

# Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus

## Trends in primary health care reforms in European countries

Ligia Giovanella<sup>1</sup>  
Klaus Stegmüller<sup>2</sup>

### Resumo

A atenção primária à saúde (APS) como base para a construção de redes coordenadas de atenção e para garantia do acesso universal enfrenta os novos desafios demográficos e epidemiológicos com o envelhecimento populacional, as mudanças nas estruturas familiares e prevalência de agravos crônicos que exigem intervenções de diversos serviços com interdependência organizacional e demandam coordenação. O objetivo deste artigo é apresentar um panorama e tendências das reformas APS na Europa ocidental a partir de três casos exemplares: Alemanha, Espanha e Inglaterra (Reino Unido-RU). Para tanto, inicia com breve panorama dos sistemas de saúde em seguida descreve a organização da APS e analisa as principais reformas nos três países. Após a descrição das tendências nos sistemas apresentados é possível perceber que a APS adquire também importância no debate da universalidade. A garantia da universalidade tem alcançado proeminência no debate internacional (OMS) e tem sido reiterada como estratégia para alcance da cobertura universal.

**Descritores:** atenção primária à saúde. sistemas de saúde. cobertura universal

**Keywords:** primary health care. health systems. universal coverage

### Abstract

The primary health care (PHC) as the basis for the construction of coordinated care networks and to guarantee universal access faces new challenges with demographic and epidemiological, population aging, changes in family structures and prevalence of chronic diseases that require interventions various services with organizational interdependence and require coordination. The objective of this paper is to present an overview of trends and APS reforms in Western Europe from three exemplary cases: Germany, Spain and England (UK). To do so, start with a brief overview of health systems and then describes the organization of PHC and analyzes the major reforms in the three countries. After describing the trends in the presented systems can realize that APS also become important in the discussion of universality. The guarantee of universality has achieved prominence in the international debate (WHO) and has been reiterated as a strategy to reach universal coverage.

<sup>1</sup> Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

<sup>2</sup> Department of Nursing and Health Sciences, University of Applied Sciences Fulda, Alemanha.

Para correspondência:  
Ligia Giovanella  
Email: giovanel@ensp.fiocruz.br

Data da Submissão: 08/03/2014  
Data de Aceite: 08/03/2014

## Introdução

Na última década vem sendo proposto o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como base para a construção de redes coordenadas de atenção e para garantia do acesso universal visando a enfrentar os novos desafios demográficos e epidemiológicos com envelhecimento populacional, mudanças nas estruturas familiares e prevalência de agravos crônicos que exigem intervenções de diversos serviços com interdependência organizacional e demandam coordenação. Em face à diversificação do panorama assistencial, à especialização acentuada, à fragmentação dos sistemas de serviços de saúde, progressiva medicalização, intervenções desnecessárias e inapropriadas com lacunas na segurança dos pacientes, identificando-se a premente necessidade de melhoria do cuidado aos portadores de agravos crônicos com eficiência, a atenção primária na Europa ganha maior presença no debate político.

No nível internacional, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde desencadearam um processo da chamada Renovação da APS (Opas 2005; OMS, 2008; Labonté et al, 2009). A OMS dedicou o seu Informe da Saúde no Mundo de 2008 à APS considerada: “agora mais necessária que nunca”. O Informe da OMS assume a APS como coordenadora de uma resposta integral e integrada em todos os níveis de atenção, parte de um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal, distanciando-se de uma concepção de um programa ‘pobre para pobres’. Reconhece que a APS, requer novos investimentos, não é barata, mas é mais eficiente do que qualquer alternativa.

Na Europa, há certo consenso entre *policy makers* europeus quanto à necessidade de fortalecer a APS e observa-se aumento da presença da temática APS no debate político, crescendo a importância política da APS. Todavia, os processos são lentos e as reformas incrementais. Um conjunto de reformas pró-coordenação tem sido implementadas com diversas iniciativas para aumento de funções clínicas, gerenciais e financeiras dos serviços e profissionais da APS (Saltman et al 2006; Giovannella 2006).

O estudo dos sistemas de serviços de saúde e a comparação entre países contribui para melhor compreender problemas compartilhados e conhecer a variedade de soluções encontradas, ampliando o leque de opções disponibilizadas no debate político de reformas nacionais. Ademais permitem o conhecimento prospectivo dos pressupostos e implicações/ repercussões da introdução de determinadas medidas de políticas públicas (Meny &

Thoenig, 1992; Conill et al 2010).

É necessário sempre lembrar que se pode aprender com as experiências de outros países, contudo não é possível transferir experiências, dadas as determinações históricas, políticas e culturais, ademais das diferenças socioeconômicas. As escolhas e a implementação da política são determinadas por tradições legais, instituições, atores e processos conformados longitudinalmente em cada país e contexto específico.

Considerados estes determinantes histórico-sociais mais do que uma comparação estrito senso realizam-se uma “análises em perspectiva comparada” (Almeida, 2006) de aspectos das configurações e organização de sistemas de saúde e da APS.

No estudo de reformas e sistemas de saúde é, portanto sempre necessário, portanto, conhecer os contextos econômicos, político e social para situar as reformas em cada país. E no caso da União Europeia, o contexto atual é de crise financeira, que, comandada pela Troika (Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e Banco Central Europeu), vem implementando políticas de austeridade fiscal/ programas de ajuste), similares àqueles impostos por organismo financeiros internacionais para a América Latina nos anos 1990.

Os países da União Europeia (UE) defrontam-se com importante crise econômica, comparável à crise dos anos 1930, como decorrência da crise bancária internacional de meados de 2008 desencadeada nos EUA pela explosão da bolha imobiliária e seus derivativos. Frente à crise bancária, os governos europeus socorreram seu sistema financeiro com fundos públicos, aumentando a dívida pública. Dívidas bancárias privadas foram transferidas para a dívida pública. Ao mesmo tempo, a recessão econômica desencadeada neste processo levou a uma redução de receitas governamentais pressionando os orçamentos públicos. Soma-se ainda, o aumento dos juros nos Estados mais afetados pela crise, levando a que na rolagem das dívidas de Estados em dificuldades financeiras, papéis de créditos governamentais conseguidos com juros baixos passassem a ser prolongados com juros elevados demandando fatia maior dos orçamentos para pagamento dos serviços da dívida. Estas dinâmicas da crise produziram déficits nos orçamentos públicos.

Vale frisar que o déficit público é consequência da crise não é sua causa. Os déficits

são posteriores à crise bancária não decorrem das políticas sociais ampliadas dos regimes de *welfare state* europeus. Todavia, no bojo dos programas de austeridade da Troika e na presença de governos conservadores acentuam-se medidas de contenção e cortes de gastos nos setores sociais e de saúde. Certamente, este contexto condicionará as reformas de saúde e de APS nos próximos anos nos países europeus.

O objetivo deste artigo é apresentar um panorama e tendências das reformas APS na Europa ocidental a partir de três casos exemplares: Alemanha, Espanha e Inglaterra (Reino Unido-RU). Para tanto, inicia com breve panorama dos sistemas de saúde em seguida descreve a organização da APS e analisa as principais reformas nos três países. Ao final sintetiza um conjunto de medidas incrementais implementadas, delineando tendências das reformas de APS em países europeus.

Foram selecionados três casos exemplares de países europeus com sistemas de saúde universais – Alemanha, Inglaterra (Reino Unido) e Espanha que apresentam distintas conformações: da proteção social em saúde e do sistema de saúde (seguro social bismarckiano e serviço nacional de saúde Beveridgiano) e da APS, e, no momento estão submetidos a constrangimentos econômicos de diferente intensidade, permitindo uma análise da diversidade das configurações institucionais da APS e tendências.

Os três países selecionados têm elevado nível socioeconômico, ótimos resultados em saúde e estão submetidos a pressões demográficas similares como se pode observar na Tabela 1.

São países que possuem sistemas universais de saúde com financiamento predominantemente público e representam os dois principais modelos de

proteção social em saúde europeus. Na Alemanha vigora o chamado modelo Bismarckiano de Seguro Social de Doença. De caráter compulsório e vinculado à participação no mercado de trabalho é financiado por contribuições sociais obrigatórias que correspondem a uma proporção dos salários. São, portanto contribuições solidárias: os trabalhadores aportam conforme suas possibilidades, e recebem serviços de acordo com suas necessidades, independente do valor da sua contribuição prévia. (O que é bem diferente de um seguro privado, onde o valor do prêmio/pagamento depende do risco individual de adoecer, ou seja, é tanto maior quanto maior o risco de adoecer – por exemplo, mais velhos pagam mais –, e o benefício recebido/serviço tem equivalência com o valor pago.)

Na Inglaterra e Espanha vigora o modelo Beveridgiano. O acesso à atenção à saúde é considerado como direito cidadão e está constituído um serviço nacional de saúde (*National Health Service - NHS*) de acesso universal, financiado com recursos fiscais.

São países que alcançaram efetiva universalidade. Os esquemas públicos de garantia de acesso à atenção abrangem a totalidade ou quase a totalidade da população com cobertura de uma ampla cesta de serviços em todos os níveis de complexidade. O acesso é garantido conforme necessidade, não depende do nível de renda e a grande maioria da população utiliza a mesma rede de serviço sem segmentação. A cobertura por seguros privados (aditivos à cobertura pública, ou substitutivos) é baixa, menor de 13%. Algumas características dos sistemas de saúde dos três países são apresentadas na Figura 2.

Países	Alemanha	Espanha	Inglaterra
População em milhões	82,8	45,3	64,8
PIB per capita US\$ ppp	37.567	32.076	35.917
Esperança de vida ao nascer (anos)			
Total	80,5	82,2	80,6
Homens	78,0	79,1	78,6
Mulheres	83,0	85,3	81,1
Mortalidade Infantil (2010)	3,4	3,2	6,1
Mortalidade materna/100 mil NV	5,5	4,1	5,0
% População 65 anos e + idade	20,4	17,0	16,0

Tabela 1. Indicadores demográficos, econômicos e sanitários selecionados, Alemanha, Espanha e Reino Unido/Inglaterra, 2010.

Fonte: OECD Health Data 2012

Características	Alemanha	Espanha	Reino Unido/Inglaterra
Denominação	Seguro Social de Doença GKV	Sistema Nacional de Salud (SNS)	National Health Service (NHS)
Gasto público em saúde como % do gasto total	77%	74%	83%
Gasto público em saúde como % PIB	8,9	7,0	8,2
<b>Fontes financiamento</b>			
Recursos fiscais	6,7	69,2	67,9
Contribuições seguro social	70,5	4,6	15,3
Seguros privados	9,6	5,7	2,9
Out of pocket	12,4	20,2	11,1
Cobertura real populacional com sistema financiado com recursos públicos	Cobre 89% população Seguro social compulsório vinculado mercado de trabalho	Acesso universal cidadãos e residentes 99,5% população	Acesso universal cidadãos e residentes 100% população
Cesta coberta	Ampla em todos os níveis de atenção	Ampla em todos os níveis de atenção	Ampla em todos os níveis de atenção
Cobertura por seguros privados de saúde	11% - substitutivo	13% - aditivo	13% Aditivo

Figura 2. Características dos sistemas de serviços de saúde da Alemanha, Espanha e Inglaterra (RU), 2010.

Fonte: OECD Health Data 2012.

## Concepção de APS

Para melhor compreender as reformas da APS em países europeus é necessário elucidar qual abordagem, qual concepção de atenção primária vigora nesses países. Em geral, na Europa, no contexto de sistemas públicos universais, o que vigora é uma concepção de atenção de primeiro nível (OPS, 2005). A atenção primária é entendida como os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e preventivos. Diferencia-se, portanto de uma abordagem seletiva da APS. Não se limita a um conjunto restrito de intervenções focalizadas em grupos populacionais pobres, e, não se restringe ao primeiro nível, pois está articulada a um sistema universal solidário que garante atenção em todos os níveis.

É centrada no general practitioner (GP), o médico generalista, atualmente com especialidade em medicina geral e de família ou medicina de família e comunidade (diferentes denominações conforme o país). O que tem levado a alguns autores a indicar que esta seria mais uma "Primary medical care" do que "primary health care", pois não compreende todos os atributos de uma atenção primária à saúde abrangente, integral, como proposto pela conferência de Alma Ata. Em geral, carece de enfoque

comunitário, pouco media ações Inter setoriais e a participação social é pouco desenvolvida (Labonté et al, 2009).

Ainda assim, certamente, cumpre com os outros atributos de uma APS robusta (Starfield, 2002). Ser o serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva integrada ao sistema de saúde são também atributos imprescindíveis de uma atenção primária integral/abrangente. Possibilitam a longitudinalidade e a garantia da integralidade.

Esta concepção geral, contudo, adquire diferentes configurações organizacionais em cada país (Giovannella, 2006).

### National Health Service (NHS)

Na Inglaterra, o serviço nacional de saúde, *National Health Service* (NHS), é de acesso universal e gratuito para todos os cidadãos e residentes com financiamento predominantemente público (83%). A atenção primária é tradicionalmente forte (Starfield et al, 2005). Está centrada no General Practitioner (GP), médico generalista. Há obrigatoriedade de registro dos cidadãos junto a uma clínica de GPs com função de porta de entrada e filtro (*gatekeeper*) para acesso ao especialista. Isto é, o acesso ao especialista depende do encaminhamento do generalista.

O especialista está situado em um segundo

nível, no ambulatório de hospitais. É empregado assalariado do hospital e atende os pacientes internados e faz consultas ambulatoriais. Os hospitais do NHS são predominantemente públicos (94% dos leitos são públicos). Todavia nos últimos anos, seguindo ditames da *New Public Management*, no contexto de reformas voltadas para o mercado, os hospitais públicos do NHS têm assumido novas formas de gestão com maior autonomia (*NHS Trust* e *NHS Foundation Trust*), borrando fronteiras de público e privado. Apesar disso, quando analisados os gastos do NHS somente 7% são despendidos com pagamentos a serviços privados (Boyle, 2011).

A APS é prestada em *GP Practices*, consultórios privados de grupo de GPs. Os GPs são profissionais autônomos (73%) que estabelecem contrato com o NHS (18% dos GPs são assalariados das *GP-Practices*). Existem 8.228 clínicas de GPs (*GP Practices*) com média de cinco GPs por clínica em um total de cerca de 40.000 GPs e 21.935 enfermeiras (Boyle, 2011).

Os cidadãos escolhem um generalista em sua área de residência (ou trabalho, a partir 2013), se inscrevem em sua lista e passam a acessá-lo como serviço de primeiro contato. Em média estão registrado 1.432 pacientes por GP (2009). O número de GPs do NHS aumentou nos últimos anos com a política do governo Blair (trabalhista) de ampliar o financiamento público, e o tamanho das listas de pacientes registrados por GP diminuiu (Boyle, 2011).

A universalidade do NHS é real, efetiva: 98% da população estão registrados em um GP e 97% dos GPs na Inglaterra têm contrato com o NHS.

A clínica de GP é o serviço de primeiro contato e provê ações preventivas, diagnósticas, curativas, cuidados casos agudos e crônicos. A equipe de atenção primária compreende médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes de atenção em saúde, administradores. No NHS, o acesso direto ocorre também ao dentista, ao optometrista e ao farmacêutico (Figura 3).

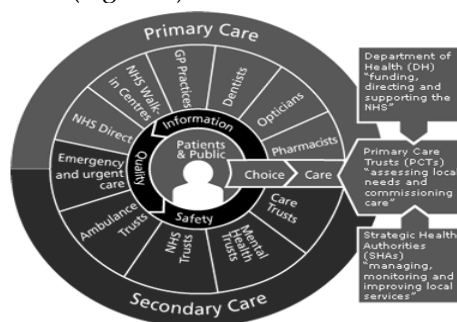


Figura 3. Diagrama da organização do NHS até 2011  
Fonte: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) acesso em abril de 2009

Os/as enfermeiras/os assumem cada vez mais ações que tradicionalmente eram realizadas pelo médico, podem inclusive prescrever de forma independente. Os profissionais de enfermagem têm diversas inserções na atenção primária. As *Practice nurses* são enfermeiras empregadas pelo GP: realizam imunização, manejo de doenças crônicas, promoção da saúde, avaliação de necessidades saúde de pessoas idosas para acesso a cuidados domiciliares de longa duração. As enfermeiras distritais prestam serviços de enfermagem nos domicílios; e as enfermeiras visitadoras sanitárias acompanham famílias com crianças pequenas, realizam medidas de prevenção e promoção. As enfermeiras distritais e visitadoras sanitárias tem base na GP practice, mas são empregadas pelos prestadores de "community health services" (até 2011 pertencente ao PCT, e partir de 2012 os serviços de saúde comunitários deveriam se tornas prestadores independentes) (Boyle, 2011).

Desde 2004 vigoram diversos tipos de contratos para prestação de serviços de GP e foram estabelecidos novos critérios de remuneração dos GPs seguindo um modelo misto com um sistema de capitação ajustada por risco e 40% por desempenho. Inclui: i) soma global/capitação ajustada: pagamento per capita por serviços essenciais calculado com base à nova fórmula que considera sexo, idade, áreas desprovidas, necessidades de saúde, ruralidade, novos registros de pacientes, pacientes em *nursing/residential homes*; ii) *pay-for-performance* (40%): relacionado ao desempenho com alcance de metas de qualidade (133 indicadores do *Quality and Outcomes Framework*

, <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/>); iii) *fee-for-service*: alguns serviços específicos (imunização infantil, atenção a dificuldades de aprendizado). Ademais desde 2004, com o *alternative provider medical service contract* abriu-se a possibilidade de contratação de empresas prestadoras privadas pelos PCTs para prestação de serviços de GP. (A Virgin Care, por exemplo, tem hoje parcerias com GPs em 24 empresas prestadoras de serviços GP cobrindo 3 milhões de pessoas. Estas empresas pertencem 50% aos GPs e 50% a Virgin Care). Estas iniciativas vêm sofrendo importantes críticas com apreensão quanto à tendência à comercialização da atenção primária no NHS (Pollock et al, 2007).

O NHS, um sistema tradicionalmente integrado e organizado nacionalmente foi

gradualmente desconcentrado e a APS passou a gerenciar orçamentos para compra de serviços especializados. Desde as “reformas voltadas para o mercado” do governo Thatcher nos anos 1990 foram separadas as funções de financiamento e prestação ao interior do NHS criando-se o chamado ‘mercado interno’. As autoridades de saúde e parte dos GP tornaram-se ‘compradores’ dos serviços prestados pelos hospitais públicos (os ‘vendedores’), transformados em organizações autônomas (*NHS Hospital Trust*). Esta relação entre ‘compradores e prestadores’ passou a ser mediada por contratos. Neste processo, grupos de generalistas (*GP-Fundholders*) passaram a receber orçamento do NHS para comprar serviços especializados e hospitalares eletivos para os seus pacientes. No contexto destas reformas voltadas para o mercado, o objetivo seria promover a competição entre prestadores para obter maior eficiência técnica e alocativa: incentivaria a escolha pelo financiador dos prestadores que oferecessem melhor relação qualidade e preço e resposta com maior agilidade numa tentativa de reduzir tempos de espera para atenção especializada e cirurgias eletivas, um problema crônico do NHS. Esta estratégia, contudo produziu desigualdades de acesso e o governo Blair, trabalhista, a partir de 1997 promoveu uma importante reformulação do mercado interno do NHS.

Com o governo Blair, foram constituídos *primary care trusts* (151 PCT) em 2003 como órgãos administrativos do NHS em nível local, incluindo todos os GPs de determinada área geográfica e funções de saúde pública. PCTs passaram a gerenciar 80% dos recursos financeiros do NHS e comissionar/comprar serviços especializados dos hospitais públicos - agora Trusts independentes - fortalecendo a posição da APS no sistema.

Com a importante melhora do financiamento do NHS, a partir do governo Blair, especialmente nos anos 2000, ocorreram melhorias consideráveis no NHS com redução importante das listas de espera (o acesso a uma consulta especializada ocorre dentro de duas semanas), e aumento expressivo da satisfação dos pacientes (ver <http://www.kingsfund.org.uk/projects/bsa-survey-results-2011/satisfaction-nhs-overall-results-1>).

Em 2010, já no contexto da crise financeira, inicia-se nova importante reforma NHS com o governo da coalizão conservadora liberal de Cameron. Em 03.2012 é promulgado o *Health and Social Care Act 2012* que estabelece uma política de cortes no NHS e acentua tendências anteriores de privatização de serviços. Define corte de gastos em 20

bilhões de libras em 5 anos, pretende reduzir gastos administrativos do NHS em 45% ao abolir os PCTs e as Autoridades Estratégicas de Saúde. Estima-se que deslocará mais de 30 mil empregados do NHS (Gerada, 2012).

O *Health and Social Care Act 2012*, cria os *Clinical Commissioning Groups* (CCG), 211 grupos locais de consultórios de GPs, que substituem os PCTs na função de comissionamento<sup>1</sup> de serviços especializados e hospitalares para seus pacientes e são subordinados ao *Clinical Commissioning Board NHS-CB* que a partir de março de 2013 passou a ser denominado NHS England (<http://www.england.nhs.uk/2013/03/26/nhs-england/>). Diferente dos PCTs, os CCGs são estruturas pequenas com diretoria composta por GPs eleitos entre os GPs participantes. Os CCGs tem tamanhos muito variáveis. Agregam entre 10 e 130 practices e cobrem entre 100 mil<sup>2</sup> e 900 mil pessoas.

O argumento reiterado para atribuir aos GPs poder de compra dos serviços especializados considera que os GPs deveriam ser responsáveis pelas consequências financeiras de suas decisões clínicas e que os hospitais competirão entre si pelos contratos com os CCGs oferecendo serviços de melhor qualidade. Baseia-se na crença neoliberal que competição e escolha são instrumentos adequados para prover serviços eficientes e efetivos. Ademais, a atenção aos crônicos deveria ser transferida para a atenção primária. Estima-se que 60% dos recursos da atenção secundária são destinados ao tratamento de agravos crônicos (Harrison, 2012). Assim os GPs controlariam mais os encaminhamentos. Pressupõe-se que os CCGs serão obrigados a

<sup>1</sup> Difícil traduzir para português o termo *commissioning* no sentido que é empregado no NHS, pois transcende o simples ato de comissionar um serviço, isto é, confiar a alguém uma incumbência temporária de vender, comprar, ou no sentido de delegação de poder provisório, como define o dicionário Houaiss. Comissionar no NHS, não se refere a uma única ação, mas a um conjunto de ações que segundo a NHS *Commissioning Board* inclui planejar, garantir, acordar e monitorar os serviços. Isto implica em identificar as necessidades de saúde de uma população, desenhar as trajetórias clínicas dos pacientes, especificar serviços necessários, negociar os contratos, e monitorar a qualidade dos serviços contratados e o cumprimento dos contratos (NHS-CB, 2012).

<sup>2</sup> CCGs muito pequenos (menor de 250 mil habitantes) podem ter problemas de *risk pools*, ou seja, não ter uma população grande o suficiente para conter uma estrutura variada de riscos, incluindo pacientes de alto e baixo risco de uso de serviços referenciados de modo a manter seus custos de tratamento na média.

tomar decisões sobre prioridades de tratamentos e possíveis racionamentos (o que já ocorria com alguns PCTs), considerados os cortes financeiros previstos pelo *Social and Care Act 2012*.

A partir da constituição dos CCG em abril de 2013, 70% dos gastos do NHS serão gerenciados por estes novos órgãos do NHS dirigidos por GPs. Todavia, devem ser estruturas administrativas de direção muito pequenas e contratar organizações provedoras de serviços de apoio para comissionamento (*commissioning support services - CSS*). Estes serviços de apoio, responsáveis por administrar os processos de comissionamento, inicialmente serão subordinados ao NHS-CB mas a partir de 2016 devem se transformar em empresas autônomas e vender seus serviços aos CCG (Unison 2012). Parte dos GPs apoia a iniciativa, mas as entidades de GPs em geral se posicionaram contra o que consideram uma acentuação da comercialização do NHS (Gerada, 2012; Reynolds & McKee, 2012).

### **Sistema Nacional de Salud (SNS)**

Na Espanha, o *Sistema Nacional de Salud (SNS)* criado em 1986 pós-período ditatorial (Constituição 1978) de acesso universal e gratuito para todos os cidadãos e residentes tem financiamento predominantemente fiscal e público (74%) e é descentralizado para as 17 comunidades autônomas (CCAA – correspondentes aos estados brasileiros). A descentralização do SNS foi finalizada em 2002, quando foram definidas transferências financeiras da União para as CCAA não vinculadas.

No momento atual, o SNS está submetido a pressões financeiras importantes, dada a profundidade da crise econômica que assola o país com elevado nível de desemprego (26% em 2012). As CCAA são responsáveis por todo sistema de saúde e cada CCAA têm um *Servicio Autonómico de Salud* (*Servicio Andaluz de Salud; Servicio Valenciano de Salud* etc) que são organizações com personalidade jurídica própria em diversos formatos jurídicos (órgão público, organismos autônomos, empresas públicas, entes públicos de direito privado).

Para coordenação entre os *Servicio Autonómico de Salud* das CCAA e para promover a coesão do Sistema Nacional de Salud com garantias similares para todos os espanhóis está constituído o Consejo Interterritorial del SNS com participação de todas as CCAA.

No SNS, os estabelecimentos de saúde são predominantemente públicos: os centros de saúde de atenção primária são públicos; e 70% dos leitos são

públicos. Ainda que também tenham sido parcialmente introduzidas novas formas de gestão dos hospitais públicos, a maioria dos hospitais permanece na administração pública direta sob contrato-programa de gestão (Repullo).

Com tradição de territorialização e hierarquização (anterior ao SNS) os *Servicios Autonómicos de Salud* das CCAA estão organizados em Áreas de Saúde, com população entre 200 mil e 250 mil habitantes, nas quais se situa um hospital geral responsável por internações, atenção especializada e serviço de urgências (Freire, 2004).

As áreas de saúde dividem-se em Zonas Básicas de Saúde com população de 5 mil a 25 mil, nas quais se localizam os centros de saúde de atenção primária com equipes multiprofissionais constituídas por médicos de família e comunidade (MFyC), pediatras e enfermeiros. As equipes de atenção primária têm serviços e profissionais de apoio compartilhados, como matronas, fisioterapia, odontologia, serviço social e saúde mental.

A equipe funcional de APS é constituída pelo médico generalista e o enfermeiro que atendem a mesma lista de pacientes. Em cada centro de saúde atuam diversas equipes funcionais que cobrem o horário de funcionamento do centro das 8 às 20 horas.

Os centros de saúde (CS) de atenção primária são públicos (existem 2.900 CS) e os profissionais de saúde são empregados públicos com uma carreira nacional (denominada estatutária, mas não são funcionários públicos estrito senso). São trabalhadores em tempo integral com dedicação exclusiva ao SNS com carga horária de 35 horas semanais, recentemente (2012) aumentadas para 37,5 horas semanais pelo governo central em um dos pacotes de ajustes frente à crise econômica. Além dos centros de saúde há pontos de atenção com apenas um consultório em zonas população mais dispersa: são 10 mil consultórios locais vinculados ao CS da área com atendimento dos MFyC dos CS.

A atenção primária tem posição forte no sistema. É o primeiro nível com função de porta de entrada preferencial e filtro para a atenção especializada prestada nos ambulatórios hospitalares. Ao se registrarem no SNS é atribuído aos usuários um médico de família e comunidade (MFyC) do Centro de Saúde de sua zona; posteriormente, se preferirem, podem escolher um outro MFyC de seu centro de saúde. A lista de

população por médico de família está entre 1300 a 1800 usuários para o MFyC e 700 crianças para o pediatra com variação a depender da dispersão populacional.

A mais importante reforma da APS antecedeu a criação do SNS com reforma da assistência médica da previdência social, o *Insalud*, (similar ao Inamps) já em 1984 (Real Decreto 137/1984). A reforma ocorreu por pressões dos profissionais recém-formados na especialidade de MFyC (criada em 1978) e da crescente insatisfação da população com os serviços oferecidos por INSALUD (Freire, 2004)

Esta reforma que se completou na segunda metade da década de 1990 teve como principais medidas que valorizam sobremaneira e qualificaram a APS na Espanha: a contratação de médicos generalistas (MFyC) em dedicação integral e exclusiva ao SNS, a formação de equipes multidisciplinares, melhoria da infraestrutura física com construção de novos Centros de Saúde e o fortalecimento da função de *gatekeeper* do MFyC.

O acesso à atenção especializada é condicionado ao encaminhamento pelo médico de família e comunidade da equipe de APS. A atenção especializada ambulatorial é fornecida através de uma rede pública de centros especializados vinculados ao hospital da Área de Saúde. As consultas especializadas são ofertadas no ambulatório do hospital (81% das consultas especializadas em 2010) ou em centros de especialidades (19% das consultas) que, na maioria, compartilham a equipe de especialistas que trabalha no hospital da Área.

A remuneração dos médicos de família, além do salário inclui um complemento per capita por paciente registrado em sua lista ajustado por idade (cerca de 15% da remuneração). O governo central regula a remuneração básica do pessoal estatutário, mas as CCAA tem liberdade para estabelecer complementos.

No contexto da crise foram definidos importantes cortes de gastos públicos inclusive os de saúde. O Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de "*medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*" estabeleceu cortes de 7 bilhões de Euros no SNS por "exigencia dos mercados".

Instituiu mudança legal na cobertura populacional ao definir uma condição de segurado à Seguridad Social em contraposição ao direito universal. Excluíram imigrantes ilegais do acesso ao SNS com exceção urgências, gravidez e atenção a menores de 18 anos (e para não segurados prevê o pagamento de cota convênio especial ainda não

implementado). Prevê cortes na carteira de serviços ao separar a carteira comum do SNS em três modalidades: básica sem co-pagamento; suplementar (medicamentos, órteses/próteses, produtos dietéticos), e a de serviços acessórios; ambas com co-pagamentos. Amplia co-pagamentos: introduz co-pagamentos de medicamentos para aposentados até então isentos, e introduz co-pagamento para transporte sanitário, órteses/próteses e produtos dietéticos, ademais de excluir medicamentos para sintomas menores de baixo preço da cesta coberta.

### **Gesetzliche Krankenversicherung – GKV**

O Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung - GKV*) de afiliação compulsória cobre 89% da população, é financiado solidária e paritariamente por trabalhadores e empregadores, mediante taxas de contribuições sociais proporcionais aos salários (15,5%, sendo 7,3% responsabilidade do empregador; e 8,2% do trabalhador). O financiamento do sistema de saúde é predominantemente público: 77% dos gastos em saúde na Alemanha são públicos. O sistema é plural composto por 146 Caixas de Doença (*Krankenkassen*). Há estrita separação entre financiamento e prestação. As Caixas não prestam serviços diretamente: devem contratar prestadores públicos e privados.

Para atenção ambulatorial seja primária ou especializada as Caixas estabelecem contratos com as Associações de Médicos Credenciados das Caixas e estes médicos, profissionais autônomos, atendem os segurados em seus consultórios privados em geral individuais (em 77% dos consultórios trabalha somente um médico).

Para atenção hospitalar, as Caixas estabelecem contratos com cada hospital (sendo 48% dos leitos públicos). Os médicos da atenção hospitalar são empregados assalariados. Há também estrita separação entre atenção ambulatorial e hospitalar: o médico ou trabalha no consultório ou no hospital privado.

A oferta das Caixas é ampla, sendo que a grande maioria (98%) dos médicos em exercício em prática ambulatorial é credenciada pelas Caixas (85% credenciados e 13% como empregados) e somente 1,7% atuam em prática privada exclusivamente.

A remuneração dos profissionais pelas Caixas é realizada com base em casos tratados e limitada por tetos financeiros por consultório e



especialidade. A atenção ambulatorial é gratuita (em 2004 foi estabelecida uma taxa de co-pagamento de 10 euros por trimestre por médico procurado, que foi abolida em 2012).

As Associações de Médicos Credenciados das Caixas do Seguro Social de Doença ocupam posição-chave no sistema de saúde. São responsáveis pela garantia da atenção ambulatorial e coordenam as atividades dos outros prestadores de serviços, cujo acesso é dependente de seu encaminhamento. Essas associações representam os médicos, estabelecem contratos coletivos com as Caixas e negociam o valor da remuneração setorial. Recebem os honorários de todos os médicos, que são separados em um valor global para os médicos generalistas e outro para médicos especialistas, e os distribuem para cada médico, conforme o número de casos tratados e serviços prestados por trimestre (Herrmann & Giovanella, 2013)

A atenção primária no Seguro Social de Doença alemão é fraca. Não é definido um primeiro nível de atenção: o segurado, a cada atendimento pode escolher qualquer médico credenciado. Assim, a atenção de primeiro contato pode ser prestada tanto pelo médico generalista (*Hausarzt, Allgemeinmediziner*) quanto pelo médico especialista.

O *Hausarzt* não é *gatekeeper*: não é obrigatório o registro e o encaminhamento pelo generalista para consulta com especialistas. Há, todavia certa tradição na atenção por médico generalista: correspondem a cerca da metade do total de médicos do setor ambulatorial e mais da metade dos alemães referem ter um *Hausarzt* de sua confiança.

Na Alemanha, medidas para fortalecer a atenção pelos generalistas vêm sendo introduzidas de forma lenta desde os anos 1990, especialmente a partir 1997 com o governo de coalizão social democrata/verdes. Em 2000 foi criada a Comissão de Generalistas ao interior das Associações de Médicos das Caixas com separação da remuneração ambulatorial entre orçamento para generalistas e outro para especialistas. Esta medida levou à valorização do GP com melhora de sua renda. Foram também implementados programas de gestão de patologias (*Disease management programs DMP*) para agravos como diabetes, DPOC, insuficiência cardíaca, com inscrição de pacientes, coordenação da atenção pelo GP e incentivos financeiros.

Em 2007 foi estabelecida obrigatoriedade das Caixas oferecerem programa de Atenção Centrada no Médico Generalista (*hausarztzentrierte Versorgung-HZV*) com função de *gatekeeper* e coordenação. Entretanto, a participação de segurados e dos médicos

generalistas é voluntária. Algumas Caixas definiram bônus para adesão de segurados, todavia os alemães valorizam muito a livre escolha a que estão acostumados e a adesão é baixa.

Para a Atenção Centrada no Médico Generalista, as Caixas estabelecem contratos seletivos com as Associações de Médicos Generalistas que estão em lenta implementação. Permanecem importantes conflitos e dificuldades de implementação devido a disputas na distribuição da remuneração entre médicos especialistas e generalistas.

A experiência mais desenvolvida deste modelo assistencial centrado no generalista é da Caixa AOK de *Baden-Württemberg* implantado em 2009 – AOK. Neste modelo foram incluídas novos profissionais, técnicas de enfermagem (Verah e Agnes) com capacitação específica, que por delegação do GP realizam visitas domiciliares. Apoiam o trabalho dos GPs e reduzem sua carga. Há, contudo importante resistência dos GPs a qualquer modalidade de substituição do trabalho por outras profissões. A enfermagem e outras profissões da saúde como fisioterapeutas são tradicionalmente de nível técnico. A formação universitária destas profissões é recente. De toda maneira, com estes novos profissionais, inicia-se incipiente trabalho em equipe.

As primeiras avaliações da Atenção Centrada no Médico Generalista são positivas. Há maior adesão de pacientes crônicos, ocorre fortalecimento de vínculo com aumento de frequência de consultas com o GP e melhor coordenação pelo generalista, reduzindo o acesso ao especialista sem encaminhamentos (Gerlach & Szecsenyi, 2012).

Recente, legislação de 2012 buscou regular a oferta de serviços em áreas rurais, para garantir atenção nestas áreas, uma vez que se observa envelhecimento dos médicos generalistas e baixa adesão de novos profissionais à especialidade, com tendência à baixa oferta em áreas rurais (Herrmann & Giovanella, 2013).

## Crise e reformas

No contexto da crise, os três países estão submetidos a distintas pressões financeiras. A Alemanha cresce, tem baixo desemprego e apresentou superávit no seguro social de doença tendo sido abolida o co-pagamento de 10 euros na atenção ambulatorial.

Na Espanha e Inglaterra ocorreram ajustes

e cortes nos orçamentos públicos. Na Espanha, o país mais afetado pela crise: aumentou o co-pagamentos de medicamentos, definiu a condição de afiliado à Seguridade Social e restringiu acesso a imigrantes ilegais, como mencionado.

Nos programas de ajuste, intensificam-se os mecanismos das reformas pró-mercado e observa-se tendência à privatização e comercialização da saúde em diversas modalidades (investimentos, gestão, prestação). Neste contexto, e com a presença de governos conservadores, o suposto fortalecimento da atenção primária (considerada mais eficiente) e de sua função de coordenação é coetâneo à intensificação da competição e mercantilização dos sistemas públicos. Os cortes já têm algumas repercussões na atenção: aumento de tempos de espera, desigualdades e insatisfação da população.

A crise está em curso e os processos históricos são abertos, suas consequências a médio e longo prazo são dependentes da força da mobilização das bases sociais de sustentação dos sistemas universais. A população, entidades e profissionais de saúde se mobilizam e resistem aos cortes nas políticas sociais. Surgem movimentos de solidariedade internacional.



Tendências de reformas da APS em países europeus

Nos processos de reformas europeus desde os anos 1990, os serviços de atenção primária ampliaram suas funções:

- Clínicas - enquanto serviços de primeiro contato e prevenção;
- De coordenação da atenção funcionando como *gatekeeper* responsável por referências, e articulando os outros serviços primários e sociais; e
- Financeiras controlando orçamentos hospitalares e de serviços especializados.

Estas reformas organizacionais pró-coordenação incluíram um conjunto de medidas que proporcionaram maior poder e controle da atenção primária sobre prestadores de outros níveis (como coordenador ou comprador) e/ou expandiram o leque de serviços ofertados no primeiro nível (Saltman et al., 2006; Rico et al., 2003).

### Ampliação da função de filtro /sistema de *gatekeeping*

Observa-se ampliação da função de filtro /sistema de *gatekeeping* no qual os profissionais de atenção primária são a porta de entrada preferencial do sistema, controlando a utilização de serviços nos outros níveis e passaram a dispor de maior grau de autoridade sobre o custo e qualidade da atenção especializada e hospitalar comprando/contratando /comissionando serviços especializados para seus pacientes (Saltman et al., 2006). Os exemplos mais marcantes são dos processos na Inglaterra na conformação do mercado interno do NHS inglês, no qual organizações de GPs foram instituídas como compradores dos serviços especializados para seus pacientes em uma sequência de iniciativas: *GP-Fundholding* (1991-7); *primary care trust - PCT* (1998-2010); *GP commissioning* em 2007; e *CCG - Clinical Commissioning Groups* 2012.

Outro exemplo é o da França, onde desde 2005 é obrigatória a escolha/definição por segurados do seguro social de doença de um médico de referência que passa a ser o serviço de primeiro contato, exerce a função de *gatekeeper* e deve ser procurado a cada nova necessidade de atenção. Na Alemanha como mencionada, há tentativas de instituir o *GP/Hausarzt* como coordenador; sendo desde 2007 obrigatória para as Caixas ofertar modelo assistencial centrado no médico generalista, em implementação, todavia muito lenta.

Importa lembrar que a função de *gatekeeper* pode funcionar como barreira na presença de oferta especializada insuficiente, e que contribui, mas não garante a coordenação do cuidado. Para garantir coordenação, fazem-se necessárias estratégias para estabelecer cooperação e contato direto das equipes da APS com profissionais especializados e hospital (Giovannella et al, 2009).

## Expansão do elenco de ações realizadas por profissionais de APS – melhorar a resolutividade

Observa-se ampliação de funções clínicas: incluindo novas ações curativas, maior acesso a testes diagnósticos, acesso eletrônico a registros hospitalares e resultados facilitados por novas tecnologias de informação e comunicação (TICs). Neste processo há substituição de outros prestadores na oferta de procedimentos (pequenas cirurgias em dermatologia, GPs com especial interesse realizam endoscopia, responsabilizam-se pela anti-coagulação).

Para ampliar as funções e garantir qualidade, são instituídos incentivos financeiros à produção de ações com oferta insuficiente na prevenção e promoção da saúde e avança-se na contratualização de metas e resultados.

Novos modelos para promover melhor qualidade do cuidado ao portador de doença crônica.

São desenvolvidos novos modelos para promover melhor qualidade do cuidado ao portador de doença crônica. Há disseminação de diretrizes clínicas para agravos frequentes, que permitem monitoramento das práticas médicas e promovem redução da variabilidade de condutas, um importante fator determinante de custos excessivos.

Estão sendo implementados, programas de gestão clínica/ gestão de patologias (*disease management-DMP*) que promovem o compartilhamento por diversos prestadores de um esquema de atenção e com base em uma diretriz clínica: i) definem tratamentos e objetivos de saúde (metas de controle da doença, níveis plasmáticos); ii) distribuem competências entre os diversos prestadores; iii) organizam fluxos entre atenção primária, especializada, hospitalar e de reabilitação. Em geral, o GP assume o papel de *gatekeeper* e de gestor da patologia (manager): inscrevem pacientes e coordena a assistência. Função esta compartilhada ou exercida por enfermeiro/a (Giovanela, 2011).

Implantam-se iniciativas de trabalho integrado com internistas de hospitais para atenção a pacientes com multimorbidade (na Espanha, serviços de pluripatologia articulam GP e internistas de hospital). Institui-se a gestão de casos de pacientes com multimorbidade em APS: articulado com especialista/hospital e importante papel enfermagem (Corrales- Nevado et al 2012).

Iniciam-se experiências de gestão integrada de serviços de APS, serviços hospitalares e de atenção especializada como as *organizaciones sanitarias integradas* (OSI) do País Basco com estratégias compartilhadas de atenção ao doente crônico

(Vasquez et al 2012).

## Ampliação e redefinição de papéis profissionais

Papéis profissionais são ampliados e tendem a ser redefinidos. Há incorporação da fisioterapia nas unidades de atenção primária. GPs ampliam sua atuação no campo psicossocial e ocorre articulação mais estreita com os serviços de saúde mental. Expande-se a atuação em cuidados paliativos e atenção domiciliar dos profissionais de atenção primária, em conjunto com o desenvolvimento de serviços específicos.

Há tendência de maior integração com os serviços sociais. A tendência é de ampliação da atuação dos trabalhadores sociais sanitários para garantia de cuidado para idosos com perda de autonomia com papel ativo na articulação com outros serviços sociais, tornando-se necessária qualificação dos assistentes sociais para esta atuação.

Outra tendência importante é a ampliação das funções da enfermagem com maior autonomia deste profissional. Estudos mostram que a substituição do trabalho médico por enfermeiras: diminui custo, reduz carga médica, e tem qualidade similar. Pode inclusive ter componentes de melhor qualidade, pois as consultas de enfermagem são mais longas e as enfermeiras informam melhor os pacientes (Laurant et al, 2009).

A academização da medicina geral e de família com criação de departamentos de medicina geral e de família em todas as faculdades de medicina é uma realidade em muitos países europeus (Herrmann & Giovanella, 2013). Atualmente é obrigatório o título na especialidade em medicina geral e familiar para atuação como generalista/GP, o que exige formação em residência por período de cinco anos segundo a norma europeia.

Outro problema comum, compartilhado por vários países é a dificuldades para atração de estudantes para a especialidade MFyC e para fixação de médicos e generalistas em áreas rurais. Ocorre também a academização das outras profissões da saúde com criação de faculdades de enfermagem, fisioterapia na Alemanha, a partir dos anos 1990, antes inexistentes. Ao mesmo tempo são incorporados novos trabalhadores de saúde: assistentes de saúde com funções delegadas. Observa-se tendência para ampliar o

trabalho em equipe, o qual é ainda mais incipiente do que no Brasil. Tenderia a APS na Europa a se tornar um pouco menos médica centrada?

O que podemos aprender das experiências destes países? Certamente em primeiro lugar reconhecer a possibilidade de existência de sistemas universais de saúde financiados solidariamente com predomínio de gastos públicos com redes de serviços compartilhadas pela grande maioria população. Ainda que tensionados, em contexto recessivo, por políticas de austeridade de governos conservadores, os sistemas de saúde nos três países estudados permanecem universais e financiados publicamente. É sempre importante denunciar que o financiamento do SUS e da atenção básica no Brasil são extremamente baixos e insuficientes, considerando a nossa receita nacional e a obrigação constitucional da garantia do direito universal à saúde. Como vimos, nos países europeus que alcançaram a cobertura universal como a Inglaterra, Espanha os gastos públicos correspondem a 7 ou 8% do Produto Interno Bruto (PIB). No Brasil, os gastos públicos em saúde contabilizam 3,7% do PIB. Temos condições econômicas para dobrar nossos gastos públicos em saúde, nossa riqueza nacional nos permite. O que falta é a decisão política e apoio social (especialmente da classe média) para aplicar mais recursos públicos em saúde.

As iniciativas de desenvolvimento de novas experiências de modelos de cuidados para doentes crônicos, os modelos de atenção domiciliar, os esquemas para garantia de cuidados de longa duração com proteção pública, certamente merecem ser mais bem estudados e podemos aprender muito com estas experiências.

Outro campo em que precisamos urgentemente avançar refere-se às carreiras profissionais no SUS. Carecemos, sem dúvida, de uma carreira nacional para profissionais do SUS, o que poderíamos investigar melhor no exemplo da Espanha do regime nacional de pessoal civil do SNS.

Podemos certamente também ensinar, temos muitas fortalezas em nossa atenção primária – além do engajamento de muitos de nossos profissionais –, com destaque para o trabalho interdisciplinar em equipe, a atuação comunitária, a mediação inter setorial e a amplitude e institucionalização da participação social no SUS.

## Considerações Finais

Para finalizar gostaria de lembrar que em nível internacional, nos últimos anos, a APS adquire

também importância no debate da universalidade. A garantia da universalidade tem alcançado proeminência no debate internacional (OMS) e tem sido reiterada como estratégia para alcance da cobertura universal. Há dubiedade, contudo, quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da estratégia APS.

Tensão entre:

- Sistemas universais de saúde ou apenas coberturas segmentadas com seguros diferentes conforme possibilidade de compra e renda dos indivíduos?
- APS seletiva focalizada ou ordenadora de uma atenção integral?

Quando aderimos ao lema “APS agora mais do que nunca” é necessário explicitar a universalidade que buscamos e a APS que queremos: uma APS seletiva e um universalismo básico? Ou APiS integral e sistema de saúde equitativo de acesso universal como a proposta original do SUS?

Ter clareza destas tensões é fundamental para que possamos avançar em defesa do direito à saúde. A saúde é um componente central dos direitos humanos. Amartya Sen (2008) argumenta que os direitos humanos não são uma questão de leis, mas uma questão de ética social. São direitos inalienáveis de cada um – antecedem as leis: são os ancestrais, os pais e as mães, das leis.

Tomar a saúde como um direito humano agora é um apelo a ações políticas, sociais, científicas e culturais para garantia de saúde para todos. Reconhecer a saúde como direito é reconhecer a necessidade de um acordo social forte para uma boa saúde: “Há poucas coisas tão importantes como esta no mundo contemporâneo” (*There are few things as important as that in the contemporary world*) (Sen, 2008).

Contribuir para a construção deste acordo social é nossa responsabilidade e compromisso como docentes, pesquisadores e trabalhadores do SUS. A efetiva construção do SUS é parte de nosso processo civilizatório, de construção de uma sociedade brasileira mais democrática, solidária e justa, como dizia Arouca.

## Referências

1. Boyle S. United Kingdom (England). Health System Review. Health systems in transition; 2011, 13(1):1-486. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe.

2. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2010, 10 (Supl. 1): s14-s27.
3. Conill EM & Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Documento Técnico Eurosocial Salud. FCSAI/Ensp/Fiocruz: Rio de Janeiro. Disponível em [www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/](http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/)
4. Corrales-Nevaldo D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(Supl.1) :63-8.
5. Freire JM. La atención primaria de salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: Navarro López V. edit. *El Estado de Bienestar en España*. Madrid. Tecnos 2004, p 239-291.
6. Gerada C. president do Royal College of General Practitioners. Comunicação pessoal em setembro de 2012, na sede do RCGP em Londres.
7. Gerlach F, Szecsenyi J. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73 b SGB V in Baden-Württemberg. Berlin: 15 juni 2012. *HZV Aktuell*.
8. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(5)951-964.
9. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011, 16 (supl.1):1081-1096.
10. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado M, Andrade CLT, Cunha MS, Pacheco C. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14:783-794.
11. Harrison D. Director of Public Health, Partnerships and Engagement Blackburn with Darwen, Comunicação pessoal em setembro de 2012. University of Lancaster.
12. Herrmann M, Giovanella L. Desenvolvimento e formação profissional em medicina geral e de família na Alemanha. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(27):132-42. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)679](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)679)
13. Labonté R et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Dossier. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*; 2009 8 (16): 14-29.
14. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. [Review]. *The Cochrane Library* 2009, <http://www.thecochranelibrary.com>
15. Meny I, Thoenig JC. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992. (Cap. VIII - La dimensión comparativa de las políticas públicas, p. 223-244).
16. NHS-CB - NHS Commissioning Board. Commissioning development: Key facts. NHS-CB - NHS Commissioning Board Special Health Authority. NHS-CB, 2012 disponível em <http://www.commissioningboard.nhs.uk/files/2012/06/fact-comm-dev.pdf> acesso em 06.08.2012.
17. OPAS/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization- PAHO/WHO; 2005 disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/OPAS%20renovacao%20APS%202005%20portugues.pdf>
18. Pollock et al. The market in primary care. *BMJ*. 8 September 2007 | Volume 335: 475-477.
19. Repullo-Labrador JR. La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. In: Presno Linera, MA (Coordinador). *Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables*. Procura N° 2. 2012. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo.
20. Reynolds L, McKee M. GP commissioning and the NHS reforms: what lies behind the hard sell? *Journal of the Royal Society of Medicine*, January 2012 105:7-10.
21. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press; 2006.
22. Sen A. Why and how is health a human right? *Comment. The Lancet* 2008; 372:2010.
23. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502.
24. Unisom. Health Social Care Act 2012. Making sense of the new NHS. June 2012. disponível em: <http://www.unison.org.uk/file/Understanding%20Health%20Act%20-%20MV%20-%20June%202012.pdf> acesso em 01.08.2012.
25. Vazquez ML, Vargas I, Nuno R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):94.101.
26. WHO-World Health Organization. *Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca*. *The World Health Report 2008*. Geneva: WHO; 2008. disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf).