un problème de santé quelconque. Pour cela tous les habitants de la communauté sont inscrits à un registre fait par l'équipe de santé de la famille, ce qui permet de reconnaître les gens individuellement, connaître leurs vulnérabilités et besoins particuliers. Les ACS font des visites domiciliaires périodiques selon les besoins de chaque famille, au moins une fois par mois.

Tout au long de plus d'une vingtaine d'années, dans l'ensemble de leur processus de travail, les ACS ont démontré une très grande capacité à mobiliser les institutions et les personnes vers des agendas promoteurs de santé. Cela a permis que les ACS innoveraient dans l'approche populationnelle, et déploient également les actions intersectorielles, grâce à de nouveaux formats de formation des ACS, ce qui rend possible la mise en œuvre de projets d'intervention locale selon les besoins identifiés. De cette façon, ils sont en mesure de combler certaines lacunes existantes dans le domaine de l'action intersectorielle de la santé, en plus des agendas « de routine » dans leur champ d'action. Cette amplification d'agendas implique la révision de certaines activités originellement prévues pour les ACS, afin de

répondre aux principaux problèmes dans le processus santé-maladie des individus, des familles et des communautés. Il faut également souligner qu'à chaque incorporation des thèmes émergents et/ou des nouveaux « risques épidémiologiques », les ACS établissent des correspondances nécessaires à la formation de réseaux collaboratifs capables d'établir un dialogue avec d'autres secteurs publics en vue de trouver des réponses aux besoins par le biais d'actions intersectorielles.

Ce genre de contribution est dû au fait que le PACS a été conçu de manière à rassembler les efforts des différents organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en formant un réseau de partenaires capable de faire face aux défis contemporains d'intégration des agendas de santé avec d'autres domaines au profit de la santé des individus, des familles et des communautés..

### **Des similitudes, des différences et des particularités entre la santé de la famille au Brésil et au Québec**

Tant au Brésil qu'au Québec<sup>9</sup>, la principale ressemblance est peut-être le souci de mettre les soins de santé primaires au centre des préoccupations. Toutefois, pendant que le Brésil a persévéré dans l'élargissement d'une stratégie centrée sur les soins de santé primaire, le Québec, malgré ses différentes réformes du système de santé, n'a pas réussi à placer les soins primaires comme la pierre angulaire du système de santé. Les Centres locaux de services sociaux (CLSC), les Centres de services sociaux et de santé (CSSS), les Cliniques de réseaux intégrés (CRI) et les Groupes de médecin de famille (GMF) ont été des tentatives d'atteindre cet objectif, pas toujours bien réussies<sup>10</sup>. En plus, tel que soulignent Renaud et al., les soins de santé primaires sont centrés sur le médecin, tandis qu'au Brésil on a fait l'option pour partager les responsabilités entre les membres d'une équipe multi professionnelle, dont un acteur singulier a une place particulièrement importante: l'ACS. Cela a été probablement une clef pour faire un genre de contrepoint à l'hégémonie de la médicalisation, ce qui a fait accroître le niveau de confiance de la population envers les services locaux de santé et a produit des résultats sanitaires très consistants.

Un autre aspect particulier a trait au mode de rémunération des médecins. Le paiement à l'acte, consacré au Québec, a été abandonné au Brésil, dans le domaine des soins de santé primaires, depuis presque deux décennies. La principale raison évoquée c'est le danger de mettre en valeur la maladie au détriment de la santé, c'est-à-dire : plus les gens sont malades, plus on touche de l'argent.

Sans l'ombre d'un doute, les facteurs culturels sont une toile de fond d'une très grande importance dans cette discussion. Au Brésil, la persistance de valeurs qui favorisent l'entraide, la protection envers les aînés, le bon accueil aux ACS lors de leur visite à domicile, surtout dans des régions pauvres et dans la zone rurale, sont des éléments singuliers qui contribuent au développement de la stratégie de la santé de la famille.

### **L'agent communautaire de santé : quelqu'un capable de paver des chemins qui amènent à bâtir des agendas de promotion de la santé**

Les résultats visibles du PACS permettent d'affirmer que ses stratégies ont lancé une nouvelle lumière non seulement sur la révision de la formation des ACS, mais également sur leur rôle. En plus, elles ont permis l'ajout et l'intégration d'autres thèmes communautaires dans la discussion et dans la construction d'un agenda intersectoriel et intergouvernemental. Cet agenda tient surtout à l'élaboration de projets d'intervention locale visant le développement, la protection et la promotion des environnements sains. On cible également sur le potentiel de créer et d'améliorer l'environnement physique et social de façon à inciter et à engendrer des nouvelles capacités de dialogue entre les gouvernements et les individus, les familles et les communautés dans une perspective de coresponsabilité entre l'État et la société en vue de mettre sur pied des actions capables de promouvoir la santé dans toutes les municipalités brésiliennes. Pour cela on peut compter sur les ACS dans leur rôle d'acteurs stratégiques en vue de la mobilisation et de la formation de réseaux sociaux.

Plusieurs études ont mis en évidence les résultats positifs du travail de ces "professionnels communautaires" au Brésil, surtout sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle ; la croissance du nombre de femmes enceintes qui suivent l'accompagnement prénatal; l'adhésion croissante à l'allaitement maternel exclusif; la diminution de la malnutrition chez les enfants; la réorganisation des programmes pour les maladies chroniques, la tuberculose et la lèpre entre autres. Tout cela fait en sorte que les ACS persévèrent dans leur choix de paver les chemins capables d'assurer de bonnes conditions de santé pour toutes les familles brésiliennes, de façon autonome et sécuritaire, dans des environnements sans murs.

### **Références bibliographiques**

1. Renaud L. et all. Du Brésil au Québec, quelques éléments de réflexion: les agents communautaires de santé brésiliens font le pont entre les familles et les professionnels de la

santé. *Rev can santé publique*; 102(1): 61-63, 2011.

2. Flores O.; Sousa MF. Agentes Comunitários de Saúde: Vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Comun. ciênc. saúde*; 19(2):123-136, abr-jun. 2008.

3. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2ª ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2005.

4. Parreira C.; Sousa MF.; Neves H. Projetos Ambientes Verdes e Saudáveis: Integrando políticas públicas na cidade de São Paulo. *Divulg. saúde debate*; (39):59-67, jun. 2007.

5. Sousa MF. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 mar 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*; n. 61; 29 mar 2006.

7. Brasil. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Disponível em <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em nov. 2014.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf)> Acesso em nov. 2014.

9. Lamarche P. Comment va le système de santé québécois? *Revue Vie économique*; vol.3 nº 1, sep 2011. Disponível em <<http://www.eve.coop/?a=115>>. Acesso em nov de 2014.

10. Breton M et al. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*; 2/ 2011 vol. 42, p. 101-109. Disponível em:<<http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-2-page-101.htm>> Acesso em nov 2014.



**APÊNDICE H – ARTIGO “OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO QUÉBEC: ESTRATÉGIAS  
PROMOTORAS DE ACESSO E EQUIDADE?”**

## Os modelos de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Québec: estratégias promotoras de acesso e equidade?

Fernando Passos Cupertino de Barros

Maria Fátima de Sousa

Ana Valéria Machado Mendonça

Lise Renaud

### RESUMO

O artigo trata dos modelos de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Québec e no Brasil como estratégia promotora de acesso e equidade, numa perspectiva de análise comparada. Contextualiza a inserção da APS na trajetória dos respectivos sistemas de saúde e analisa as respostas de seis entrevistados em cada uma das nações a um questionário semiestruturado, usando a metodologia da análise do discurso (Foucault e Pêcheux). Examina, ainda, os principais marcos normativos ligados ao tema. O artigo faz parte de uma tese de doutoramento e integra um trabalho mais abrangente intitulado “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, sob número 084/2012. Apresenta os resultados, categorizando-os em semelhanças, diferenças e singularidades e faz sua discussão dialogada com a literatura. Conclui que ambos os modelos, se completamente implementados, são capazes de promover acesso e reduzir desigualdades, porém os resultados almejados ainda não foram atingidos nem nas proporções desejadas, nem de forma a beneficiar o conjunto de toda a população.

**PALAVRAS-CHAVES:** atenção primária à saúde, modelos organizacionais, acesso a serviços de saúde, equidade

### ABSTRACT

This paper considers the organizational models of Primary Health Care (PHC) in Quebec and Brazil. It is a comparative analysis of the strategies used in both countries to promote better access and more equity in the health sector. Studying

PHC as part of the health systems, the author analyses six responses in each country, using a semi-structured questionnaire and the methodology called "speech analysis" (Foucault). The article is part of a PhD thesis and of a larger research project addressing the institutional policy of PHC delivery, by means of comparative studies of health promotion practices among teams of Family Health Programs in Brazil, Cuba, Canada, Chile, Peru, Venezuela, Portugal and Colombia. That research project is authorized by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Department of the University of Brasilia, under the number 084/2012. He considers also the main regulatory framework of the subject. Finally, he presents his results into three categories, according to similarities, differences and singularities dialoguing with the literature. Conclusion: the two models, if fully implemented, are able to promote access and reduce inequalities, but the results have not been achieved in the desired proportions, not able to benefit the entire population.

**KEY-WORDS:** primary health care, organizational models, health acces, equity.

## INTRODUÇÃO

### Aspectos conceituais

A noção de atenção primária é atribuída ao *Relatório Dawson*, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, que em 1920 a associou à ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados, muito embora fosse necessário esperar mais de cinquenta anos para que alguns desses princípios fossem postos em prática, mesmo no Reino Unido<sup>1</sup>.

Diferentes estudiosos no Brasil<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>, no Canadá<sup>6, 7</sup> e no Reino Unido<sup>8, 9</sup> têm afirmado a importância de se fortalecer a atenção primária em saúde (APS) para que se obtenham ganhos nos níveis de saúde da população e uma melhor organização e desempenho dos sistemas de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma base forte de atenção primária, a despeito das recomendações da Organização Mundial de Saúde<sup>10</sup>. Este organismo, em 1978, por ocasião da Conferência de Alma-Ata expressou alguns valores que orientam a base conceitual da APS. Ela deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema

nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde<sup>11</sup>.

Duas concepções de Atenção Primária de Saúde são predominantes: a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, seja sob forma seletiva, seja sob forma ampliada<sup>1</sup>.

No Brasil, após a consagração da saúde como direito de cidadania pela Constituição Federal de 1988<sup>12</sup> e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), adotou-se uma política pública de fortalecimento da APS, ao longo da década de 1990, utilizando-se para tanto de duas estratégias principais: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), estabelecido em 1994<sup>13</sup>. Tal opção levou em conta as duas concepções da APS mencionadas por Connil<sup>1</sup>, com ênfase clara sobre o papel reorganizador do modelo assistencial<sup>2</sup>.

Outro sistema de saúde que adotou, no início da década de 1970, uma reforma de caráter inovador, com ampliação da participação cidadã, com ênfase na integralidade da atenção e na dimensão familiar e comunitária dos cuidados foi o da província do Québec, no Canadá<sup>1</sup>.

O presente artigo é parte de uma tese de doutorado intitulada “A Saúde da Família como estratégia promotora de acesso e de equidade no Brasil e no Québec: uma análise comparada” e tem por objetivo identificar e analisar as semelhanças, as diferenças e as singularidades da estratégia e de seus resultados nas duas nações.

## **Aspectos históricos**

### **No Québec**

Um breve retrospecto histórico nos mostra que no Canadá, na década de 1960, um olhar mais atento sobre a saúde estabeleceu-se, numa perspectiva de desenvolvimento das ações preconizadas já em 1957 pela legislação que criou o seguro-hospitalização. Assim, em 1965, a “Lei de ajuda à saúde” previu recursos para o desenvolvimento de instituições voltadas à formação profissional; a lei do “Regime da assistência pública do Canadá”, em 1966, dispôs sobre o compartilhamento dos custos da assistência à saúde entre os governos federal e provincial e da assistência social aos indigentes e, em 1968, é editada a “Lei dos

cuidados médicos”. A partir de 1970, segue-se um período de consolidação e de racionalização desses benefícios sociais, caracterizado por uma redução das subvenções federais e pela manutenção, simultaneamente, das exigências quanto ao caráter público e universal do regime, confirmados posteriormente pela Lei Canadense da Saúde, de 1984<sup>14</sup>.

Uma vez que no Canadá as responsabilidades sobre a saúde dos cidadãos são de competência provincial, não faz sentido comparar o sistema de saúde brasileiro com um pretense sistema de saúde canadense, até por que não há um sistema “canadense” por analogia com outros sistemas públicos de saúde de abrangência nacional, como é o caso do Brasil. Lá existem sistemas provinciais de saúde que devem, contudo, respeitar valores comuns previstos na legislação federal daquele país. Assim, convém assinalar que o nascimento e a consolidação de um “sistema de saúde e de serviços sociais” na província do Québec processam-se no período de 1972 a 1985<sup>15</sup>, iniciando-se com sua instituição formal, pela Lei sobre os Serviços de Saúde e Serviços Sociais de 1971, fundada nos princípios da universalidade de acesso e da obrigação do Estado por sua garantia e administração<sup>16</sup>. Na década de 1970, persistiu a autonomia dos médicos e dos hospitais e somente com a implantação dos Centros Locais de Serviços Comunitários – CLSC<sup>17</sup>, sobretudo na década de 1980, percebe-se a tentativa de dar uma dimensão organizacional à APS, com ênfase nos cuidados familiares e comunitários, o que também ocorrerá mais tarde, com a instituição dos Grupos de Medicina de Família<sup>18</sup>.

Paradoxalmente, o Québec, que havia sido a província que mais hesitara em introduzir os programas federais, e tinha mesmo a reputação de ser uma das mais reacionárias quanto à implementação de políticas redistributivas, passou a ocupar a vanguarda do cenário de mudanças ao longo dos anos 1970 e a ser considerada a mais avançada em matéria de reformas do sistema de saúde e serviços sociais<sup>19</sup>. O Québec, em 1970/1971, além de aderir formalmente aos princípios da legislação canadense sobre a saúde, adotou uma importante reforma de seu sistema de saúde, onde estão claramente presentes as preocupações com a dimensão dos determinantes sociais da saúde. A Comissão Castonguay-Nepveu, encarregada de avaliar a situação socio sanitária dos quebequenses, tornou públicos os resultados de seu trabalho em 1971<sup>20</sup>, inspirando-se numa série de novas práticas e movimentos sociais dos anos 1960 na América do Norte e defendeu, em suas

conclusões, a necessidade da criação de uma nova medicina mais “global”, em oposição à medicina mecanicista e centrada no hospital; a adoção de uma abordagem mais comunitária e preventiva da saúde; a descentralização dos processos de tomada de decisão; a cogestão das organizações de saúde por usuários e trabalhadores; e a equalização dos direitos e privilégios dos trabalhadores da saúde, de formação técnica e universitária, com uma responsabilidade direta sobre os pacientes. Entretanto, a lógica de desenvolvimento social que havia inspirado os reformadores e mobilizado um conjunto de grupos sociais em favor da reforma acabou cedendo lugar a uma lógica muito mais coercitiva e estreita de desenvolvimento econômico. Em realidade, a reforma conduziu a uma reestruturação das relações de poder entre as elites dominantes, a uma modernização centrada sobre a produtividade e, ainda, à introdução de uma nova moral sanitária. As mudanças foram, sem dúvida, muito importantes, mas sem uma medida em comum com o projeto de sociedade graças ao qual a reforma tinha adquirido um apoio popular com o qual poucos políticos pudessem sonhar<sup>19</sup>.

Os CLSC tiveram sua implantação durante um longo período, de 1971 a 1988, apesar das promessas de que seriam rapidamente implantados, sobretudo porque não houve uma forte adesão por parte dos médicos. Seguiu-se a década de 1990, que foi para o Québec a época áurea da descentralização e da democratização do sistema de saúde, seguindo o que havia sido estabelecido pela Comissão Rochon (1985-1988)<sup>21</sup>. Esta promoveu modificações legais de modo a conferir maior poder de decisão ao cidadão, colocando-o no centro das atenções do sistema de saúde. Assim, entre 1993 e 1999, houve a criação dos Comitês de Queixas; a fusão de estabelecimentos a partir de entendimentos voluntários entre eles; o reforço dos serviços de atenção primária, tentando fazer deles a porta de entrada do sistema e assistiu-se, também, ao fenômeno da “viragem ambulatorial”, com a migração de um bom número de procedimentos antes realizados em ambiente hospitalar para o ambulatório, com conseqüente redução de custos, ganho de eficiência, redução do tempo de espera e ampliação de acesso<sup>22</sup>.

Na primeira metade da década dos anos 2000, assistiu-se à ascensão de uma corrente de pensamento mais voltado aos aspectos gerenciais, com a aprovação da Lei sobre a Administração Pública do Québec, em 2000, que focava em resultados, na qualidade de serviços oferecidos aos cidadãos e na preocupação com a transparência, numa dimensão de responsabilidade populacional, sobretudo

entre os anos 2003 e 2005. A partir de 2006, entretanto, um movimento de aproximação do sistema de saúde do Québec com o setor privado tem início, com o surgimento da possibilidade de contratação de clínicas privadas por centros hospitalares, a fim de garantir a oferta de serviços aos pacientes, assim como a utilização de seguros privados para cobrir os custos de certos serviços médicos. Um grupo de trabalho constituído em 2007 lançou as bases de uma espécie de novo contrato social para a saúde do Québec, baseado em seis princípios: universalidade, solidariedade, equidade, eficácia, responsabilidade e liberdade. Assim, propôs-se que a governança fosse revista em favor da concorrência e do setor privado, onde o cidadão devesse assumir sua parte de responsabilidade com relação à saúde, contribuindo para com o sistema de saúde e serviços sociais de acordo com suas posses e com o seu consumo de bens e serviços de saúde<sup>22</sup>. Finalmente, no início de 2015, o governo liberal aprovou o Projeto de Lei 10, que modificou a governança do sistema de saúde e serviços sociais e sua organização; promoveu uma recentralização de poderes nas mãos do Ministro da Saúde e dos Serviços Sociais; suprimiu as agências regionais de saúde e serviços sociais e a participação cidadã nos conselhos de administração dos estabelecimentos de saúde, cujos dirigentes passaram a ser de livre nomeação pelo Ministro<sup>23</sup>. Promoveu, ainda, a redução do número de estabelecimentos de saúde, que passou de 182 a 34, sob a denominação de Centros Integrados Universitários de Saúde e Serviços Sociais - CIUSSS. Por outro lado, abriu-se com isso uma ampla frente de batalha com a classe médica, a partir de novembro de 2015, com o Projeto de Lei 20, ao determinar novos parâmetros obrigatórios mínimos para a prática dos médicos de família, além de promover sua saída dos hospitais para atuarem em clínicas fora do ambiente hospitalar<sup>24</sup>.

### **No Brasil**

No Brasil, o surgimento do SUS deu-se como resultado de todo um movimento pela reforma sanitária, de caráter político epositor à ditadura militar instaurada em 1964. Aos princípios de universalidade, integralidade e hierarquização, juntou-se a garantia da participação da comunidade, enunciada na Lei 8080/1990<sup>25</sup> e regulamentada pela Lei 8142 do mesmo ano<sup>26</sup>.

Um paradoxo interessante, como bem assinalam Flores e cols.<sup>27</sup>, é que a década de 1990, com a política neoliberal do governo Collor, produziu profundas

dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil e foi, entretanto, nesse contexto, que surgiu a família como *locus* ideal e estratégico de enfrentamento da crise da saúde, aliando-se ao ideário político da promoção da saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) viu a luz em 1991, quando o Ministério da Saúde institucionalizou as práticas que, isoladamente, já vinham acontecendo em diversas regiões do país<sup>28</sup>. Antecedeu o Programa de Saúde da Família (PSF), que viria a ser criado em 1994, ambos com duas importantes inovações: o enfoque sobre a família, e não mais sobre a saúde individual, e o aspecto integrador com a comunidade, fugindo assim de um modelo médico-hegemônico. Desta forma, alguns aspectos adquiriram relevância para a implantação do PACS: a escolha do agente comunitário de saúde e as condições institucionais de gestão local, envolvendo a mobilização da comunidade, processo seletivo, capacitação e avaliação; a formação dos conselhos de saúde; o grau de autonomia financeira, o capital humano disponível e a capacidade instalada das recém-nascidas secretarias municipais de saúde. É, pois, lícito afirmar que o PACS foi um importante braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde.

Quanto ao PSF, Viana e Dal Poz<sup>28</sup> ressaltam ainda a importância que teve o programa Comunidade Solidária para a legitimação e expansão do grau de visibilidade do PSF, articulando a área da saúde com outras áreas como trabalho, previdência, saneamento etc. O Comunidade Solidária elegeu o PACS e o PSF, assim como o Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), como aqueles que forçosamente deveriam ser implantados nos municípios carentes, o que fez crescer em prestígio o PSF fora e dentro do próprio Ministério da Saúde.

Não há nenhuma menção a modelo de atenção ou mesmo à atenção primária à saúde, ou ainda à atenção básica nos textos normativos e legais que antecedem a Norma Operacional Básica de 1996, a NOB/96, que começa a tratar do assunto, chamando já atenção para o PSF. Com a expansão do programa, houve uma progressiva conscientização sobre a ineficácia do tradicional modelo de atenção à saúde, agravado pela inadequação das práticas profissionais e de gestão. Assim, segundo Gil<sup>4</sup>, o “programa” avançou para “estratégia” graças ao acúmulo de debates e experiências em torno desses referenciais.

O Ministério da Saúde do Brasil, pela Portaria 648 de 28 de março de 2006,



passou a reconhecer o PSF como uma estratégia prioritária daquele órgão para organizar a atenção básica, que tem como um de seus fundamentos principais possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, com o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011, a Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, revogou a portaria anterior, estabelecendo novas diretrizes e normas para a organização da atenção básica, e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Embora reconhecida como uma experiência exitosa, a ESF enfrenta diferentes desafios, tais como o recrutamento e a retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; a maior dificuldade de expansão do PSF em grandes centros urbanos; a flexibilização da carga horária dos médicos das equipes de saúde da família, o que atenta contra um dos pilares da estratégia que é a criação de um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um vínculo de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adscritas<sup>29</sup>. Agregam-se a essas dificuldades, o grande peso que tem sido imposto aos municípios em termos de comprometimento de suas receitas para o custeio da saúde, com a gradual retração do financiamento federal ao longo dos últimos quinze anos<sup>30</sup>.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho integra os estudos comparados intitulados “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia”, devidamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, sob número 084/2012. O artigo aborda o papel e a organização APS no Brasil e no Québec como estratégia promotora de acesso e equidade, analisando-os em sua dimensão política, conjugada com o modelo organizativo encontrado nas duas nações ao longo do processo de existência de seus respectivos sistemas de saúde.

Procedeu-se à coleta de dados primários através de entrevistas gravadas pessoalmente com seis sujeitos estratégicos no processo de tomada de decisão e/ou na implementação de políticas públicas no universo dos sistemas públicos de saúde, em cada uma das nações em estudo, e em diferentes momentos de sua história. Utilizou-se, para tanto, um roteiro estruturado, e foi firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos. Para a análise das respostas, as questões foram agrupadas por afinidade temática, procedendo-se à sua degravação. Em seguida foram escolhidos os discursos centrais, que foram submetidos à análise de discurso, baseada em Foucault<sup>31</sup> e Pêcheux<sup>32</sup>.

As questões foram aplicadas em português e em francês, com o mesmo teor. A versão em vernáculo consta do quadro 1:

Quadro 1. Roteiro utilizado para as entrevistas.

<b>1. Em seu país a APS mereceu uma abordagem particular na organização do sistema de saúde a ponto de se poder afirmar que ela seja a pedra angular e a porta de entrada no sistema de saúde?</b>
<b>2. Há uma base legal e/ou organizacional que confira à APS e à Promoção da saúde alguma atribuição na garantia do acesso universal e na diminuição de desigualdades em saúde?</b>
<b>3 A) - Houve e continua a existir algum tipo de compromisso político das autoridades de saúde que sustente a APS e a promoção da saúde em sua meta de universalidade de acesso e de redução de desigualdades?</b> <b>3 B) - Isso pode ser mensurado em termos de financiamento apropriado, gestão adequada e sustentabilidade em termos de suficiência de recursos humanos?</b>
<b>4. No sistema como tal e nos diversos serviços de saúde a APS tem alguma atribuição específica capaz de contribuir para a melhoria das condições de saúde e para a diminuição de desigualdades?</b>
<b>5. Há políticas ou programas, no interior do sistema de saúde, que se destinam a grupos populacionais específicos? Existem grupos de trabalho/comissões voltadas para as questões relativas à saúde de "minorias" e/ou de populações vulneráveis (gênero, etnia, raça, cor, medicina tradicional)?</b>
<b>6. Quais são os atores envolvidos na formulação e implementação dessas estratégias ou políticas?</b>
<b>7. A) - De que maneira as relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas?</b> <b>7 B) -Há algum mecanismo definido que permita integrar diferentes áreas do governo na formulação e execução de tais estratégias?</b>
<b>8. Que ações intersetoriais foram adotadas pelo sistema de saúde, com base na APS, com vistas a agir sobre os determinantes sociais e sobre as desigualdades em saúde?</b>
<b>9. Qual a natureza do suporte da comunidade e do Estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS?</b>
<b>10. Quais são os ganhos em saúde e condições de vida que podemos afirmar ser decorrentes das ações políticas relacionadas à APS e à Promoção da Saúde?</b>
<b>11. Que relações objetivas guarda o modelo organizativo da APS com o aumento do acesso e a redução das desigualdades em saúde?</b>
<b>12. Em sua opinião, no seu país há Saúde da Família, ou Medicina de Família?</b>

Os dados secundários foram obtidos a partir de revisão bibliográfica e da análise documental realizada pelo exame dos marcos legais e das publicações institucionais, no Brasil e no Québec, que se relacionam à edição das políticas de APS e Saúde da Família (leis, decretos, portarias, e outros documentos normativos e orientadores à operacionalização de estratégias). A revisão bibliográfica foi focada na proteção social, dentro da categoria de análise que compreende políticas, sistemas, serviços de saúde, acesso e equidade.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As respostas obtidas pelo depoimento dos seis entrevistados do Québec quanto às questões 1, 2, 3A, 3B, 4, 5 e 6 revelaram unanimidade em dois pontos: a) - que a APS, apesar de constar do discurso político e dos textos legais e normativos como pedra angular e porta de entrada do sistema, na prática não chegou a exercer tal papel; b) - que existem políticas ou programas, no interior do sistema de saúde, que se destinam a grupos populacionais específicos ou populações vulneráveis.

Houve, sim, uma decisão política sobre o papel preponderante da APS, reafirmada pelas diferentes comissões parlamentares, mas isso nunca se realizou plenamente por diferentes razões (falta de investimentos, dificuldades operacionais, mas principalmente por resistência dos médicos em modificar seu processo de trabalho e seu modo de remuneração). Gaumer e Desrosiers<sup>18</sup> falam que a criação dos Centros locais de serviços comunitários (CLSC), nos anos 1970, inseriu o Québec no contexto internacional de adesão ou de renovação no que a OMS definirá mais tarde, em Alma-Ata, como sendo cuidados primários de saúde, ou atenção primária à saúde. Chamam atenção para o fato de que os CLSC receberam a missão de trabalhar a APS em diferentes momentos. Em 1971, a Lei sobre os serviços de saúde e serviços sociais estabeleceu que o CLSC devesse ser uma instalação de saúde diferente de um consultório privado de profissionais, onde se garantisse à comunidade serviços de prevenção e de ação sanitária e social, especialmente recebendo ou visitando as pessoas que necessitam de serviços de saúde ou de serviços sociais para si mesmas ou para suas famílias, fornecendo-lhes tais serviços, aconselhando-as ou, se necessário, dirigindo-as a estabelecimentos mais aptos a auxiliá-las.

A despeito da resposta unânime sobre a pergunta 5, apontou-se que o sistema de saúde muitas vezes é vítima da pressão midiática, exigindo a formação de grupos

de trabalho que se debruçam sobre temas específicos de grande repercussão social. Age-se, assim, mais pela urgência em responder às críticas dos meios de comunicação, sensibilizados que são pelo poder de pressão de certos grupos de pacientes. Quanto à questão 6, foi consensual a menção de que o governo sempre se preocupa em buscar uma adesão a suas propostas. Por isso, são frequentes os fóruns e grupos de trabalho dos quais participam gestores, técnicos, profissionais de saúde, representantes de grupos sociais e pesquisadores que militam no meio socio-sanitário.

Para a questão 2, as respostas foram todas afirmativas, embora com ressalvas. A base legal principia-se com a Lei Canadense sobre a Saúde, com seus cinco princípios: gestão pública, universalidade, integralidade, transferibilidade e acessibilidade<sup>33</sup>, e que se completa com a legislação do Québec. Apesar da existência dessa base legal, a estruturação de serviços não priorizou, de fato, a APS. Além disso, há grandes interrogações sobre a suficiência de recursos e de prioridade para as ações de promoção, pois estas geralmente são as primeiras vítimas quando dos cortes orçamentários.

Quatro das seis respostas às questões 3A e 3B foram claramente afirmativas sobre a existência de compromisso político; outra mencionou que o compromisso já foi maior no passado, sobretudo no momento de criação dos CLSC e dos Grupos de Medicina de Família-GMF, mas que hoje é muito menos perceptível. Ressaltou-se que é preciso refletir sobre o que teria causado o enfraquecimento do sentimento de solidariedade social, bastante presente nas décadas de 1970 e 1980, aventando como hipótese a ausência de transparência nos resultados do sistema de saúde, e até mesmo a própria ausência de resultados esperados pela população. A progressiva perda de confiança na performance do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais e da própria rede de serviços de saúde, por sua incapacidade em atingir os objetivos propostos e esperados, minou o antigo sentimento de solidariedade social, para o que concorreu de modo importante a força do *lobby* dos médicos:

[...] a eles tudo foi dado sem se pedir praticamente nada em troca, nem transparência nas atividades clínicas; nem sua adesão a uma abordagem populacional, ou de prevenção, ou de priorização da APS. Isso destruiu progressivamente a solidariedade e aumentou o sofrimento da população, sobretudo dos mais pobres, dos mais vulneráveis, que são exatamente os que têm mais necessidade de serviços de APS.

Outro entrevistado, embora concordando com a existência do compromisso político, ressaltou que ele é mais palpável quanto às tentativas de se garantir o acesso, mas muito mais tímido com relação à capacidade de diminuir desigualdades. Tal afirmação encontra eco no que afirma Venne, em 2015, sobre o aumento das desigualdades no Québec ao longo dos últimos trinta anos, “*apesar das políticas sociais e familiares favoráveis à classe média e apesar da Lei sobre a eliminação da pobreza e da exclusão, adotada por unanimidade pela Assembleia Nacional há mais de uma década.*” Ele destaca, ainda, que é sabido pelos estudiosos do mundo inteiro que as desigualdades são desastrosas para a economia, para a sociedade e para a democracia.<sup>34</sup>

Sobre a possibilidade de se mensurar tal compromisso político, todos responderam afirmativamente. Contudo, a metade deles ponderou sobre a dificuldade em se identificar precisamente os investimentos específicos na APS, pois existem “*confusões metodológicas*”. Além disso, não há dúvidas de que o investimento maior é feito a partir da segunda linha de atenção e não na primeira. E quando se examina a remuneração dos médicos, ela é proporcionalmente muito maior para os especialistas do que para os generalistas para um ato comparável, o que indica o valor relativo que se dá aos serviços de APS. O que sempre se esperou foi que todos os recursos, um dia, passassem pela APS, utilizando-se a noção do financiamento por atividade tendo por base o desempenho, cujo elemento desencadeador fosse o médico de família. Hoje, com os avanços da informática, isto não seria difícil. Significaria não somente dar recursos financeiros ou humanos, mas dar poder à APS: um poder sobre o conjunto do orçamento. Infelizmente, quase todo o poder hoje está no ápice da estrutura.

Algumas dessas ponderações encontram amparo no que afirmam Contandriopoulos et cols<sup>35</sup> sobre o fato de que a remuneração médica é um dos principais fatores de elevação de custos do sistema de saúde do Québec. O total despendido na remuneração médica dobrou num período de dez anos, passando de 2,8 a 5,7 bilhões de dólares canadenses, sendo que 80% desse aumento se deram pela majoração do preço dos serviços e, conseqüentemente, da remuneração individual desses profissionais.

Para a questão 4, as respostas foram todas afirmativas, porém com ressalvas. Criticou-se o modo de organização da APS, que se faz de maneira muito

tecnocrática. Há muita resistência dos serviços ao processo de mudança, e também certa confusão entre o papel da APS e sua articulação com os demais níveis de atenção. É muito difícil, por exemplo, definir uma hierarquia de serviços e isto faz com que hipertensos e diabéticos sejam atendidos nos serviços de urgência, pois não existe uma boa articulação do especialista (que está no nível secundário) com o médico de família na APS. Certamente que há iniciativas isoladas interessantes, mas os serviços ainda são muito organizados em função das conveniências dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, e não dos pacientes. Percebe-se que existe ainda um longo caminho a ser feito em termos de adaptar os serviços às necessidades das pessoas.

A preocupação em se trabalhar a dimensão das desigualdades em saúde já constava do relatório da Comissão Castonguay-Nepveu (1970). Por isso foi prevista para os CLSC a existência de um serviço de organização comunitária, de modo a oferecer ferramentas à comunidade que contribuíssem na redução de desigualdades e no aumento de sua autonomia com relação à saúde. Isto desapareceu completamente. Não houve, verdadeiramente, no nível da APS, um trabalho para reduzir desigualdades em saúde a partir do sistema de saúde, após o que foi feito pelos CLSC tempos atrás, o que é corroborado pelas observações de Lemieux<sup>17</sup>.

Com respeito às questões 7A, 7B e 8, todos foram unânimes em assinalar que não há interferência direta do governo federal sobre o sistema de saúde do Québec, uma vez que a saúde é de jurisdição provincial. Ainda subsiste alguma atuação federal sobre a saúde indígena, em situações de epidemia e segurança nacional. No mais, embora haja aporte de recursos financeiros do Canadá para os sistemas provinciais de saúde, percebe-se claramente que cada vez mais o governo federal se retira do financiamento da saúde.

Houve unanimidade quanto à existência de mecanismos que permitam integrar diferentes áreas governamentais na execução de estratégia e políticas de saúde: há programas na escola, estímulo a atividades físicas também em comunidades mais pobres, condições satisfatórias de segurança, mobilidade urbana e moradia graças a mecanismos de trabalho em conjunto para diferentes áreas governamentais, as quais podem ser acionadas pelos profissionais de saúde em busca de soluções para pessoas em situações de dificuldades. Foi muito ressaltado o papel importante do Diretor Nacional de Saúde Pública, que tem poder de veto sobre projetos de lei que possam causar impactos negativos sobre a saúde da população, o que exige certo

grau de comunicação e de colaboração intersetorial.

Quanto às questões 9, 10 e 11 os entrevistados destacaram que, a despeito da criação de diversas estruturas estatais ao longo dos anos, com o intuito de estimular e difundir o trabalho de promoção da saúde e prevenção de doenças, o sistema ainda é muito orientado para o curativo e muito dominado pelo meio hospitalar. Além do mais, perdeu-se o espaço ocupado pela comunidade nos conselhos de administração dos estabelecimentos e nas assembleias regionais de saúde, onde diversos atores da comunidade se faziam presentes: 40% deles deveriam vir do meio comunitário, 40% dos serviços de saúde e 20% da representação intersetorial. Eles definiam as prioridades de investimento dos recursos, porém isso desapareceu, trazendo grave prejuízo à democracia sanitária e à participação cidadã. Em pequenas comunidades, há ainda bons exemplos de atuação de organismos comunitários, com um sentimento de maior solidariedade e ajuda mútua, mas em grandes cidades isto praticamente não acontece. Atualmente, há um sentimento de redescoberta da solidariedade no sentido comunitário, em base local. Surgem cooperativas de saúde; cidades amigas dos idosos; cidades saudáveis, que se impregnam da promoção da saúde e do valor da APS para o bem-estar comunitário, o que dá ao cidadão um papel mais inclusivo.

Não pairam dúvidas para a totalidade dos entrevistados de que o Québec passou por uma grande evolução de seu sistema de saúde ao longo de seus quase cinquenta anos de existência, com ganhos consideráveis e consolidados, tais como uma alta taxa de cobertura vacinal, uma excelente evolução da taxa de esperança de vida, a melhoria geral das condições de vida, a redução dos recém-nascidos de baixo peso etc., em parte devido à atuação da APS. Subsiste, porém, a mortalidade precoce ligada às situações de desigualdades sociais de maneira evidente. Os dados mostram que nos últimos vinte anos não se reduziram as diferenças de maneira importante, mas houve melhoria da mortalidade evitável em todos os grupos socioeconômicos. Além disso, determinadas políticas produziram efeitos notáveis, sobretudo no que diz respeito ao tabagismo (aumento do custo do tabaco, com redução do consumo), ao consumo de álcool (com impacto forte na redução da mortalidade em acidentes automobilísticos) graças a ações de promoção da saúde. O mesmo se deu com a segurança dos ambientes de trabalho, que mostram, hoje, taxas muito baixas de mortalidade ocupacional. Percebe-se, ainda, uma redução do número de pessoas vulneráveis que não têm acesso a médico de família. Houve

também um aumento de outros profissionais, além do médico, em programas de gestão de doenças crônicas, como asma e diabetes, embora os serviços não estejam organizados de modo responder prioritariamente às conveniências dos pacientes.

Especificamente sobre as relações entre o modelo de organização da APS e os ganhos em matéria de aumento de acesso e de redução de desigualdades, foi mencionado que o modelo de organização não melhorou o acesso dos cidadãos, muito embora em algumas regiões do Québec algo tenha sido conseguido, de modo ainda não suficiente. O Québec é a província canadense em que o acesso à APS é o mais fraco e, paradoxalmente, o local onde os médicos têm a mais alta remuneração. Estes, ainda que pagos pelo sistema público de saúde, são livres para se instalar onde quiserem, atualmente. Antes, os CLSC tinham uma responsabilidade territorial para cobrir entre 30 e 50 mil pessoas e deviam se instalar preferencialmente em áreas de população mais necessitada. Entretanto, como essa linha de serviços de APS foi de certa forma abandonada nos CLSC, a atenção voltou-se para os médicos de família, que deveriam instalar-se onde há necessidade, porém isso nem sempre acontece, pois existem interesses econômico-financeiros em jogo e, assim, há zonas pobres onde não há acesso a médicos de família. Desta forma, a organização da APS no sistema de saúde do Québec, atualmente, depende muito da escolha do local onde os médicos se instalam. O aumento do número de médicos contribui para diminuir desigualdades de acesso, mas a modalidade de seu trabalho faz com que persistam áreas onde persistem dificuldades para se chegar até um médico de família. As desigualdades são ainda maiores quando se trata de saúde mental e de saúde indígena.

Estudos e documentos oficiais corroboram claramente as mencionadas dificuldades do modelo organizativo da APS no que diz respeito ao acesso:

[...]. Se a qualidade do cuidado e a relação com o médico de família são boas, o mesmo não ocorre para o acesso aos cuidados e aos serviços de saúde. Assim, cerca de 50% dos pacientes perguntados mencionam uma espera de atendimento de seis dias ou mais para serem vistos por um médico ou enfermeira [...] E mais, 61% dos pacientes disseram ser difícil obter atendimento médico à noite, nos finais de semana ou em feriados<sup>36</sup>.

É ainda importante ressaltar que o modo de remuneração dos médicos por procedimento realizado foi bastante criticado por todos os entrevistados. Contandriopoulos e cols.<sup>35</sup> deploram que, a despeito de que todas as comissões



públicas que se debruçaram sobre o funcionamento do sistema de saúde desde 1970 terem recomendado o abandono do pagamento por procedimento, ao menos no âmbito da APS, isso nunca tenha acontecido em razão de uma feroz oposição da corporação médica. Ora, esse modelo ao remunerar cada uma das intervenções médicas praticadas nos pacientes individualmente, sobretudo na esfera da APS, não estimula o profissional a levar em conta as necessidades de saúde da população e em buscar uma maior coerência da linha de cuidados a ser adotada.

O que transparece nitidamente ao se analisar a trajetória do sistema de saúde do Québec, dos anos 1970 até nossos dias, é que os Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), os Centros de Saúde e de Serviços Sociais (CSSS), as Clínicas de Redes Integradas (CRI) e os Grupos de Medicina de Família (GMF) foram tentativas de se atingir o objetivo de fortalecer a APS no sistema de saúde quebequense, nem sempre bem-sucedidas<sup>37</sup>. O tempo dirá se as últimas mudanças determinadas pelo governo atual, e implementadas a partir de 2015, lograrão melhor êxito do que as que as iniciativas anteriores.

Na questão 12, as respostas são eloquentes e unânimes em afirmar que não se pensa em Saúde da Família, sendo a prática centrada na figura do médico, em lugar de orientar-se por uma estratégia capaz de assegurar uma boa saúde. Muitas ações já foram empreendidas para promover a saúde da família, mas numa perspectiva de políticas sociais, não de organização da APS. Os Grupos de Medicina de Família- GMF tornaram-se muito mais “grupos de médicos de família”, que não se ocupam da saúde da família, mas dos problemas de saúde dos membros da família. Além do mais, quando um médico de família se aposenta, transfere-se ou falece, o paciente deve procurar ele mesmo por outro profissional que o aceite, cada vez mais difícil de ser encontrado.

As respostas obtidas pelo depoimento dos seis entrevistados do Brasil quanto às questões 1, 2, 3A, 3B, 4, 5 e 6 mostraram uma maior divergência de pensamento do que o que se passou entre os quebequenses. Nas duas primeiras questões, resposta foi sim, embora a metade dos entrevistados tenha feito ressalvas quanto ao fato de que sua aplicabilidade nem sempre é real; de que há mais marcos normativos que legais e de que a Política Nacional de Atenção Básica existe, mas ainda não está concretizada.

As respostas à pergunta 3A concentraram-se na constatação de que grande

parte dos políticos brasileiros não consegue compreender a importância do assunto e que os pronunciados cortes de recursos federais para a saúde demonstram cabalmente a ausência de prioridade. Reconhece-se, porém, que já houve um compromisso bem maior no passado, especialmente no momento de implantação do SUS e no processo de descentralização, sobretudo na dimensão assistencial, ficando a promoção inteiramente à margem. Para a questão 3B as respostas foram de que é possível mensurar, mas que os cortes de recursos financeiros federais comprometem todas essas dimensões e demonstram falta de sensibilidade e de compromisso político para com a política pública de saúde.

Ao levar-se em consideração as manifestações dos entrevistados, não se pode esquecer o alerta feito por Sousa e Hamann <sup>2</sup> para o fato de que não basta o aporte de recursos financeiros, mas é preciso uma clara definição da forma de financiar a APS e a Saúde da Família, inclusive com menção explícita nas leis orçamentárias.

Sobre a questão 4, houve unanimidade na resposta afirmativa, especialmente pela integração de população e território, embora haja grandes dificuldades num país tão heterogêneo.

À pergunta 5 os entrevistados responderam afirmativamente por unanimidade, com a ressalva de que muitas vezes tais políticas e programas atendam mais a pressões de grupos sociais do que propriamente a interesses sanitários, além dos riscos potenciais de verticalidade e de segmentação por elas provocados. Sobre os atores envolvidos (questão 6), também houve unanimidade nas respostas de que há implicação de gestores, técnicos e movimentos sociais, embora haja pouco envolvimento real e independente da sociedade. Mesmo o chamado controle social do SUS tem problemas em sua atuação, por estar atrelado muitas vezes a posições de cunho predominantemente ideológico.

A questão 7 teve como respostas que a participação de estados e municípios se dá de maneira complementar, mais como acompanhamento do que como protagonismo e que, além disso, existe uma ação conjunta pelo pacto federativo, a despeito da injusta repartição de impostos entre os níveis nacional e subnacionais.

As respostas às questões 7B e 8 foram de que não há mecanismo claramente definido para a integração intersetorial das áreas de governo, muito embora mobilizações temáticas possam existir de forma pontual. Dentre as ações intersetoriais com atuação sobre os determinantes sociais da saúde salientam-se a redução do tabagismo, que foi apontada por todos como o feito mais notável, assim

como a prevenção da cárie dentária pela fluoreação da água. Além disso, foram evocados aspectos ligados à saúde indígena, à saúde das populações ribeirinhas, das áreas rurais e da população escolar, bem como o trabalho incipiente em segurança alimentar. Ainda há grandes desafios, tais como a baixa oferta de serviços de saneamento básico, a baixa escolaridade dos pais e a redução dos índices de cobertura vacinal, estes últimos com resultados bem melhores no passado.

Para a questão 9, as respostas apontaram que a promoção da saúde exige a conjugação de esforços do Estado com o envolvimento da comunidade, mas ainda não se encontrou uma forma adequada de comunicação entre eles, de modo a fazer com que a comunidade possa assumir plenamente seu papel, sobretudo se se quer enfrentar as doenças crônicas; que a comunicação atual reforça uma excessiva centralização sobre a figura do médico e tenta explicar as dificuldades pelo discurso da falta de médicos, o que diminui a importância da noção de autonomia do cidadão e de sua responsabilidade sobre a própria saúde; que o fortalecimento da APS é fundamental para a promoção da saúde; que a tomada de decisão em conjunto com a comunidade promove seu crescimento e amadurecimento com respeito ao conhecimento de seus problemas de saúde e auxilia na busca de soluções, até por que isso se insere numa perspectiva de desenvolvimento social, do qual a saúde é parte.

Sobre as questões 10 e 11, os entrevistados tiveram consenso sobre os ganhos relativos à redução de mortalidade infantil, ao aumento da esperança de vida, em que a saúde - e a APS em particular, têm uma contribuição importante. Além disso, destacam a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a redução de complicações de diabetes e hipertensão, a estruturação da política de assistência farmacêutica básica, da política de medicamentos genéricos, da política de medicamentos de dispensação excepcional, com elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos, e ainda o programa de controle de HIV/AIDS e o sucesso no combate ao tabagismo. Apesar disso, relatam que ainda não se obteve o sucesso desejado em estabelecer relações de confiança dos serviços de saúde com a população; que os serviços e seus profissionais parecem ainda incapazes de se interessar verdadeiramente pelos problemas das pessoas, cujas soluções nem sempre estão na esfera da saúde, mas que nem por isso deixam de ser problemas enfrentados por elas e que interferem no

seu bem-estar. Reafirmaram que o modelo por excelência é a Saúde da Família, mas que este enfrenta problemas de cobertura em determinadas regiões metropolitanas. Assim, não se pode falar de aumento de acesso e de redução de desigualdades de maneira homogênea, muito embora, um dos grandes sucessos do SUS tenha sido o de aumentar o acesso, sobretudo no âmbito da APS. Na redução de desigualdades, os resultados são melhores onde a Saúde da Família foi implantada, o que nos interpela fortemente sobre a necessidade de se aumentar sua cobertura, com qualidade, pois sem elas não há acesso nem possibilidade de se enfrentar as desigualdades. Percebe-se que o país avançou, mas não na intensidade que se esperava. Além disso, afirmaram que a APS deve ser a coordenadora e a reguladora do cuidado, mas isto, de fato, quase nunca acontece porque tais ações estão fora de sua esfera direta de atuação, com os recursos e as atenções do sistema de saúde mais voltadas para ações de maior densidade tecnológica e com maiores custos financeiros, subordinando-se, assim, à lógica dos interesses de mercado, o que encontra amparo na literatura<sup>38</sup>.

Sobre a pergunta 12, três dos seis entrevistados afirmaram que há muito mais Medicina de Família do que Saúde da Família, em razão da centralidade no médico que, na maioria das vezes, sequer tem formação para ser médico de família. Referem que foi desenhado um modelo de Saúde da Família que não foi concretizado, dentre outras razões pela formação médica desvinculada desse modelo. Coisas boas do modelo se perderam ou involuíram e outras não se concretizaram. O papel do ACS, originalmente, era mais importante que o do médico, mas a burocratização, as distorções que aconteceram na estratégia fizeram com que ele ainda possa ser um agente de saúde, mas cada vez menos comunitário. A centralidade no médico é tão evidente que, se ele não estiver presente na equipe, esta deixa de ser considerada uma equipe de Saúde da Família. Os outros três entrevistados, no entanto, acham que existe Saúde da Família como definição de modelo, mas ainda não plenamente concretizado.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir das respostas obtidas, é possível estabelecer semelhanças, diferenças e singularidades quando cotejamos os modelos organizativos da APS no Québec e no Brasil.

Uma diferença seminal cabe desde logo ressaltar: enquanto que no Brasil a

saúde é um direito constitucionalmente garantido, no Québec não há a dimensão constitucional dessa garantia, inserindo-se tão-somente nos regramentos de nível infraconstitucional.

Dentre as principais semelhanças destaca-se a identidade quanto aos princípios fundamentais dos dois sistemas públicos de saúde, especialmente a universalidade e a integralidade. Distingue-se como diferença neste particular, entretanto, a inexistência da “transferabilidade” no Brasil, onde o SUS cobre todo o território nacional, enquanto no Canadá a saúde é de responsabilidade provincial. Assim, ao passar de uma província a outra, o cidadão tem sua cobertura assegurada graças ao princípio da transferabilidade.

Os ganhos em saúde, sobretudo aqueles decorrentes da APS, independentemente de seu modelo de organização, também são exemplos de semelhanças. Nas duas nações, ao longo da trajetória de seus sistemas de saúde, são notáveis os avanços em termos de melhoria da cobertura vacinal, da redução de mortalidade infantil e do tabagismo, do aumento da esperança de vida etc, o que é corroborado fartamente pela literatura<sup>39, 40, 41, 42, 43, 44, 45</sup>. Outra semelhança é a existência de políticas ou programas voltados a grupos populacionais específicos ou a populações vulneráveis, para cuja elaboração e implementação há o envolvimento dos mesmos tipos de atores (governo, profissionais de saúde e atores sociais). Além disso, o fato de haver uma maior centralidade na figura do médico, mesmo no modelo brasileiro de Saúde da Família, faz com que o foco seja, por vezes, muito mais voltado à Medicina de Família do que à Saúde da Família.

No campo das diferenças, aparecem principalmente:

a) - a questão do compromisso político das autoridades para com a APS e a promoção da saúde. Enquanto que no Québec, a despeito dos constantes desafios a que estão confrontados os sistemas de saúde, há um compromisso político que ainda se mantém em maior ou menor grau, no Brasil isto parece ter deixado de existir, o que fica evidente pelo grau de desfinanciamento progressivo por parte do nível federal, onerando os níveis subnacionais<sup>46</sup>, assim como pela perda relativa do protagonismo da Saúde da Família como modelo capaz de organizar e qualificar a APS;

b) - a atribuição específica conferida à APS para a melhoria do acesso e para a redução de desigualdades. Enquanto entre os brasileiros há um consenso sobre a presença de tal atributo, e sua inequívoca importância, no Québec isso não

acontece;

c)- a existência, no Québec, de mecanismos formais de articulação intersetorial entre as diferentes áreas governamentais para atuação na promoção da saúde, e sua praticamente inexistência no Brasil;

d)- a ausência de interferência intergovernamental no sistema de saúde do Québec, enquanto que no Brasil temos um sistema com gestão e responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo;

e)- a centralidade do modelo organizativo da APS sobre o médico, no Québec, com os inconvenientes da remuneração por procedimentos<sup>35</sup> e da manutenção de uma prática nitidamente assistencial, o que foge dos postulados e da abrangência da APS. No Brasil, buscou-se potencializar a APS pela atuação de uma equipe de saúde, numa perspectiva de Saúde da Família, com responsabilidade territorial e adscrição de clientela, de modo a romper com a prática tradicional do médico que espera por alguém doente, substituindo-a pela interação cotidiana de uma equipe de saúde com a comunidade, identificando com ela seus problemas e buscando as soluções em conjunto. Todavia, tal modelo ainda encontra dificuldades em substituir o padrão médico-hegemônico.

Dentre as singularidades, cumpre destacar:

a)- no caso do Brasil, o papel destacado e peculiar do agente comunitário de saúde no fortalecimento da APS e na própria consolidação dos sistemas locais de saúde;

b)- a perseverança no desenvolvimento de um modelo, o da Saúde da Família, como norteador e estruturador da APS, cujos resultados são hoje reconhecidos internacionalmente, a despeito das fragilidades existentes<sup>47</sup>. No Québec, ao contrário, sucederam-se diversas iniciativas ao longo da história do sistema de saúde, sem alcançar o sucesso desejado, na tentativa de concretizar o que todas as comissões parlamentares sugeriram: o fortalecimento da APS como elemento capaz de reduzir desigualdades em saúde e ampliar acesso, o que encontra consonância com as conclusões dos estudos de Ouimet e cols. (2015)<sup>48</sup> e de Pineault e cols. (2015)<sup>49</sup>;

c) - a garantia constitucional da participação da comunidade, no caso do Brasil, no processo de formulação das políticas de saúde e na fiscalização de sua execução. No Québec, ao longo do tempo, reduziu-se substancialmente a participação cidadã nas instâncias decisórias do sistema de saúde.

Por todo o exposto, falar em aumento real de acesso e redução de desigualdades, de maneira uniforme, decorrentes dos modelos de organização da APS, não é possível em nenhum dos dois casos. No Québec, os inconvenientes da centralização de seu modelo de organização sobre o médico e a falta de prioridade concreta para o fortalecimento da APS, que poderia ensejar a melhoria do acesso e redução de desigualdades em saúde, são dificuldades reconhecidas. No Brasil, pela mesma forma, inexistente uma prioridade política verdadeira, perpetuando a penúria de recursos financeiros e humanos qualificados na APS, o que trabalha contra a possibilidade de se obter acesso universal com equidade. Assim, infelizmente, os ganhos já alcançados pelo modelo de organização centrado na Saúde da Família perdem força, fazendo com que a estratégia vá se tornando cada vez mais teórica e menos efetiva na sua prática cotidiana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. Supl 1, p. S7-S27, 2008.

2 Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Oct. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

3 Sousa MF, Parreira CMSF. Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na Cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. panam. salud pública**, v. 28, n. 5, p. 399-404, 2010.

4 Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities. *Cad. Saúde pública*, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

5 Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira, CF.; Solla, JP. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: Edufba, 2006.

6 Breton M. et al. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*; 2/ 2011 vol. 42, p. 101-109. Disponível em:<<http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-2-page-101.htm>> Acesso em nov 2014.

7 Tchouaket E et al. Health care systems performance of 27 OCDE countries. *Int J*

Health Plann Managementt. 2012; DOI 10.1002/hpm 1110. [ Acesso em 2015 jan 10]. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). Disponível em [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/24957.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/24957.pdf)

8 Johnson CD et al. Learning from the Brazilian community health worker model in North Wales. **Globalization and health**, v. 9, n. 25, p. 10.1186, 2013.

9 Harris M J, Haines A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 105, n. 8, p. 330-335, 2012.

10 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

11 Organização Mundial de Saúde. Carta da Conferência de Alma-Ata, 1978. Disponível em < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em 23 de maio de 2015.

12 Brasil. Constituição Brasileira. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%201814>>. Acesso em 02 de janeiro de 2016.

13 Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. p.181-195.

14 Desrosiers G. Le systems de santé au Québec: bilan historique et perspective d'avenir. *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*. Volume 53, numéro 1, été 1999, p. 3-18. Éditeur : Institut d'histoire de l'Amérique française. Disponível em <http://www.erudit.org/revue/haf/1999/v53/n1/005395ar.pdf>. Acesso em 9 de março de 2015.

15 Gaumer B. Système de santé et des services sociaux du québec: une histoire récente et tourmentée, 1921-2006. Québec: Presses Université de Laval; 2008. p. 98-131. Disponível em < <http://docplayer.fr/3352793-Le-systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-du-quebec.html> >. Acesso em 22 de março de 2015.

16 Québec. Editor oficial do Québec. La loi de la santé et des services sociaux. Disponível em < [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html) >. Acesso em 12 de novembro de 2015.

17 Lemieux V. e cols. Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux. Québec (QC) : Les Presses de l'Université Laval, 2a. Edição, 2005. p. 258-263.

18 Gaumer B, Desrosiers G. L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, 2004, pp. 52-70. Disponível em



<[http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup101\\_052.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup101_052.pdf)> Acesso em 9 de março de 2015.

19 Renaud M. Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique" in KEATING, P; KEEL, O. Santé et société au Québec XIXe-XXe siècles, Chapitre VIII (pp. 189-218). Montréal : Les Éditions du Boréal, 1995.

20 Lamontagne R, Prémont MC. Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec: au coeur des enjeux de l'administration publique. In: Michaud N. (Org.). Secrets d'États? Les principes qui guident l'administration publique et se enjeux contemporains. Québec: Presses de l'Université Laval, 2011. p 529-555.

21 Grenier J, Bourque M, St-Amour N. L'évolution des services sociaux dans le système de santé et des services sociaux du Québec: la NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux. Université du Québec en Outaouais, décembre 2014. Disponível em <  
[http://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS\\_Dementelement\\_Progressif.pdf](http://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS_Dementelement_Progressif.pdf)>. Acesso em 8 de outubro de 2015.

22 Turgeon J, Robert J, Denis JL. **Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010)** . Les Tribunes de la santé, 2011/1 no. 30, p. 57-85.

23 Québec. Assemblée nationale (2015). Projet de loi 10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Disponível em <  
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>> . Acesso em 2 de janeiro de 2016.

24 Québec. Assemblée nationale (2015). Projet de loi 20. Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives em matière de procréation assistée. Disponível em <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html>  
Acesso em 2 de janeiro de 2016.

25 Brasil. Gabinete Civil da Presidência da República. Lei 8080, de 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 12 de dezembro de 2015.

26 Brasil. Gabinete Civil da Presidência da República. Lei 8142, de 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em 12 de dezembro de 2015.

27 Flores O, Sousa MF, Hamann EM. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. Com. Ciências Saúde. 2008;19(2):123-136. Disponível em <  
[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_2art05agentes.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf)>. Acesso em 20 de novembro de 2015.

28 Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa

de Saúde da Família. **Physis (Rio J.)**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

29 Barros FPC. A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS-a perspectiva do CONASS. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 13, n. 3, p. 223-229, 2012.

30 Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, P. 18-25, 2014.

31 Foucault M. A ordem do discurso. 19ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009.

32 Pêcheux M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Editora da UNICAMP, 1995.

33 Canadá. Parlamento. La Loi canadienne sur la santé. Disponível em <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6part7-f.htm>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

34 Venne M. Au-delà de l'austerité, quelques comptes à régler. In: Poitras, A; Venne, M. (Org). L'état du Québec 2015. Montréal: Institut du Nouveau Monde, 2015. p. 9-14.

35 Contandriopoulos D et al. Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée: Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n 20. 2015.p.6. Disponível em < [http://crhclm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m\\_damien\\_contandriopoulos.pdf](http://crhclm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m_damien_contandriopoulos.pdf)>. Acesso em 21 de dezembro de 2015.

36 Québec. Commissaire à la Santé et au Bien-Être .(2014). Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé. Résultats de l' enquête internationale sur les politiques de santé du commonwealth fund de 2013. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec; Gouvernement du Quebec, 2014. Disponível em < [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE\\_Rapport\\_Commonwealth\\_Fund\\_2013.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE_Rapport_Commonwealth_Fund_2013.pdf)>. Acesso em 2 de janeiro de 2016.

37 Barros FPC, Sousa MF, Mendonça AVM. Agents communautaires de santé : un modèle de santé sans murs. Revue Canadienne de Santé Publique, 2015, vol 106, no.3, p. 154-157.

38 Connil EM, Giovanella L, Freire JM. Sistemas de saúde ibero-americanos em perspectiva comparada. Ciência e Saúde Coletiva, volume 16, número 6, 2011, p.2889-2892, 2011. Disponível em < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63019110026.pdf>>. Acesso em 22 de dezembro de 2015.

39 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011;377:1778-1797.

- 40 Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família: Departamento de Atenção Básica, 2015 ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php));
- 41 Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012;17:36-42;
- 42 Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* 2010;19:Suppl:126-158;
- 43 Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;349: g4014-g4014.
- 44 Harris M. et al. Brazil's family health programme. **BMJ**, v. 341, 2010.
- 45 Québec. Institut national de santé publique. Programation scientifique 2012-2015: des expertises en constante évolution. Québec: INSPQ, 2012. 48 p. Disponível em <<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550644064.pdf>> . Acesso em 16 de janeiro de 2016.
- 46 Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, P. 18-25, 2014.
- 47 Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.
- 48 Ouimet MJ et al. The impact of primary healthcare reform on equity of utilization of services in the province of Quebec: a 2003–2010 follow-up. **International journal for equity in health**, v. 14, n. 1, p. 139, 2015.
- 49 Pineault R. et al. Les nouvelles formes d'organisations de soins de santé primaires (OSSP) sont-elles associées à une meilleure expérience de soins chez les patients atteints de maladies chroniques au Québec? **Santé publique**, v. 1, n. HS, p. 119-128, 2015.