

SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÂMBITO MUNDIAL: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

HEALTH SYSTEMS AND SERVICES WORLDWIDE: ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL MUNDIAL: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Elizabeth Alves de Jesus¹<https://orcid.org/0000-0002-2731-5155>José da Paz Oliveira Alvarenga¹<https://orcid.org/0000-0002-7170-7498>Daniela Mendes dos Santos Magalhães¹<https://orcid.org/0000-0003-0236-9496>Luana Santos Silva¹<https://orcid.org/0000-0001-6079-9561>Pedro Vinicius Falcão Paiva dos Santos¹<https://orcid.org/0000-0003-1162-9720>Luana Dias da Costa¹<https://orcid.org/0000-0001-8494-7733>Ana Valéria Machado Mendonça¹<https://orcid.org/0000-0002-1879-5433>Maria Fátima de Sousa¹<https://orcid.org/0000-0001-6949-9194>**Descritores**

Sistemas de saúde; Serviços de saúde; Estrutura de serviços de saúde; Atenção primária à saúde

Descriptors

Health systems; Health services; Structure of services; Primary health care

Descriptores

Sistemas de salud; Servicios de salud; Estructura de los servicios de salud; Atención primaria de salud

Recebido

29 de Julho de 2021

Aceito

8 de Setembro de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Maria Fátima de Sousa

E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Mapear, a partir da literatura, sistemas e serviços de saúde em âmbito mundial, caracterizando-os quanto ao tipo de proteção social, prestação de serviço, estrutura organizacional da APS e origem do financiamento.

Métodos: Trata-se de uma Scoping Review, das bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde, Embase, ProQuest, *National Library of Medicine National Institutes of Health e Scientific Electronic Library Online*. Utilizou-se os descritores e suas combinações: *Health Systems, Health Services, Structure of Services e Primary Health Care*, entre 2009 e 2019, disponíveis em espanhol, francês, inglês, português. Foram analisados considerando objetivos dos estudos, tipo de proteção social, prestação de serviços, estrutura e organização da Atenção Primária à Saúde e financiamento.

Resultados: Foram incluídos 12 estudos que se aquedaram à proposta da pesquisa. Os sistemas evidenciados estão relacionados aos países Iraque, Equador, Dinamarca, Argentina, Holanda, Canadá, Irlanda, Bélgica, França, Suécia, Reino Unido e Itália.

Conclusão: Dentre os sistemas e serviços de saúde dos países analisados, alguns estão orientados pelo modelo de mercado, outros pela oferta pública da atenção à saúde e há aqueles que integram os dois modelos. Os sistemas de saúde devem ofertar serviços que alcancem toda a população, organizados a partir da Atenção Primária à Saúde. Os que adotam o modelo seguridade social são os que mais se aproximam deste cenário.

ABSTRACT

Objective: To map, from the literature, health systems and services worldwide, characterizing them as to the type of social protection, service provision, organizational structure of the PHC and origin of financing.

Methods: This is a Scoping Review of databases: Virtual Health Library, Embase, ProQuest, National Library of Medicine, National Institutes of Health and Scientific Electronic Library Online. The descriptors and their combinations were used: *Health Systems, Health Services, Structure of Services and Primary Health Care*, between 2009 and 2019, available in Spanish, French, English, Portuguese. They were analyzed considering study objectives, type of social protection, service provision, structure and organization of Primary Health Care and financing.

Results: Twelve studies that followed the research proposal were included. The systems shown are related to the countries: Iraq, Ecuador, Denmark, Argentina, Netherlands, Canada, Ireland, Belgium, France, Sweden, United Kingdom and Italy.

Conclusion: Among the health systems and services of the analyzed countries, some are guided by the market model, others by the public offer of health care and there are those that integrate the two models. Health systems must offer services that reach the entire population, organized based on Primary Health Care. Those who adopt the social security model are the closest to this scenario.

RESUMEN

Objetivo: Mapear, con base en la literatura, los sistemas y servicios de salud a nivel mundial, presentandolos en relación a su protección social, prestación de los servicios de salud, estructura organizacional y su fuente de financiamiento. Caracterizar, con base en la literatura, los sistemas y servicios de salud a nivel mundial.

Métodos: Esta es una revisión de alcance de las bases de datos: Biblioteca Virtual de Salud, Embase, ProQuest, Biblioteca Nacional de Medicina, Institutos Nacionales de Salud y Biblioteca Electrónica Científica en Línea. Se utilizaron los descriptores y sus combinaciones: *Sistemas de Salud, Servicios de Salud, Estructura de Servicios y Atención Primaria de Salud*, entre 2009 y 2019, disponibles en español, francés, inglés, portugués. Fueron analizados considerando: objetivos del estudio, tipo de protección social, prestación de servicios, estructura y organización de la Atención Primaria de Salud y financiamiento.

Resultados: Se incluyeron doce estudios que se adhieron a la propuesta de investigación. Los sistemas mostrados están relacionados con los países: Irak, Ecuador, Dinamarca, Argentina, Países Bajos, Canadá, Irlanda, Bélgica, Francia, Suecia, Reino Unido e Italia.

Conclusión: Entre los sistemas y servicios de salud de los países analizados, algunos se guían por el modelo de mercado, otros por la oferta pública de atención en salud y existen los que integran los dos modelos. Los sistemas de salud deben ofrecer servicios que lleguen a toda la población, organizados en base a la Atención Primaria de Salud, quienes adoptan el modelo de seguridad social son los más cercanos a este escenario.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.**Como citar:**

Jesus EA, Alvarenga JP, Magalhães DM, Silva LS, Santos PV, Costa LD, et al. Sistemas e serviços de saúde em âmbito mundial: organização da Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):49-54.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5210

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde podem ser definidos como um “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.”⁽¹⁾ Esta definição está relacionada ao fato de sistemas de saúde serem organizações complexas que necessitam estar integradas a diversos setores de uma sociedade para cumprir o objetivo de promover condições de saúde à população na amplitude do seu conceito, não só como ausência de doença.^(2,3)

Paim, referindo-se à Serapioni⁽⁴⁾ destaca que entre 1945 e 1975, verifica-se uma grande expansão econômica nos países; e fundamentado em Roemer,⁽⁵⁾ ressalta haver àquela época, três tipos básicos de sistemas de saúde: americano, inglês e o soviético. O primeiro possui caráter liberal, com escassa participação estatal; o segundo, apesar de inserido em uma sociedade capitalista, apresenta forte presença do Estado; e, embora não houvesse impedimento para a prática liberal da medicina, os serviços de saúde eram predominantemente públicos. Já o soviético era resultante de mudanças profundas do sistema de saúde após a Revolução de 1917, cujos serviços eram integralmente estatais.⁽³⁾

Na contemporaneidade, muitos países vêm buscando ampliar a cobertura e o acesso de suas populações aos serviços de saúde. São diversas as lógicas empregadas para a reorganização dos sistemas, das ações e serviços, desde a perspectiva mais abrangente de garantia do direito humano à saúde até uma lógica racionalizante de natureza mercadológica, que se limita à oferta de ‘carteiras’ simplificadas e seletivas (a determinadas faixas populacionais consideradas prioritárias ou mais vulneráveis), que, na verdade, ao invés de garantir o necessário acesso aos serviços, têm o objetivo de limitar a utilização de tecnologias cuidadoras no ato humano de prevenir e promover saúde em seu sentido ampliado.⁽⁶⁾

A dinâmica de um sistema de saúde pode ser entendida a partir da análise de seus componentes, funções e do contexto social, econômico e político em que está inserido. A relação entre esses fatores resulta no desempenho desses sistemas e, conseqüentemente, na condição de saúde da população.⁽¹⁾

Nesse contexto, o modelo Universal Health System (UHS) determina a garantia do acesso universal como condição de cidadania, objetivando que as pessoas sejam atendidas equitativamente sem restrições de acesso.⁽⁷⁾

Os sistemas universais agregam cuidados no âmbito individual e ações coletivas que visem a prevenção e

promoção do bem-estar, com enfoque nos Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde (DSS).⁽⁸⁾

No Brasil, analisando a dinâmica Sistema Único de Saúde (SUS), afirma-se que ele é orientado por princípios e diretrizes presentes na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8.080/90),⁽⁹⁾ estabelecidos a partir da Constituição Federal,⁽¹⁰⁾ que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado. Trata-se de um sistema de saúde universal, gratuito, participativo e equânime.

O SUS está organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) tendo a Atenção Primária como porta de entrada do sistema e responsável pela coordenação dos cuidados. A gestão do SUS é descentralizada denotando que cada esfera de governo - municipal, estadual e nacional - possuem suas responsabilidades.^(1,11)

Considerando o exposto, objetiva-se mapear a partir da literatura, sistemas e serviços de saúde em âmbito mundial, caracterizando-os quanto ao tipo de proteção social, prestação de serviço, estrutura organizacional da APS e origem do financiamento.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura do tipo Scoping Review,⁽¹²⁾ de caráter exploratório, tendo a seguinte questão norteadora: Com base nas produções científicas, como estão organizados, nos diferentes países, os serviços e sistemas de saúde?

A busca foi feita nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Embase, ProQuest, *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se os descritores e suas combinações: *Health Systems, Health Services, Structure of Services e Primary Health Care*. Os critérios inclusão foram: textos publicados entre 2009 e 2019, disponíveis em espanhol, francês, inglês ou português.

A organização das evidências e leitura de título e resumo foram realizadas através do Mendeley. Os artigos selecionados foram classificados a partir da matriz teórico-conceitual com base nos estudos de Giovanella;⁽¹⁾ Mendes;⁽¹³⁾ Sousa;^(14,15) Aquino;⁽¹⁶⁾ sendo analisadas as seguintes dimensões: objetivos dos estudos, tipo de proteção social, prestação de serviços, estrutura e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), e financiamento.

RESULTADOS

Inicialmente, foram encontrados 1.921 artigos. Após a exclusão das duplicatas e a seleção por título e resumo, 148 artigos foram lidos na íntegra; resultando ao final na inclusão de 12 estudos considerados adequados à proposta da pesquisa.

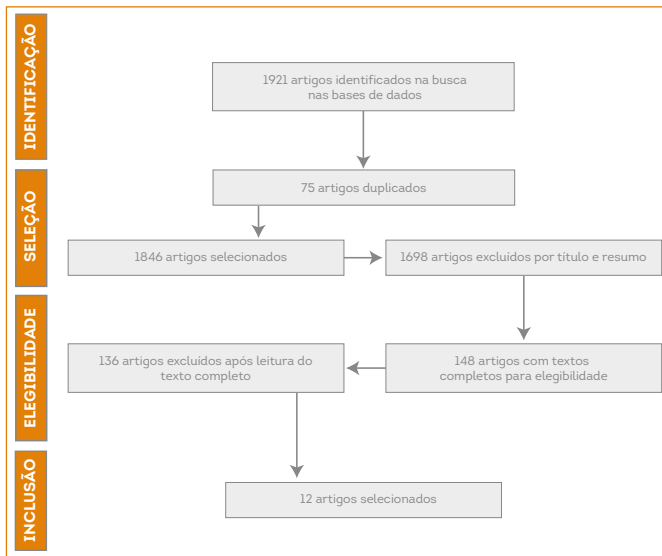


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos

Houve predominância de artigos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), publicações realizadas entre 2011 e 2018, nos idiomas inglês e espanhol. Os sistemas de saúde evidenciados estão relacionados aos países: Iraque, Equador, Dinamarca, Argentina, Holanda, Canadá, Irlanda, Bélgica, França, Suécia, Reino Unido e Itália (Figura 1).

O quadro 1 apresenta a classificação dos estudos segundo título, ano de publicação, autores, país de origem, objetivos, tipo de proteção social, prestação de serviços, estrutura e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e financiamento.

Dentre os 12 países estudados, com relação ao tipo de proteção social, 5 possuem sistema de seguro social (Irlanda, Bélgica, França, Suécia e Itália), 5 possuem sistema de seguridade social (Iraque, Dinamarca, Holanda,

Quadro 1. Estudos selecionados segundo ano, país de origem, autor, título do estudo, objetivos, tipo de proteção social, prestação de serviços, estrutura e organização da APS e financiamento

| Ano | País | Autores | Estudo | Objetivo | Tipo de proteção social | Prestação de serviços | Estrutura/Organização (APS) | Financiamento |
|------|-----------|---|---|---|----------------------------------|-----------------------|---|---|
| 2013 | Iraque | Thamer Kadum Al Hilfi, Riyadh Lafta, Gilbert Burnham | Health services in Iraq. ⁽¹⁷⁾ | Descrever o sistema de saúde iraquiano e sua reconstrução após décadas de guerra no país. | Seguridade social | Sistema fragmentado | A base do sistema primário de saúde é chamada casa de saúde. Os profissionais de saúde abordam questões de saúde materna e infantil e de saúde ambiental nas comunidades. | Impostos |
| 2017 | Equador | Sommer Aldulaimi, Francisco E. Mora | A Primary Care System to Improve Health Care Efficiency: Lessons from Ecuador. ⁽¹⁸⁾ | Analisar brevemente os novos componentes do sistema implementado no Equador e examinar as ferramentas usadas para fazer isso. | Seguro social, Seguridade social | Rede de atenção | Clinica primária que funciona como referência para atendimento da população de uma localidade. | Impostos e pagamento de seguradoras por trabalhadores formais |
| 2012 | Dinamarca | Kjeld Moller Pedersen, John Sahl Andersen, Jens Sondergaard | General practice and primary health care in Denmark. ⁽¹⁹⁾ | Descrever a organização da prática geral de cuidados primários dinamarqueses. | Seguridade social | Rede de atenção | A atenção primária é tida como porta de entrada por meio do médico generalista e eles atuam na referência dos pacientes aos outros níveis de atenção. | Impostos e copagamentos |
| 2016 | Argentina | Natalia Yavich, Ernesto Pablo Báscolo, Jeannie Haggerty, | Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos. ⁽²⁰⁾ | Analisar a relação entre modelos de financiamento e a organização com custos e desempenho dos serviços dos subsistemas de saúde de Rosário, Argentina. | Seguro social, Seguridade social | Sistema fragmentado | O sistema público de saúde possui a atenção primária como porta de entrada e coordenadora dos cuidados com os outros níveis de atenção. Os sistemas de seguros privados e de previdência social não tem atenção primária como base. | Sistema Público: orçamento público. Sistema Privado: pagamento de seguradora Sistema de Previdência: pagamento de seguradora por empregados formais |
| 2015 | Holanda | Chris van Weel, Henk Schers, Arno Timmermans | Health care in the Netherlands. ⁽²¹⁾ | Analisar as experiências holandesas de reforma do sistema de saúde - principalmente na atenção básica - com ênfase nas lições das atuais reformas nos serviços de saúde dos Estados Unidos. | Seguridade social | Rede de atenção | A população está listada com um médico da família que é responsável pela coordenação do cuidado para a atenção especializada. | Pagamento de taxa à seguradora de serviços de saúde |
| 2010 | Canadá | Barbara Starfield | Reinventing Primary Care: Lessons From Canada For The United States. ⁽²²⁾ | Descrever vários fatores que provavelmente serão responsáveis pela melhor saúde do Canadá a um custo menor: cobertura financeira universal por meio do chamado pagador único; recursos propícios a uma forte infraestrutura de atenção primária; e autonomia provincial de acordo com os princípios gerais estabelecidos pela lei nacional. | Seguridade social | Rede de atenção | Há um incentivo à procura de médicos generalistas da atenção primária e ao encaminhamento a especialidades a partir da atenção primária | Impostos |

Continua...

Continuação.

| Ano | País | Autores | Estudo | Objetivo | Tipo de proteção social | Prestação de serviços | Estrutura/Organização (APS) | Financiamento |
|------|-------------|-------------------|---|---|-------------------------|-----------------------|--|--|
| 2017 | Irlanda | T.Sánchez-Sagrado | La atención primaria en Irlanda. ⁽²³⁾ | Descrever a organização, o financiamento e a atenção primária do sistema de saúde irlandês. | Seguro social | Sistema fragmentado | A atenção primária não é tida como porta de entrada. Os médicos têm autonomia para decidir onde atender. | Impostos, seguro privado, contribuições dos cidadãos e taxas de previdência social e fundos privados |
| 2017 | Bélgica | T.Sánchez-Sagrado | La atención primaria en Bélgica. ⁽²⁴⁾ | Descrever a organização, o financiamento e a atenção primária do sistema de saúde da Bélgica. | Seguro social | Sistema fragmentado | A atenção primária não atua como porta de entrada do sistema. Os médicos decidem onde vão atender. | Estado, taxas de segurança social e seguro voluntário privado |
| 2016 | França | T.Sánchez-Sagrado | La atención primaria en Francia. ⁽²⁵⁾ | Descrever a organização, o financiamento e a atenção primária do sistema de saúde francês. | Seguro social | Sistema fragmentado | A atenção primária não é porta de entrada. Os clínicos gerais se instalam em qualquer parte do território. | Cotas de trabalhadores e empregadores |
| 2016 | Suécia | T.Sánchez-Sagrado | La atención primaria en Suecia. ⁽²⁶⁾ | Descrever a organização, o financiamento e a atenção primária do sistema de saúde da Suécia. | Seguro social | Sistema fragmentado | Os serviços de atenção primária são ofertados nos centros de de atenção primária. Esses centros são de responsabilidade regional. | Impostos e copagamentos |
| 2016 | Reino Unido | T.Sánchez-Sagrado | La atención primaria en el Reino Unido. ⁽²⁷⁾ | Descrever a organização, o financiamento e a atenção primária do sistema de saúde inglês. | Seguridade social | Rede de atenção | A atenção primária funciona como porta de entrada para o sistema. Os médicos são profissionais liberais que se instalam em locais delimitados pelo governo e tem autonomia para montar sua equipe. | Impostos |
| 2018 | Itália | T.Sánchez-Sagrado | La atención primaria en Italia. ⁽²⁸⁾ | Descrever a organização, o financiamento e a atenção primária do sistema de saúde italiano. | Seguro social | Sistema fragmentado | A atenção primária tem função de porta de entrada e a integração com os outros níveis de atenção depende da afinidade entre os profissionais. | Impostos e copagamentos nacionais e regionais |

Canadá e Reino Unido) e 2 possuem tantos sistemas de seguro e de seguridade social (Equador e Argentina). Quanto à prestação de serviços, 7 possuem um sistema fragmentado (Irã, Argentina, Irlanda, Bélgica, França, Suécia e Itália) e 5 estão organizados em redes de atenção (Equador, Dinamarca, Holanda, Canadá e Reino Unido). Sobre a APS, evidencia-se que 9 dos 12 países possuem-na como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (Irã, Equador, Dinamarca, Argentina, Canadá, Suécia, Reino Unido, Itália), nos 3 restantes (Irlanda, Bélgica e França) os médicos têm autonomia sobre o atendimento. O financiamento está relacionado ao tipo de proteção social, sendo que os países que possuem um modelo de seguridade social são financiados por impostos e aqueles classificados como modelo de seguro social são financiados por contribuições de empregados e empregadores e copagamentos.

DISCUSSÃO

Os tipos de proteção social foram divididos em assistência social, seguro social e seguridade social, sendo possível classificar os sistemas em mais de uma categoria, aqui denominada dimensão.

O modelo de assistência social é aquele destinado a pessoas em vulnerabilidade social, por isso conhecido como modelo de caridade. O modelo de seguro social é caracterizado pela cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual e recebe contribuições obrigatórias de empregados e empregadores. O modelo de seguridade social prevê a garantia de um mínimo de

benefícios através de políticas públicas sem a necessidade de uma contribuição prévia, possuindo, assim, um caráter igualitário¹, este por sua vez, é característico e predominante em países de sistema universal, conforme demonstrado no quadro 1.

Olhar a saúde como direito fundamental é imprescindível na busca por melhorias nas condições de saúde da população. Por sua vez, os sistemas que tratam saúde como mercadoria, em um cenário que o usuário deve pagar diretamente por ela, contribuem para o adoecimento da população, limitando o acesso aos serviços e cuidados em saúde.

A prestação de serviços refere-se à forma em que é realizado o cuidado em saúde. Está classificada em conceitos opostos, sendo sistema fragmentado ou Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS conduz a prestação de serviços de maneira mais integrada entre os níveis de atenção, estabelecendo padrões estáveis em suas inter-relações,⁽²⁹⁾ por consequência, os sistemas fragmentados tendem a ser menos integrados, podendo se sobrepor entre os níveis de atenção.¹ Assim sendo, são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, integradas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com intuito de prestar a atenção contínua, cuidado integral e humanizado, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.⁽¹¹⁾

Desta forma, os sistemas fragmentados também corroboram para a diminuição do acesso e cobertura dos serviços, uma vez que, reduzem o indivíduo ao seu agravo em

saúde, sendo esta vista como ausência de doenças, ignorando os contextos sociais na promoção de seu bem-estar.

A dinâmica dos sistemas de saúde revela o desempenho e a condição de saúde da população nele inserida.⁽¹⁾ Levando isso em consideração, à luz os estudos analisados, os sistemas de saúde na atualidade tendem a estruturar seus serviços de atenção à saúde da população a partir da APS.⁽¹⁸⁻²²⁾

Os que possuem modelo de seguridade social apresentam a APS como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado entre os níveis de atenção. As reformas sanitárias procuram trazer essas características de APS aos seus sistemas, existindo também a defesa pelo sistema público e universal de saúde.⁽¹⁸⁻²⁴⁾ Em sua essência, a APS volta-se ao cuidado em saúde considerando o âmbito individual, familiar e da comunidade e, em seus contextos socioeconômicos e culturais, com o propósito de promover a saúde, prevenir doenças, controlar agravos, e ofertar serviços de diagnóstico e recuperação da saúde dos indivíduos.^(14,30)

Diversos autores apontam o alto poder da APS na atenuação das desigualdades em saúde; na maior eficiência do cuidado e da utilização de práticas preventivas; na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, bem como na satisfação deles quanto aos serviços e atendimentos.⁽³⁰⁻³²⁾

Os serviços de saúde organizados dessa forma apresentam maior eficiência e melhores indicadores de saúde da população que está a eles inserida. Em concordância, há a crítica aos serviços de saúde fragmentados e sem integração em os níveis de atenção.⁽¹⁸⁻²⁴⁾

Entretanto, a literatura mostra que é possível existir um sistema de saúde eficiente e com bons indicadores de saúde voltado para o mercado com copagamentos, mas enfatiza a importância de ter a APS como coordenadora do cuidado e a necessidade de assistência para as pessoas em vulnerabilidade social.^(21,26,28)

Os estudos não contemplaram publicações brasileiras, bem como da maioria dos países com sistemas universais de saúde.

Reflexões sobre os sistemas de saúde contemporâneos, dialogando com as concepções de saúde e proteção social por eles implementada. Evidências que a APS tende a ser a principal e mais eficiente estratégia de organização nos países estudados.

CONCLUSÃO

Os serviços e sistemas de saúde dos países analisados têm conformações diferentes. Alguns estão orientados pelo modelo de mercado, outros pela oferta pública da atenção à saúde e ainda há aqueles que são uma integração desses dois modelos. Saúde deve ser concebida como direito humano básico, independentemente do tipo de modelo adotado. Os sistemas de saúde devem ofertar serviços que alcancem toda a população, sendo a estratégia de organização do sistema a partir da APS essencial na promoção da saúde e do acesso aos serviços. Os sistemas de seguridade social são os que mais se aproximam deste cenário. Para que sejam eficientes e que promovam a melhoria das condições de saúde e vida das pessoas, há uma necessidade de organização dos sistemas e serviços de saúde na perspectiva da universalidade e da integralidade do cuidado, promovendo a equidade e cuja atenção seja focada nos indivíduos, famílias e comunidades.

Contribuições

Elizabeth Alves de Jesus- concepção do artigo, redação do manuscrito. José da Paz Oliveira Alvarenga- concepção do artigo, redação do manuscrito. Daniela Mendes dos Santos Magalhães - concepção do artigo, redação do manuscrito. Luana Santos Silva - concepção do artigo, redação do manuscrito. Pedro Vinicius Falcão Paiva dos Santos - revisão crítica do manuscrito. Luana Dias da Costa - revisão crítica do manuscrito. Ana Valéria Machado Mendonça- revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Maria Fátima de Sousa- revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Giovanella L, Escorel S, Lobato LD, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2012. 1100 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1978 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Debate. 2019;43(spe5):15-28.
- Serapioni M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. Cad Saúde Pública. 2017;33(9):e00170116.
- Roemer Milton I. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo; 1980.
- Sousa MF, Prado EA, Leles FA, Andrade NF, Marzola RF, Barros FP, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. Saúde Debate. 2019;43(spe5):82-93.

7. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar AD, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1763-76.
8. Lima LD. Crisis y neoliberalismo: desafíos y alternativas políticas para la construcción de sistemas universales de salud en América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 2): e00047517
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 1990 Set 19.
10. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
12. Joanna Briggs Institute (JBI). Methodology for JBI scoping reviews – Joanna Briggs 2015. JBI; 2015 [cited 2020 Jun 30]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A construção social da atenção primária à saúde. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS; 2015 [citado 2021 Jan 30]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
14. Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 250p.
15. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(suppl 1):1325-35.
16. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014 p. 353-71.
17. Al Hilfi TK, Lafta R, Burnham G. Health services in Iraq. *Lancet*. 2013;381(9870):939-48.
18. Aldulaimi S, Mora FE. A primary care system to improve health care efficiency: lessons from Ecuador. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(3):380-3.
19. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl 1):S34-S8.
20. Buss PM, Labra ME, orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1995. 265 p.
21. Van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in the Netherlands. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl 1):S12-S7.
22. Starfield B. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. *Health Aff*. 2010;29(5):1030-6.
23. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Irlanda. *Semergen*. 2017; 43(8):565-8.
24. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Bélgica. *Semergen*. 2017; 43(6):445-9.
25. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Francia. *Semergen*. 2016;42(1):58-62.
26. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Suecia. *Semergen*. 2016;42(6):408-11.
27. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en el Reino Unido. *Semergen*. 2016;42(2):110-3.
28. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Italia. *Semergen*. 2018;44(1):50-3.
29. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): OPAS; 2011. 549 p [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF
30. Sousa MF. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AV. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 40-77.
31. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Senna MC. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.
32. Kemper ES, Tasca R, Harzheim E, Jiménez JM, Hadad J, Sousa MF. Cobertura Universal em Saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e1.