

O papel da atenção básica nos indicadores de saúde

Por que os países com atenção básica forte, contínua e resolutiva têm melhores indicadores — evidências, comparação internacional, o caso de Cuba e lições para o Brasil.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck · Secretário Municipal de Saúde de Indaiatuba (2009–2018)

Dados: Banco Mundial/UN IGME/OMS, estudos publicados e fontes oficiais, conferidos em setembro de 2026

Da evidência científica ao painel de indicadores do gestor: o que a atenção básica faz pela saúde da população, e por que o Brasil ainda depende tanto do pronto-socorro. [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|---|
| 1. Por que falar de atenção básica | 7. O Brasil comparado a outros países |
| 2. O que é uma atenção básica forte | 8. Por que o Brasil ainda depende tanto da urgência |
| 3. O que mostra a evidência internacional | 9. Como medir a força da atenção básica |
| 4. Continuidade do cuidado: o "tratamento" mais subestimado | 10. O que fazer: lições para o Brasil |
| 5. A evidência brasileira: a Estratégia Saúde da Família | 11. Limitações |
| 6. A atenção básica e a saúde da criança | 12. Referências |

1. Por que falar de atenção básica

Quando se comparam os sistemas de saúde do mundo, um padrão se repete: os países com melhores indicadores — menor mortalidade infantil e materna, maior expectativa de vida, menos

internações evitáveis — não são necessariamente os que mais gastam, mas os que organizaram uma **atenção básica forte**, com porta de entrada definida, equipe responsável por um território e seguimento contínuo das pessoas ao longo da vida.

Este documento reúne a evidência científica sobre esse papel, compara o Brasil com outros oito países das Américas e da Europa (Cuba, Argentina, Colômbia, México, Estados Unidos, Itália, Reino Unido e França) e propõe um conjunto de indicadores e medidas para gestores. É um complemento ao levantamento *Financiamento e gestão dos sistemas de saúde no mundo*, publicado nesta mesma área.

Neste texto, **atenção básica**, **atenção primária à saúde (APS)** e **atenção de seguimento** são usados como sinônimos: o cuidado ambulatorial contínuo prestado por médicos de família, pediatras, clínicos, enfermeiros e equipes multiprofissionais em unidades básicas, consultórios e clínicas, em oposição ao atendimento episódico de urgência (pronto-socorro, UPA, pronto-atendimento).

2. O que é uma atenção básica forte

A Declaração de Alma-Ata (1978) definiu a atenção primária como o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde, e a Declaração de Astana (2018) renovou esse compromisso como base da cobertura universal. A pediatra e pesquisadora Barbara Starfield (Johns Hopkins) descreveu os **quatro atributos essenciais** que distinguem uma APS de verdade de um simples ambulatório:

ATRIBUTO	O QUE SIGNIFICA NA PRÁTICA	O QUE ACONTECE QUANDO FALTA
Primeiro contato	A equipe de APS é a porta de entrada habitual para cada problema novo, com acesso fácil e rápido	A população procura o pronto-socorro ou o especialista diretamente
Longitudinalidade	A mesma equipe acompanha a mesma pessoa ao longo do tempo; o foco é a pessoa, não a doença	Cada atendimento começa do zero; ninguém conhece a história do paciente
Integralidade	A equipe resolve a maior parte das necessidades: prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação	Encaminhamentos excessivos e fragmentação
Coordenação	A equipe organiza o caminho do paciente pelos outros níveis e recebe a contrarreferência	O paciente circula sozinho entre serviços que não se comunicam

Starfield acrescentou três atributos derivados: **orientação familiar**, **orientação comunitária** e **competência cultural**. Um sistema pode ter muitas unidades básicas e, ainda assim, uma APS fraca, se esses atributos não estiverem presentes.

1) Maior acesso aos serviços, especialmente para grupos desfavorecidos; 2) melhor qualidade clínica; 3) foco em prevenção; 4) manejo precoce dos problemas; 5) efeito cumulativo dos atributos ao longo do tempo; 6) redução de cuidado especializado desnecessário ou potencialmente danoso.

3. O que mostra a evidência internacional

Mais médicos de atenção primária, menos mortes

- **Starfield, Shi e Macinko (Milbank Quarterly, 2005)** revisaram décadas de estudos: nos Estados Unidos, **um médico de atenção primária a mais por 10.000 habitantes associou-se a uma redução média de 5,3% da mortalidade** — o equivalente a até cerca de 127 mil mortes evitadas por ano no país.
- **Basu e colaboradores (JAMA Internal Medicine, 2019)**, em 3.142 condados americanos entre 2005 e 2015: cada **10 médicos de APS a mais por 100.000 habitantes associou-se a 51,5 dias a mais de expectativa de vida**, contra 19,2 dias para o mesmo acréscimo de especialistas. Ou seja, o efeito da atenção primária foi cerca de **2,7 vezes maior**. No período, a densidade de médicos de APS caiu de 46,6 para 41,4 por 100.000, com perdas maiores nas áreas rurais.
- **Macinko, Starfield e Shi (Health Services Research, 2003)** compararam 18 países ricos da OCDE entre 1970 e 1998: sistemas com APS mais forte tiveram menor mortalidade prematura por todas as causas, mesmo após ajuste para renda e estilo de vida.
- **Kringos e colaboradores (Health Affairs, 2013)**, em 31 países europeus: APS forte associou-se a melhor saúde da população, menos internações evitáveis e menor desigualdade socioeconômica em saúde — mas também a **gasto total em saúde algo maior**. A atenção básica forte não é necessariamente "barata"; o gasto maior vem acompanhado de **melhores resultados**.

Resultados de reformas concretas

- **Costa Rica (Rosero-Bixby, Revista Panamericana de Salud Pública, 2004)**: a implantação das equipes básicas de atenção integral (EBAIS), a partir de 1995, associou-se a **redução de 8% na mortalidade de crianças e de 2% na de adultos**, estimando-se 120 vidas de crianças e 350 de adultos salvas apenas em 2001. Nas áreas pioneiras, a proporção da população sem acesso equitativo à atenção de primeiro nível caiu 15% entre 1994 e 2000, contra 3% nas áreas que ainda não tinham adotado a reforma.

- **Organização Mundial da Saúde:** ampliar as intervenções de APS nos países de baixa e média renda poderia **salvar 60 milhões de vidas e aumentar a expectativa de vida média em 3,7 anos até 2030**; cerca de **75% dos ganhos em saúde** previstos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável poderiam vir da atenção primária.

ACESSO NÃO BASTA: QUALIDADE TAMBÉM MATA

A Comissão da *Lancet Global Health* sobre sistemas de saúde de alta qualidade (Kruk e colaboradores, 2018) estimou mais de **8 milhões de mortes por ano**, em países de baixa e média renda, por condições tratáveis pelo sistema de saúde — **60% delas por cuidado de má qualidade**, e não por falta de acesso. Unidade aberta sem resolutividade não produz resultado.

4. Continuidade do cuidado: o "tratamento" mais subestimado

A longitudinalidade — ser acompanhado pelo mesmo médico ou pela mesma equipe — tem efeito mensurável e dose-dependente:

ESTUDO	POPULAÇÃO	PRINCIPAL RESULTADO
Pereira Gray e colaboradores, BMJ Open 2018 (revisão sistemática)	22 estudos de 9 países	18 estudos (82%, todos de alta qualidade) mostraram menor mortalidade com maior continuidade
Sandvik e colaboradores, Br J Gen Pract 2022	4,55 milhões de noruegueses	Vínculo de mais de 15 anos com o mesmo médico de família, comparado a 1 ano: chance 30% menor de usar o pronto-atendimento, 28% menor de internação aguda e 25% menor de morrer ; com 2–3 anos de vínculo, reduções já de 13%, 12% e 8%
Barker e colaboradores, BMJ 2017	230.472 idosos (62–82 anos), Inglaterra	Aumento modesto da continuidade reduziria em 6,2% as internações por condições sensíveis à atenção primária
Huntley e colaboradores, BMJ Open 2014 (revisão)	48 artigos (44 estudos)	Continuidade com o mesmo profissional reduziu idas ao pronto-socorro e internações de emergência

A troca frequente de médicos nas equipes de saúde da família — por contratos precários, rotatividade ou falta de carreira — destrói justamente o atributo que mais protege a população. Fixar o profissional no território é uma intervenção de saúde, não apenas uma questão de recursos humanos.

5. A evidência brasileira: a Estratégia Saúde da Família

O Brasil tem uma das maiores experiências de expansão de atenção primária do mundo, e ela foi extensamente estudada.

Mortalidade infantil e na infância

- **Macinko, Guanais e Souza (J Epidemiol Community Health, 2006):** entre 1990 e 2002, cada 10% de aumento na cobertura do então Programa Saúde da Família associou-se a 4,5% de redução da mortalidade infantil. No mesmo modelo, 10% a mais de acesso a água associou-se a 3% de queda, e a alfabetização feminina também teve efeito expressivo.
- **Aquino, Oliveira e Barreto (Am J Public Health, 2009):** em 771 municípios (1996–2004), a mortalidade infantil caiu 13%, 16% e 22% conforme a cobertura do PSF era incipiente, intermediária ou consolidada — com efeito maior onde a mortalidade inicial era mais alta e o IDH mais baixo.
- **Rasella, Aquino e Barreto (Pediatrics, 2010):** a cobertura consolidada associou-se a menor mortalidade de menores de 5 anos por **diarreia e infecções respiratórias baixas** — exatamente as causas mais sensíveis à puericultura, ao aleitamento, à hidratação oral e ao diagnóstico precoce.
- **Bastos e colaboradores (PLoS One, 2017),** revisão sistemática: **13 de 14 estudos** associaram maior cobertura da ESF a menor mortalidade pós-neonatal e na infância.

Doenças crônicas e desigualdade

- **Rasella e colaboradores (BMJ, 2014):** com cobertura consolidada, a mortalidade por doenças cerebrovasculares foi 18% menor e por doenças cardíacas 21% menor; com 8 anos de cobertura consolidada, **31% e 36% menor**. Não houve efeito sobre mortes por acidentes — um "teste de falsificação" que reforça a especificidade da associação.
- **Hone e colaboradores (PLoS Medicine, 2017):** entre 2000 e 2013, a expansão da ESF de 0 para 100% associou-se a **redução de 15,4% da mortalidade por condições sensíveis à APS entre pretos e pardos, contra 6,8% entre brancos** — a expansão da atenção básica associou-se à redução das desigualdades raciais em saúde.

Internações evitáveis (ICSAP)

A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria SAS/MS nº 221/2008) reúne 19 grupos de causas — como doenças preveníveis por vacina, gastroenterites, pneumonias bacterianas, asma, hipertensão, insuficiência cardíaca, diabetes, infecção urinária e condições ligadas ao pré-natal — cuja internação uma APS efetiva deveria, em boa parte, evitar.

- **Macinko e colaboradores (Health Affairs, 2010):** entre 1999 e 2007, as internações por condições crônicas sensíveis à APS caíram **quase duas vezes mais rápido** que as demais; municípios com alta adesão ao PSF tiveram taxas **13% menores**.
- **Santos e colaboradores (Rev Bras Epidemiol, 2022):** as taxas padronizadas de ICSAP caíram de cerca de 120 por 10.000 habitantes em 2010 para **88,2 em 2019** (–29% nas mulheres, –26% nos homens), mas **a queda desacelerou em 2015–2019**, período associado pelos autores às políticas de austeridade.
- **PROADESS/Fiocruz (2022):** em 2020, as ICSAP ainda representavam **17,2% das internações** do SUS (excluídas as obstétricas); entre idosos com 70 anos ou mais, a proporção caiu de 50,6% em 2000 para 24,9% em 2021. Cinco diagnósticos — insuficiência cardíaca, infecção urinária, AVC, pneumonia e angina — somaram 38% dessas internações.

O que não funcionou tão bem

A evidência também mostra limites. O **Programa Mais Médicos** ampliou o acesso, mas parte dos médicos contratados substituiu profissionais já existentes (acréscimo líquido de 5,7 por 100.000, e não de 15,1), e os estudos divergem sobre seu impacto: redução modesta da mortalidade evitável em municípios prioritários (Hone e colaboradores, 2020) contra efeito médio nacional próximo de zero sobre internações e mortalidade sensíveis à APS (Thomas e colaboradores, 2024). **Colocar médico na unidade é necessário, mas não suficiente** — sem vínculo, resolutividade e retaguarda, o ganho é pequeno.

QUANDO A ATENÇÃO BÁSICA É CORTADA

Uma modelagem publicada na *PLoS Medicine* (Rasella e colaboradores, 2018) estimou que manter a proteção social e a ESF, em vez de medidas de austeridade, evitaria cerca de **19.700 mortes de menores de 5 anos** e 124 mil internações de menores de 5 anos entre 2017 e 2030 no Brasil. Os ganhos da APS são reversíveis.

A mortalidade infantil no Brasil

ANO	MORTALIDADE INFANTIL (‰)	MORTALIDADE NEONATAL (‰)	CONTEXTO DA APS
1990	51,9	25,1	Antes do SUS pleno e do PSF
2000	29,1	18,1	PSF em expansão (criado em 1994)
2010	16,0	11,1	ESF como modelo prioritário
2019	12,9	9,2	Cobertura da ESF: 62,6% da população (PNS 2019)
2024	12,3	7,1	Cerca de 52,7 mil equipes; meta de 80% de cobertura em 2026

Fonte: UN IGME/Banco Mundial (estimativas modeladas, atualizadas em julho de 2026); cobertura: PNS/IBGE e Ministério da Saúde. As estimativas do UN IGME podem diferir dos dados do SIM/Ministério da Saúde.

A queda da mortalidade infantil brasileira foi uma das maiores do mundo, e a atenção básica foi um de seus motores, ao lado do saneamento, da escolaridade materna, da vacinação e do Bolsa Família. Mas, a partir de 2010, a queda ficou mais lenta, e a maior parte dos óbitos passou a ser **neonatal** (entre 60% e 70%, conforme a fonte) — dependente da qualidade do pré-natal, do parto e da assistência ao recém-nascido. Aqui, a APS continua essencial (captação precoce da gestante, pré-natal de qualidade, identificação do risco, vinculação à maternidade, visita ao recém-nascido na primeira semana), mas **precisa estar articulada a uma rede perinatal regionalizada e de qualidade**.

6. A atenção básica e a saúde da criança

Para a pediatria, a atenção básica é o lugar onde se decide boa parte do futuro da criança:

- **Pré-natal:** no mínimo seis consultas, com a primeira até a 12ª semana; rastreamento de sífilis, HIV, diabetes gestacional e hipertensão; vacinação da gestante.
- **Primeira semana de vida:** visita ou consulta precoce do recém-nascido e da puérpera, apoio à amamentação, verificação das triagens neonatais.
- **Puericultura:** acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional, prevenção de acidentes, orientação aos pais — com o calendário de consultas recomendado pela SBP e pelo Ministério da Saúde.
- **Vacinação:** a queda das coberturas vacinais a partir de 2016 e o retorno do sarampo mostraram o que acontece quando a busca ativa e o vínculo enfraquecem; a recuperação recente (93% para a primeira dose da vacina contra sarampo em 2024) acompanhou a retomada da busca ativa e das ações de vacinação nas unidades básicas e nas escolas.
- **Doenças agudas comuns:** diarreia, pneumonia, asma e infecções de pele são as causas clássicas de internação evitável na infância — e as mais sensíveis ao atendimento oportuno

e resolutivo.

- **Crianças com condições crônicas e complexas:** a APS coordena o cuidado com os especialistas e evita que a família dependa do pronto-socorro.

PEDIATRA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Sociedade Brasileira de Pediatria defende a presença do pediatra na atenção primária, integrado às equipes de saúde da família e às equipes multiprofissionais (eMulti) como referência e apoio matricial. A experiência internacional é variada: na Itália e na Espanha, o *pediatra di libera scelta* e o pediatra de atenção primária acompanham as crianças até cerca de 14 anos; no Reino Unido e em Portugal, esse papel é do médico de família. Em qualquer modelo, o que protege a criança é o **seguimento contínuo por uma equipe responsável**.

7. O Brasil comparado a outros países

Indicadores de resultado

PAÍS	MORTALIDADE INFANTIL (‰, 2024)	MORTALIDADE MATERNA (/100 MIL NV, 2023)	EXPECTATIVA DE VIDA (ANOS, 2024)	VACINA SARAMPO 1ª DOSE (% , 2024)	MÉDICOS /1.000 HAB.	GASTO EM SAÚDE (% DO PIB)	GASTO POR HABITANTE (US\$)
Brasil	12,3	67	76,0	93	2,4	9,7	1.010
Cuba	6,8 (9,9 em 2025*)	35	78,3	99	9,5	9,4	~1.200**
Argentina	8,0	33	77,5	82	5,1	10,3	1.457
Colômbia	10,5	59	77,9	93	2,5	8,1	644
México	12,1	42	75,3	80	2,6	5,5	761
Estados Unidos	5,5	17	78,9	92	3,7	16,7	13.473
Itália	2,3	6	84,0	95	4,2	8,4	3.398
Reino Unido	4,1	8	81,4	89	3,3	11,1	5.860
França	3,4	7	83,0	95	3,3	11,5	5.327

Fontes: Banco Mundial (UN IGME, OMS/GHED, OMS/UNICEF WUENIC); anos mais recentes disponíveis (médicos: 2021–2023; gasto: 2023–2024). * Dado oficial do Ministério da Saúde

*Pública de Cuba (MINSAP) para 2025. ** Calculado no câmbio oficial de 1 peso = 1 dólar (2020), o que superestima muito o gasto real.*

Dois contrastes chamam a atenção. Os **Estados Unidos** gastam 13 vezes mais por habitante que o Brasil e mais que o dobro de França e Reino Unido, mas têm mortalidade infantil e materna piores e expectativa de vida menor que a europeia — um sistema forte em especialidades e tecnologia, mas com atenção primária fragmentada e acesso desigual. **Itália, França e Reino Unido**, com APS universal e porta de entrada organizada, têm os melhores resultados gastando menos da metade.

Urgência × seguimento: onde a população é atendida

Uma forma direta de avaliar a força da atenção básica é ver **quanto dos atendimentos médicos acontece na urgência** e quanto no **seguimento programado**:

PAÍS	SEGUIMENTO (APS, CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS)	URGÊNCIA (PS, UPA, PRONTO-ATENDIMENTO)	CONFIABILIDADE DO DADO
Brasil (SUS + planos)	75%	25%	baixa a média
Brasil — só planos de saúde (ANS, 2022)	77%	23%	alta
Cuba	77%	23%	média
Argentina	~81%	~19%	baixa
Colômbia	88%	12%	baixa a média
México	88%	12%	baixa a média
Estados Unidos	88% (80–85% com clínicas de urgent care)	12% (15–20%)	alta / estimativa
Reino Unido (Inglaterra)	91%	9%	alta
França	95%	5%	alta
Itália	96–97%	3–4%	média

Consultas médicas por ano, 2022–2024. Fontes: ANS (Mapa Assistencial), DATASUS (estimativa), MINSAP, CDC/NCHS, NHS Digital, DREES, Ministero della Salute/Eurostat, IMSS/INEGI, SISPRO/RIPS. As definições variam entre países; os números indicam ordem de grandeza.

No Brasil, cerca de 1 em cada 4 atendimentos médicos acontece na urgência — o dobro de Estados Unidos, México e Colômbia e três a oito vezes os níveis europeus. E isso vale **tanto para o SUS quanto para os planos de saúde**: não é apenas um problema de falta de unidades

básicas, mas de um **modelo de uso do sistema** em que o pronto-atendimento virou porta de entrada.

CUBA: O EXEMPLO E OS SEUS LIMITES

O que Cuba mostra. Com gasto por habitante baixo, Cuba alcançou expectativa de vida semelhante à dos Estados Unidos e, durante décadas, a menor mortalidade infantil da América Latina (cerca de 4 por mil em 2018, pelos dados oficiais). A base é uma APS organizada por território: **médico e enfermeira de família** para cada 1.000 a 1.500 pessoas, muitas vezes morando na comunidade; **dispensarização** — toda a população classificada por risco, com frequência mínima de consultas e visitas domiciliares; **policlínicos** que integram especialistas, exames e a urgência de baixa complexidade à própria APS (57% dos atendimentos de urgência cubanos acontecem na atenção primária); prioridade materno-infantil com pré-natal intensivo e *hogares maternos*; e alta escolaridade feminina.

Os limites. Há indícios, na literatura (González, *Cuban Studies*, 2015; Berdine, Geloso e Powell, *Health Policy and Planning*, 2018), de que parte dos óbitos neonatais precoces foi registrada como óbito fetal tardio, sob pressão para cumprir metas — e a mortalidade materna (35 por 100 mil pela estimativa da ONU; 40,6 em 2024 pelo dado oficial cubano) é cinco vezes a europeia, incoerente com uma mortalidade infantil "europeia". Com a crise econômica, a falta de medicamentos e a emigração de médicos, a mortalidade infantil oficial subiu para **7,1 em 2024 e 9,9 em 2025**. O modelo também depende de forte controle estatal sobre profissionais e pacientes.

A lição. Uma APS organizada por território e por risco, com seguimento ativo, produz indicadores de país rico com gasto de país pobre — mas só se sustenta com financiamento, insumos e profissionais fixos.

8. Por que o Brasil ainda depende tanto da urgência

A leitura dos dados, somada à experiência de gestão municipal, aponta para causas que se reforçam mutuamente:

No SUS — oferta e resolutividade da atenção básica

- Cobertura desigual (maior no Nordeste, menor no Sudeste e nas grandes cidades), equipes incompletas e alta rotatividade de médicos.
- Unidades com horário restrito ao expediente comercial, incompatível com a rotina de quem trabalha.

- Baixa resolutividade: demora para exames, especialistas e medicamentos. A população aprende que na UPA "sai atendida no mesmo dia", com exame e medicação.
- A UPA trata a crise, mas não trata a pessoa: sem contrarreferência para a equipe, o hipertenso, o diabético e a criança asmática voltam descompensados — e acabam internados.
- Incentivos políticos: inaugurar uma UPA tem mais visibilidade do que fortalecer uma equipe de saúde da família.

Na saúde suplementar — modelo de pagamento e ausência de coordenação

- O pagamento por procedimento (*fee-for-service*) remunera o volume, não a resolução do problema.
- Não há médico de referência coordenando o cuidado: o beneficiário escolhe o especialista na lista e, sem vaga, vai ao pronto-atendimento — que, para muitos prestadores, é um negócio rentável.
- Consultas mal remuneradas estimulam atendimentos rápidos, com pouco tempo para o seguimento.

Na cultura de uso

- A valorização do atendimento imediato e da "consulta com exame" e a percepção do pronto-socorro como o serviço "mais completo". Esse comportamento, porém, foi em grande parte **aprendido com o próprio sistema**: onde a APS acolhe a demanda aguda no mesmo dia e resolve, a urgência cai para 5% a 9% dos atendimentos.

9. Como medir a força da atenção básica

Painel sugerido para o gestor municipal, com dados disponíveis no DATASUS, no SISAB e nos sistemas locais:

INDICADOR	O QUE REVELA	FONTE
Cobertura e vinculação (% da população cadastrada e acompanhada por equipe)	Alcance da APS	e-Gestor/SISAB
Internações por condições sensíveis à APS (taxa e % das internações)	Resolutividade da APS	SIH/SUS
Razão urgência / consultas programadas	Se a população usa a APS ou o pronto-atendimento como porta de entrada	SIA/SUS, sistemas locais
Retorno ao PS/UPA em 72 horas e usuários frequentes	Falha de seguimento e de contrarreferência	Sistemas locais
Índice de continuidade (% de consultas com o mesmo médico ou equipe)	Longitudinalidade	Prontuário eletrônico
Pré-natal: ≥ 6 consultas, 1ª até a 12ª semana, sífilis e HIV testados	Qualidade do cuidado materno	SISAB, SINASC
Coberturas vacinais da criança	Busca ativa e vínculo	SI-PNI
Controle de hipertensão e diabetes (pressão aferida e hemoglobina glicada no semestre)	Seguimento de crônicos	SISAB
Mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal; óbitos evitáveis	Resultado final	SIM, SINASC
Tempo de espera para consulta na APS e para especialista	Acesso	Regulação, sistemas locais

10. O que fazer: lições para o Brasil

- 1. Porta de entrada coordenada.** Equipe de família (médico de família, pediatra, clínico, enfermagem) como referência obrigatória, responsável por uma lista nominal de pessoas.
- 2. Acolher a demanda aguda na própria APS.** Acesso avançado (agenda com vagas no mesmo dia), horário estendido (programa Saúde na Hora) e teleatendimento, para que o problema simples não precise ir à UPA.
- 3. Estratificação de risco e seguimento ativo.** Classificar a população por risco — a "dispensarização" cubana, a gestão de listas britânica — e definir a frequência de acompanhamento de gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e idosos frágeis.
- 4. Fixar o profissional no território.** Carreira, vínculo estável e formação em medicina de família e comunidade e em pediatria na APS. A continuidade associa-se a menor mortalidade.
- 5. Retaguarda resolutiva.** Exames, especialistas e medicamentos com acesso ágil a partir da APS — no modelo de policlínicos ou ambulatórios de especialidades integrados, com matriciamento e teleconsultoria.

6. **Integrar a urgência à APS.** Toda alta de UPA ou PS deve gerar contrarreferência para a equipe do paciente; usuários frequentes da urgência devem ser identificados e acompanhados.
7. **Financiamento que remunere vínculo e resultado.** O novo cofinanciamento federal da APS (Portaria GM/MS nº 3.493/2024), com componentes de vínculo e acompanhamento territorial e de qualidade, vai nessa direção; os municípios podem reproduzir a lógica em seus contratos.
8. **Atenção primária também na saúde suplementar.** Médico de família ou pediatra coordenador do cuidado, com pagamento por pessoa acompanhada e por desempenho, em vez de pagamento apenas por procedimento.
9. **Informação para gerir.** Prontuário eletrônico compartilhado entre APS, especialidades e urgência, e monitoramento regular do painel de indicadores acima.

CONCLUSÃO

A evidência é consistente em diferentes países e décadas: **onde a atenção básica é forte, contínua e resolutiva, a população vive mais, as crianças morrem menos, as internações evitáveis diminuem e o pronto-socorro volta a ser o lugar da emergência verdadeira.** O Brasil já demonstrou esse efeito com a Estratégia Saúde da Família. O desafio agora é qualidade, continuidade e integração — no SUS e na saúde suplementar.

11. Limitações

- A maior parte dos estudos citados é observacional (painéis de municípios ou países); os efeitos são associações ajustadas, embora consistentes e com testes de robustez.
- Os indicadores internacionais usam estimativas modeladas (UN IGME, OMS) que podem diferir dos dados nacionais.
- A distribuição urgência × seguimento combina dados verificados (Inglaterra, França, Estados Unidos, planos de saúde no Brasil) com estimativas (SUS, Argentina, Colômbia, México); deve ser lida como ordem de grandeza.
- O gasto em saúde de Cuba não é comparável pelo câmbio oficial.

12. Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65. doi:10.1111/1475-6773.00149

3. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, et al. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005–2015. *JAMA Intern Med.* 2019;179(4):506-14. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624
4. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff.* 2013;32(4):686-94. doi:10.1377/hlthaff.2012.1242
5. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;15(2):94-103.
6. World Health Organization. Primary health care — fact sheet; Declaration of Astana (2018); Operational framework for primary health care (WHO/UNICEF, 2020).
7. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1196-e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
8. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors — a matter of life and death? A systematic review. *BMJ Open.* 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161
9. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
10. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions. *BMJ.* 2017;356:j84. doi:10.1136/bmj.j84
11. Huntley A, Lasserson D, Wye L, et al. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open.* 2014;4:e004746. doi:10.1136/bmjopen-2013-004746
12. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(1):13-9. doi:10.1136/jech.2004.031880
13. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health.* 2009;99(1):87-93. doi:10.2105/AJPH.2007.127480
14. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics.* 2010;126(3):e534-40. doi:10.1542/peds.2009-3197
15. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PLoS One.* 2017;12(8):e0182336.
16. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil. *BMJ.* 2014;349:g4014. doi:10.1136/bmj.g4014
17. Hone T, Rasella D, Barreto ML, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil. *PLoS Med.* 2017;14(5):e1002306. doi:10.1371/journal.pmed.1002306
18. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff.* 2010;29(12):2149-60. doi:10.1377/hlthaff.2010.0251
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008 (Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária).

20. Santos FM, Macieira C, Machado ATGM, Borde EMS, Santos AF. Admissions due to ambulatory care-sensitive conditions (ACSC): an analysis based on socio-demographic characteristics, Brazil and regions, 2010 to 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:e220012. doi:10.1590/1980-549720220012
21. PROADESS/Fiocruz. Boletim nº 9 — Internações por condições sensíveis à atenção primária. Outubro de 2022.
22. Hone T, Powell-Jackson T, Santos LMP, et al. Impact of the Programa Mais Médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:873. doi:10.1186/s12913-020-05716-2
23. Thomas RL, Millett C, de Sousa Soares R, Hone T. More doctors, better health? A generalised synthetic control approach to estimating impacts of increasing doctors under Brazil's Mais Medicos programme. *Soc Sci Med.* 2024;358:117222. doi:10.1016/j.socscimed.2024.117222
24. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil. *PLoS Med.* 2018;15(5):e1002570. doi:10.1371/journal.pmed.1002570
25. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(supl.1):2543-56. doi:10.1590/1413-81232021266.1.43952020
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024 (novo cofinanciamento federal da atenção primária).
27. Banco Mundial / UN IGME / OMS. World Development Indicators: mortalidade infantil e neonatal, mortalidade materna, expectativa de vida, vacinação, médicos por 1.000 habitantes, gasto em saúde. Consulta em setembro de 2026.
28. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023; balanço da mortalidade infantil de 2025 (Cubadebate, 02/01/2026).
29. González RM. Infant mortality in Cuba: myth and reality. *Cuban Studies.* 2015;43. Berdine G, Geloso V, Powell B. Cuban infant mortality and longevity: health care or repression? *Health Policy Plan.* 2018;33(6):755-7.
30. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2022–2023.
31. Fontes de volume assistencial: CDC/NCHS (NAMCS, NHAMCS); NHS Digital (Appointments in General Practice, Hospital Outpatient Activity, A&E Activity 2023-24); DREES (Panorama des établissements de santé 2025); Eurostat (consultations); Ministero della Salute (Annuario Statistico SSN 2022); IMSS e INEGI (México); SISPRO/RIPS (Colômbia).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo e informativo. Os indicadores referem-se aos anos indicados e podem ser revistos pelas fontes; as estimativas de volume assistencial indicam ordem de grandeza.