



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Lavras, Carmen

Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no
Brasil

Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2011, pp. 867-874

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263680005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil

Primary Health Care and the Organization of Regional Health Care Networks in Brazil

Carmen Lavras

Médica Sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora do Programa de Estudos em Sistemas de Saúde do Núcleo de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp.

Endereço: Avenida Albert Einstein 1300, Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP 13083-852, Campinas, SP, Brasil.

E-mail: clavras@nepp.unicamp.br

Resumo

Mesmo havendo relativo consenso na utilização do termo “Atenção Primária em Saúde (APS)”, existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado. Este artigo faz referência a inúmeros documentos que historicamente vêm expressando esse conceito e contribuindo para sua organização nos sistemas de saúde de todo o mundo. Nessa perspectiva, foram considerados o Relatório Dawson, a Declaração de Alma-Ata, os documentos publicados pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que analisou reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Europeia a partir de 1990, os estudos de Barbara Starfield em relação à atenção primária à saúde na atualidade e o Relatório Mundial da Saúde publicado pela OMS em 2008. Foi considerado também o desenvolvimento da APS no Brasil desde o início do século XX até a atualidade, identificando-se os avanços em sua organização e reconhecendo que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional sejam cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Este estudo analisa também o papel da APS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, que se organizam no SUS na perspectiva de superar a fragmentação sistêmica existente, apontando iniciativas voltadas a seu aprimoramento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Sistemas Integrados de Saúde.

Abstract

Even though there is a relative consensus regarding the utilization of the term “Primary Health Care”, there are distinct conceptions concerning its effective meaning. This paper refers to numerous documents which have been expressing this concept historically and contributing to its organization in the health systems of the world. In this perspective, the following documents were considered: Dawson Report, the Declaration of Alma-Ata, the documents published by the European Observatory on Health Systems and Policies, which has analyzed reforms guided by Primary Health Care in European Union countries from 1990 onwards, the studies conducted by Barbara Starfield in relation to Primary Health Care in current times, and the World Health Report published by the WHO in 2008. The development of Primary Health Care in Brazil was also considered since the beginning of the 20th century until today, identifying the advances in its organization and recognizing that great hindrances must be overcome so that the purposes contained in the national policy are met, so that it can perform its role of organizer of the system and coordinator of health care. This study also analyzes the role of Primary Health Care in Regional Health Care Networks, which are organized within the SUS (Brazil’s National Health System) in order to overcome the system’s fragmentation, pointing to initiatives directed at its improvement.

Keywords: Primary Health Care; Health Care Networks; Health Integrated Systems.

A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

No entanto, por trás desse relativo consenso, existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado. Em alguns países, a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, conforme apontado por Conill (2008), com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. Em outros, particularmente em vários países europeus e no Canadá, a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema.

Vale ressaltar, no entanto, que, ao se observar o atual desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde em vários países do mundo, detecta-se um conjunto diversificado de iniciativas assentadas ora em uma concepção seletiva, ora em uma concepção mais abrangente.

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo.

Outro marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, onde em 1978 se realizou a “Conferência Interna-

cional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Nessa Declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. 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, 1978, p. 1-2).

Mais recentemente, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde analisou reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Européia a partir de 1990 e destaca a importância da Atenção Primária à Saúde nesses processos. Também segundo Conill:

A volta à cena da estratégia de Atenção Primária à Saúde é confirmada pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que analisou reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Européia a partir de 1990. O papel crescente da atenção primária se deveria, em parte, à transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços. As funções da Atenção Primária à Saúde, adotadas pelo Observatório Europeu praticamente coincidem com os atributos sugeridos por Starfield para avaliar estas práticas: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade... (Conill, 2008, p. 10).

Segundo Barbara Starfield (2002), estudiosa da atenção primária à saúde na atualidade, a APS é o

primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Em revisão bibliográfica conduzida por Mendes, esses atributos são assim interpretados:

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (Mendes, 2009, p. 57-58).

Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade:

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Mais do que isso, vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Esses centros de saúde, inicialmente propostos por Paula Souza em São Paulo, propunham ação integral com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde. Estudo historiográfico publicado por Teixeira relata a importância dessas iniciativas:

Paula Souza foi o pioneiro na implantação desses postos no País a partir da reforma que efetuou nos serviços de saúde paulistas em 1925. A reforma dos serviços de saúde que elaborou, previa a criação, em diversas regiões do interior do Estado, de vários postos de atendimento local, onde a população deveria ter acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes, fortemente voltadas para a prevenção via educação sanitária. Sua proposta era extremamente inovadora para a época, visto que, até então, as ações de saúde pública tinham um caráter provisório e tomavam como pilares as campanhas contra doenças epidêmicas (Teixeira, 2006, p. 18).

Outra iniciativa que deve ser destacada é a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1960 após extinção de contrato internacional que a mantinha desde 1942. Essa Fundação teve atuação marcante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, organizando e operando serviços de saúde pública e de assistência médica.

Deve-se também citar a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde durante a década de 1960 com atuação voltada predominantemente para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública, incluindo o enfrentamento das grandes endemias.

As primeiras experiências de medicina comunitária da década de 1970, sob influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das Universidades marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS. Foram

experiências diversas, inicialmente sob responsabilidade de alguns municípios brasileiros, entre eles Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Teresina, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville, que ao poucos foram se expandindo.

Já no início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição. Nesse período, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento.

Em 1994, com uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1998).

Embora o impacto de sua utilização em âmbito nacional tenha sido muito variável, particularmente quando se comparam municípios de pequeno e grande porte, é indiscutível a importância da disseminação dos pressupostos que fundamentam essa estratégia e que são explicitados no texto que compõe o anexo da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006a).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação. Ainda, no que se refere especificamente à APS, há que se superar um padrão cultural vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem. Mas, além disso, reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade.

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento.

Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS

As necessidades de saúde da população brasileira na atualidade veem se alterando em função das mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento de nossa população, e também pelo significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. Esse aumento de condições crônicas, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, coexistindo com doenças infectocontagiosas e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo, cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS.

O SUS, da forma como está estruturado, mostra-se hoje mais preparado para o manejo clínico das condições agudas presentes nesse quadro de necessidades do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados.

A exemplo do que ocorre em sistemas de saúde de vários países no mundo, o SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, como sistema de saúde fragmentado, o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde.

A fragmentação do SUS manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado, que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas.

Nessa perspectiva, a estruturação de redes de atenção à saúde, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresenta-se como um caminho possível.

No SUS, a modelagem de redes regionais de atenção à saúde é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão (Brasil, 2006b) e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Esse processo exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Esse conceito encontra-se expresso de forma bastante semelhante nos vários documentos oficiais que vêm orientando o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em documento recentemente editado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), rede de atenção à saúde é considerada

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010 apud OPAS, 2011, p. 15).

Já em Portaria editada pelo Ministério da Saúde consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que,

integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

A quase unanimidade referente a esse conceito se expressa também no entendimento que instituições e estudiosos têm tido sobre a importância da APS como organizadora das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RRAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia.

Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade.

O processo de estruturação de RRAS, a exemplo do que vem ocorrendo no SUS, exige intervenções sistêmicas, nas unidades funcionais que as compõem e nas práticas profissionais que aí se desenvolvem. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas a qualificação, organização e integração de estruturas ou processos em cada um desses âmbitos sempre considerando o protagonismo da APS.

No que diz respeito à APS, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial.

Assim, para que a APS nas RRAS que se estruturam hoje no SUS possa ser efetivamente organizadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, há que fazer grandes investimentos voltados a seu aprimoramento independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico. Essas iniciativas, focadas na APS, devem necessariamente contemplar:

a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de novas unidades onde houver necessidade; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes; a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da RRAS e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial.

Considerações Finais

Conforme referido, o enfrentamento do atual quadro de saúde da população brasileira exige profundas mudanças no SUS na perspectiva de impulsionar seu desenvolvimento como um sistema de saúde integrado. Reconhecendo os processos de estruturação de redes regionais de atenção à saúde orientadas pelo Pacto de Gestão como iniciativas que caminham nessa direção, há que se ressaltar a importância desses processos serem alicerçados na valorização e no reconhecimento da APS como instância responsável pelo ordenamento do sistema e pela coordenação do cuidado.

Desse modo, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede.

Finalmente, vale ressaltar que para que a APS no SUS possa desempenhar esse papel com efetividade grandes medidas devem ser tomadas conjuntamente pelas três instâncias de gestão do SUS, visando seu fortalecimento.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 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: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 40 p. (Série Pactos Pela Saúde, v. 3).
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.
- MENDES, E. V. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2011
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

- OPAS. *A atenção à saúde coordenada pela*

APS: construindo as redes de atenção no SUS -

Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre*
necessidades de saúde, serviços e tecnologia.

Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726

p. Disponível em: <[http://www.dominipublico.](http://www.dominipublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_)

[gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_](http://www.dominipublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_)

[action=&co_obra=14609](http://www.dominipublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_)>. Acesso em: 20 mar. 2011.

TEIXEIRA, L. A. Comentário: Rodolfo

Mascarenhas e a história da saúde pública em São

Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40,

n. 1, p. 3-19, jan./fev. 2006. Disponível em: <[http://](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27110.pdf)

www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27110.pdf>. Acesso

em: 20 mar. 2011.

Recebido em: 23/03/2011

Aprovado em: 12/05/2011