



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 39, NÚMERO 105
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2015

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013-2015)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013-2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretora Adjunta de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno Maria Gabriela Monteiro Maria Lucia Frizon Rizzotto Paulo Henrique de Almeida Rodrigues Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad-hoc:	Grazielle Custódio David Helena Rodrigues Corrêa Filho Lucia Regina Fiorentino Souto Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Aparecida Isabel Bressan
David Soeiro Barbosa
Yuri Zago Sousa Santana de Paula

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Albineiar Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)
Maria Lucia Frizon Rizzotto (PR)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Scientific Electronic Library - SciELO
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 39, NÚMERO 105
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2015

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

294 EDITORIAL | EDITORIAL

ARTIGO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

300 **Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos**

Overview of Primary Health Care in South America: conceptions, components and challenges

Ligia Giovanella, Patty Fidelis de Almeida, Román Vega Romero, Suelen Oliveira, Herland Tejerina Silva

323 **Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais?**

What are the challenges for the qualification of Primary Care in the view of municipal managers?

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti, Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Maria Fátima de Sousa

337 **Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades**

Local management of health in territory of vulnerability: motivations and rationalities

Maria Fernanda Petrolí Frutuoso, Rosilda Mendes, Karina Rodrigues Matavelli Rosa, Carlos Roberto de Castro e Silva

350 **O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde**

The challenge of managing medical equipment in the Unified Health System

Aline Silva Amorim, Vitor Laerte Pinto Junior, Helena Eri Shimizu

363 **Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro**

About the reception: discourse and practice in the Basic Health Units in the city of Rio de Janeiro

Tarciso Feijó da Silva, Valéria Ferreira Romano

375 **Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde**

Evaluability study of the Carioca Health Academy Program: challenges for health promotion

Monique Alves Padilha, Cátia Martins de Oliveira, Ana Cláudia Figueiró

387 **Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária**

Perception of users and health professionals in the Federal District: the attributes of primary care

Rosânia de Lourdes Araújo, Ana Valéria Machado Mendonça, Maria Fátima de Sousa

400 **Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde**
Evaluation of the longitudinality in Primary Health Care units

Bruna Regina Bratti Frank, Cláudia Silveira Viera, Cláudia Ross, Phallcha Luíz Obregón, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

411 **Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade**

Satisfaction of hypertensive women assisted in primary care with regard to family and community essential attributes

Juliana Sousa Soares de Araújo, Christiana Souto Silva, Neir Antunes Paes, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

-
- 423** **Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão**
Evaluation of the coverage of Primary Health Care in detecting adults with diabetes and hypertension
 Bárbara Radigonda, Regina Kazue Tanno de Souza, Luiz Cordoni Junior
- 432** **Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde**
Quality of life of people with high blood pressure at the Primary Health Care
 Ícaro José Santos Ribeiro, Rita Narriman de Oliveira Boery, Cezar Augusto Casotti, Ivna Vidal Freire, Eduardo Nagib Boery
- 441** **Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal**
Home visit and home care in the Primary Care: a look on oral health
 Alessandro Diogo De-Carli, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Albert Schiaveto de Souza, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Adriane Pires Batiston
- 451** **Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade**
Pharmaceutical services at primary care in the municipality of Rio de Janeiro: an evaluability assessment
 Nathália Cano Pereira, Vera Lucia Luiza, Marly Marques da Cruz
- 469** **O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: 'Quem cuidará de nós em 2030?'**
Health services for the elderly through the eyes of the health councilors of the Metropolitan Region of São Paulo: 'Who will take care of us in 2030?'
 Ana Paula Leal Loureiro da Silva, Otávio Toledo Nóbrega, Beltrina Côrte
- 480** **Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso**
Health education and health promotion: impact on quality of life of elderly
 Janaina Pinto Janini, Danielle Bessler, Alessandra Barreto de Vargas
- ENSAIO | ESSAY**
- 491** **Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS**
Fiscal waiver (tax spending) in health: effects on financing of the SUS
 Áquilas Mendes, José Alexandre Buso Weiller
- 506** **A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil**
The Sanitary Mediation as a viable alternative to the judicialization of health policies in Brazil
 Maria Célia Delduque, Eduardo Vazquez de Castro
- REVISÃO | REVIEW**
- 514** **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**
Reception in Primary Health Care: an integrative review
 Larissa Rachel Palhares Coutinho, Ana Rita Barbieri, Mara Lisiane de Moraes dos Santos
- 525** **Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?**
Judicialization of health: where are heading the scientific productions to?
 Maria dos Remédios Mendes Oliveira, Maria Célia Delduque, Maria Fátima de Sousa, Ana Valéria Machado Mendonça

536 Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa

Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Júlia de Cássia Miguel Vieira

551 Atenção à saúde na síndrome demencial: qual será o impacto econômico dessa atenção no Brasil?

Health care in dementia: what will be the economic impact of this care in Brazil?

Leyla Gomes Sancho

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

561 Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste

Organization of the work process in the handling of dengue in a northeastern capital

Kilma Wanderley Lopes Gomes, Lyvia Patrícia Soares Mesquita, Andrea Caprara, Bruno Souza Benevides, Ronaldo Pinheiro Gonçalves

RESENHA | CRITICAL REVIEW

570 Medicina Financeira: a ética estilhaçada

Ana Maria Costa

A 15ª Conferência Nacional de Saúde pode fazer a diferença

Um consenso se espalha pelo Brasil quanto ao desgaste e inocuidade das conferências enquanto capacidade desta instância de democracia participativa produzir e apresentar propostas efetivas para as necessárias mudanças do rumo da saúde no País. As razões são complexas e abrangem desde a fragmentação das propostas até o desprezo de muitos gestores pelos resultados dessas conferências que, na sua maioria, não levam em conta as recomendações e diretrizes emanadas na definição dos respectivos planos de saúde. Desta vez pode ser diferente, pois, além do processo de pré-conferências incluir inovações que inserem novas alternativas de participação no debate, o Conselho Nacional de Saúde programou o monitoramento da implementação dos seus resultados.

O Cebes aposta nos resultados da mobilização nacional em torno da 15ª Conferência Nacional de Saúde para mobilizar e ampliar a politização da sociedade quanto ao direito universal à saúde e ao dever do Estado. Visando contribuir com os debates, reafirma propostas sintetizadas na frase ‘Saúde não é mercadoria, é direito de cidadania’, fundamentando a tese da entidade para a 15ª Conferência, cujos pontos centrais são aqui registrados:

Os direitos sociais, para serem garantidos pelas políticas sociais, custam caro. A 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) deve deixar claro quem deve pagar os custos das políticas sociais que garantem direitos. Para isso, esse debate deve começar nas conferências municipais, estaduais, plenárias e em todos os espaços de debate sobre a saúde. O financiamento das políticas sociais não pode penalizar ainda mais as classes trabalhadoras que, proporcionalmente, já pagam mais impostos.

A conjuntura exige uma ação política firme e articulada de todos os que defendem o SUS e o direito à saúde, sob o risco de termos o primeiro momento de retrocesso nos direitos positivos garantidos constitucionalmente desde a redemocratização do País. Diante dessa conjuntura defendemos as seguintes propostas:

- 1) Avançar no desenvolvimento social, com progressivo aumento do gasto federal com políticas sociais de saúde, educação e assistência social;
- 2) Realizar auditoria da dívida pública e aumentar o investimento como alavanca para o crescimento econômico, reduzindo juros e não cedendo às pressões cambiais e de balanço de pagamentos;
- 3) Realizar reforma política que aprofunde e aperfeiçoe a democracia participativa, com o estabelecimento de novas regras institucionais que garantam a ampliação da participação democrática e o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais e da interferência do poder econômico na política;
- 4) Realizar reforma tributária que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos ao reduzir a tributação sobre o consumo e concentrá-la no patrimônio e na renda. Para isso é necessário: melhorar a distribuição das alíquotas do IR para pessoa física com faixas mais altas e aumento da faixa de isenção; reduzir a tributação indireta

sobre o consumo; aumentar a tributação sobre a acumulação; aumentar o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) dos grandes latifúndios; reduzir as taxas que incidem diretamente sobre o setor produtivo (Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS); acabar com a isenção dos lucros e dividendos e com a dedução dos juros sobre o capital próprio e aliviar a carga tributária dos trabalhadores com imposto progressivo;

5) Democratizar a mídia para garantir o direito à informação e reduzir o poder de filtro que preserva interesses de grupos específicos de proprietários, além de expandir alternativas aos meios de comunicação;

6) Enfrentar as desigualdades e iniquidades na saúde e consolidar o SUS constitucional. Para isso é necessário:

- Acabar com os subsídios dos planos privados de saúde por meio de estratégia progressiva, inicialmente instituindo um limite de valor de gastos com saúde, que podem ser dedutíveis do IR como no caso da educação; não financiar planos privados para servidores públicos com recursos públicos; proibir anulação ou perdão das dívidas dos planos com o Estado; proibir subsídios diretos aos planos e não promover incentivos aos planos privados individuais.
- Aplicar os recursos decorrentes dos subsídios em especial na atenção primária (Estratégia Saúde da Família, promoção e prevenção à saúde) e na média complexidade (atenção especializada com profissionais e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico adequados).
- Taxar as grandes fortunas para aplicar os recursos na saúde. As 15 maiores fortunas brasileiras são de grandes empresas que exercem monopólio da comunicação, como a Rede Globo e Grupo Abril, do agronegócio e de bancos como o Safra, o Itaú e o Bradesco. Essa arrecadação corresponde à quase totalidade do volume de recursos que o governo vai arrecadar com as últimas mudanças na tributação.
- Impedir retrocessos no direito à saúde. Barrar projetos em curso no Congresso Nacional que atuam contra o SUS, a exemplo do Projeto de Emenda Constitucional nº 451, de autoria de Eduardo Cunha, que pretende alterar a Constituição e tornar planos privados obrigatórios aos trabalhadores empregados.
- Garantir maior financiamento público com o fim da Desoneração das Receitas da União (DRU) para o setor da saúde; flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a contratação de trabalhadores da saúde (investindo no quadro de servidores próprios da saúde e diminuindo a contratação de Organizações Sociais) e investir 10% da Receita Corrente Bruta da União na saúde pública.
- Consolidar o SUS como um sistema único e universal, com financiamento estatal estável e gestão pública que garanta a oferta de serviços e cuidados integrais e de qualidade.
- Denunciar e repudiar a falsa proposta de Cobertura Universal de Saúde, que não produz cobertura a todos, mas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população.

O Cebes finaliza esta Tese para a 15ª CNS, reafirmando que não haverá 'Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas' sem a consolidação do SUS e com um sistema de saúde pautado pelo mercado e orientado pela oferta privada de serviços, como têm preconizado e insinuado setores da sociedade e do próprio Estado que defendem um projeto de desenvolvimento liberal.

Com a intenção de contribuir para esse debate, em momento de extremo risco de retrocessos em relação ao direito à saúde e ao SUS, o Cebes apresenta esta tese e conclama os movimentos sociais, usuários, trabalhadores, gestores e os grupos mobilizados para o processo da 15ª CNS a se unirem em defesa do SUS e debaterem politicamente o projeto de saúde que está em curso e aquele que queremos para o Brasil (CEBES, 2015).

Diretoria Nacional do Cebes

Referências

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde*. [2015]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/>

[site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final_1704.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final_1704.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

The 15th National Conference for Health can make a difference

A consensus spreads out in Brazil regarding the weariness and safety of conferences as capacity of this instance of participatory democracy being able to produce and present effective proposals for the necessary changes in the course of health in the country. The reasons are complex and cover from the fragmentation of proposals to the contempt of many managers for the results of these conferences that, in most of the cases, do not take into consideration the recommendations and guidelines issued in the definition of the respective private health insurances. This time it can be different, for not only does the process of pre-conferences include innovations that allow new alternatives of participation to the debate, but also the National Health Council has programmed the monitoring of the implementation of its results.

Cebes trusts in the results of the national mobilization around the 15th National Conference for Health to propel and magnify society's politicization concerning the universal right to health and the duty of the Estate. Aiming to contribute with the debates, it reaffirms proposals synthesized in the sentence 'Health is not merchandise, it is right to citizenship', grounding the thesis from the entity to the 15th Conference, whose main points are here registered:

Social Rights, in order to be guaranteed by social policies, are expensive. The 15th National Conference for Health (*CNS*) must make clear who should pay the costs of social policies that ensure rights. For that, this debate should start in city conferences, state conferences, plenaries, and all the spaces of debate in health. The funding of social policies can not penalize even more the working classes that, proportionally, pay more taxes.

The conjuncture demands a steady and articulated political action from all those who defend SUS and the right to health, under the risk of hosting the first moment of regression in the positive rights constitutionally guaranteed since the country's re-democratization. Before such conjuncture, we defend the following proposals:

- 1) Advance in social development, with progressive raise of the federal expenses with social policies on health, education and social assistance;
- 2) Perform auditing of public debt and increase the investment as lever for economic growth, reducing interest and not giving in to cambial pressure and that of balance of payment;
- 3) Perform political reform that deepens and improves participative democracy, with the establishing of new institutional rules that ensure the extension of democratic participation and the end of business financing of election campaigns and the interference of economic power in politics;
- 4) Perform tax reform that sets Brazil on the direction of countries that have achieved fairer tax systems by reducing the taxation on consumption and concentrating it on patrimony and income. For that, it is necessary: to improve the distribution of income tax rates for individuals with higher tax ranges and extension of exemption range; reduce indirect taxation on consumption; increase taxation on accumulation; increase the *Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR)* (Tax on Rural Property) of large land properties; reduce the taxes that

focus directly on the productive sector (*Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI*) and *Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS*) (Tax on Industrialized products and Tax on Goods and Services); end the exemption of profits and dividends and with the deduction of interest on own capital and alleviate the tax burden of workers with progressive tax;

5) Democratize the media to guarantee the right to information and reduce the filter power that preserves the interest of specific groups of owners, in addition to expanding alternatives to the media;

6) Face the inequalities and iniquities in health and consolidate the constitutional SUS. For that, it is necessary to:

- End private health insurance subsidy through progressive strategy, initially instituting a limit to health expenses, which can be deductible from income taxes, like in case of education, for instance; not finance private health insurance for federal employees with federal resources; prohibit debt relief or cancellation from private insurances with the State; prohibit direct subsidy to health insurance and not promote incentives to private health insurances.
- Apply resources resulted from the subsidies especially in primary health care (Family Health Strategy, promotion and prevention to health) and in medium complexity (specialized care with professionals and suited technological resources of diagnostic and therapeutic support).
- Tax great fortunes to apply the resources in health. The greatest 15 Brazilian fortunes belong to huge companies that exercise the monopoly of communication, like *Rede Globo* and *Grupo Abril*, of agribusiness and banks like *Safra*, *Itaú*, and *Bradesco*. Such collection corresponds to almost the entire volume of resources that the government will collect with the latest changes on taxation.
- Prevent regression in the right to health. Stop projects currently underway in the National Congress that act against *SUS*, for example the project of Constitutional Amendment 451, authored by Eduardo Cunha, which intends to alter the Constitution and make private health insurance mandatory to working employees.
- Guarantee larger public financing with the end of Exemption of Union Revenues (*Desoneração das Receitas da União - DRU*) to the health sector; relax the Fiscal responsibility Law (*Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF*) for the contracting of health workers (investing in the board of proper servers in health and reducing the hiring of Social Organizations) and invest 10% of the Current Gross Revenue in public health.
- Consolidate *SUS* as a unique and universal system, with stable state financing and public administration which guarantees the integral offer of services and care of quality.
- Report and repudiate the false proposal of Universal Health Coverage, which does not provide coverage to all, but limited packages of services that do not meet the population's need for health.

Cebes ends this Thesis for the 15th *CNS*, reaffirming that there will not be ‘Quality public health to take good care of people’ without the consolidation of *SUS* and with a health system ruled by the market and guided by the private offer of services, as it has been being recommended and insinuated by sectors of society and the State itself, which defend a liberal development project.

With the intention of contributing to such debate, in a time of extreme risk of regression concerning the right to health and the *SUS*, *Cebes* presents this thesis and calls social movements, users, workers, managers, and mobilized groups for the process of the 15th *CNS* to unite in defense of *SUS* and politically debate the health project which is underway and the one which we want for Brazil (CEBES, 2015).

Cebes National Board

References

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde*. [2015]. Available in: <<http://cebes.org.br/site/>

[wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final_1704.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final_1704.pdf)>. Access: 19 jun. 2015.

Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos

Overview of Primary Health Care in South America: conceptions, components and challenges

Ligia Giovanella¹, Patty Fidelis de Almeida², Román Vega Romero³, Suelen Oliveira⁴, Herland Tejerina Silva^{5*}

RESUMEM El artículo presenta un panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica a partir de mapeos realizados en los 12 países según una matriz analítica organizada en las dimensiones: conducción, financiamiento, características de la prestación y organización, coordinación de cuidados e integración a la red de servicios, fuerza de trabajo, participación social, acción intersectorial e interculturalidad. Se observa diversidad en la implementación y de abordajes de APS, condicionada por directrices políticas, modalidades de protección social y segmentación de los sistemas de salud. Se destacan iniciativas innovadoras de atención primaria integral y se identifican los principales desafíos.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud; Atención integral de salud; Sistemas de salud.

ABSTRACT *The article presents an overview of Primary Health Care in South America. Developed from mappings in the 12 countries, it follows an analytical matrix organised into the following parameters: stewardship, funding, characteristics of provision and organisation, care coordination and integration with the service network, labour force, social participation, inter-sector collaboration and intercultural approaches. Diversity was observed in PHC implementation and approaches, which are conditioned by policy guidelines, social protection modalities and health system segmentation. Innovative initiatives in comprehensive PHC are highlighted and the main challenges are identified.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Comprehensive health Care; Health systems.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
giovanel@ensp.fiocruz.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Planejamento em Saúde - Niterói (RJ), Brasil.
patty.fidelis@hotmail.com

³Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá, Colombia.
rrvega.romero@gmail.com

⁴Centro Universitário Uniabeu - Belford Roxo (RJ), Brasil.
suelen.c.oliveira@gmail.com

⁵Universidad Mayor de San Andrés - La Paz, Bolivia.
herland.tejerina@gmail.com

*Participaran igualmente como coautores: Gilberto Ríos, Naydú Acosta Ramírez y Hedwig Goede.

Introducción

En América del Sur, desde la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) en 1978, persisten tensiones entre distintas formas de concebir y abordar la implementación de la APS en los países a lo largo del tiempo. La Declaración de Alma-Ata difundió una concepción de atención primaria de la salud integral, que la interpreta como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad, que involucra la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social.

La concreción de estos principios varía en cada país y los abordajes de APS en Suramérica presentaron distintos énfasis en las últimas décadas conforme a los diversos contextos políticos y modalidades de sistemas de protección social y de sistemas de salud prevalentes (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; ROVERE, 2012; TEJERINA SILVA ET AL., 2009).

En los años 1980 y 1990, en diversos países de América del Sur, en los contextos autoritarios y de ajustes macroeconómicos estructurales, se adoptaron modelos de APS selectivos y focalizados promovidos por agencias financieras multilaterales que propugnaban la reducción del rol del sector público y la implementación de paquetes mínimos de servicios de salud, dirigidos a grupos poblacionales marginados (LABONTÉ ET AL., 2009). Se reforzaron programas verticales orientados a grupos poblacionales o problemas de salud específicos con la creación de seguros focalizados, lo que profundizó la segmentación en los sistemas de salud de los países de la región y las inequidades sociales.

En la primera década del siglo XXI, con los cambios políticos en procesos de redemocratización y asunción de gobiernos más comprometidos con la justicia social, se observa un proceso de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con

la concepción de Alma-Ata. Se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud.

Al mismo tiempo, agencias internacionales de salud como la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2005) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) instaron a los países miembros a renovar la APS para lograr la cobertura universal.

Las características y magnitud de estos procesos de renovación de la APS en la región aún son poco conocidos, en parte por su historia reciente, en parte por el esfuerzo de investigación que implica abarcar procesos en diversos países. El objetivo del presente artículo es ofrecer un panorama de la APS en los 12 países de América del Sur, analizar los abordajes, sus condicionantes y los desafíos para implementar una atención primaria integral de salud en la región. Se busca identificar las concepciones que orientan los modelos asistenciales en implementación en los países de Suramérica y explorar la hipótesis de que las modalidades de protección social en salud y la segmentación de los sistemas de salud condicionan la concepción de APS implementada y obstaculizan la implementación de nuevos modelos de APS integral.

El mapeo de la APS en Suramérica

Este artículo presenta los principales resultados de un mapeo sobre la APS realizado en los 12 países de América de Sur por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), organismo internacional del Consejo de Salud Suramericano, de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur).

Se realizaron estudios de caso en cada uno de los 12 países de América del Sur con base en una metodología similar, incluyendo múltiples estrategias de recolección de datos e informaciones: revisión de literatura, análisis de documentos, visitas a ministerios de salud y servicios de APS. Con el apoyo de los representantes nacionales del Grupo de Trabajo en Sistemas Universales de Unasur, fueron organizadas y realizadas visitas a los países con entrevistas en los ministerios de salud, relevamiento de datos y documentos y observación *in loco* de experiencias y servicios de APS seleccionados por los ministerios de salud en el período de noviembre de 2013 a abril de 2014.

La recolección de información para los mapeos de APS en cada caso fue realizada en base a una matriz común. La construcción de la matriz y la definición de sus dimensiones se basan en la concepción de atención

primaria integral de la Declaración de Alma-Ata y se buscó operacionalizar sus principios fundamentales.

La matriz está organizada en dimensiones: conducción de la APS, financiamiento de la APS, características de la prestación y de la organización de la APS, coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios, fuerza de trabajo en la APS, participación social, actividades intersectoriales e interculturalidad. Para cada dimensión se definieron componentes, sintetizados en el *cuadro 1*. Las desigualdades regionales y sociales en el acceso a la APS fueron tomadas como eje transversal de análisis y elaboración de los estudios de caso.

A partir de estas informaciones y de la revisión de literatura se elaboró un informe de caso de Mapeo de APS por país, que se encuentra en su versión completa disponible en el sitio del Isags (<http://www.isags-unasur.org>).

Cuadro 1. Matriz para el análisis de la APS en los países: dimensiones y componentes

Dimensiones	Componentes
Conducción de la APS	<p>Concepciones de Atención Primaria de Salud en las políticas de salud</p> <p>Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la implementación de la política de APS</p>
Financiamiento de la APS	<p>Participación de las esferas gubernamentales en el financiamiento de la APS</p> <p>Existencia de copagos en la APS</p> <p>Mecanismos para transferencias financieras entre esferas gubernamentales para la APS</p>
Prestación y organización de la APS	<p>Tipos de unidades de salud que brindan APS</p> <p>Principales acciones/servicios ofertados en APS</p> <p>Composición y organización de los equipos de APS</p> <p>Territorialización y adscripción poblacional para la APS</p> <p>Número de personas por equipo</p> <p>Garantías de acceso y definición de metas de tiempo máximo para consulta en atención primaria</p> <p>Cobertura poblacional estimada por los servicios de APS en el nuevo modelo asistencial</p>
Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios	<p>Organización del sistema de salud en niveles de atención</p> <p>Definición de puerta preferencial al sistema de salud</p> <p>Función de filtro del médico/equipo de APS (gatekeeper)</p> <p>Definición de flujos para derivar desde la APS para la atención especializada (referencia y contrarreferencia)</p> <p>Filas de espera para acceso a la atención especializada</p>

Fuerza de trabajo en APS	Disponibilidad de profesionales para la APS (médicos/as y enfermeros/as) Denominación de la especialidad médica para APS Regulación de las relaciones laborales en APS (vínculos de trabajo, formas de remuneración, carrera funcionaria para APS) Formación y atribuciones de los promotores/agentes de salud Estrategias de formación de la fuerza de trabajo para la APS (pregrado; posgrado y desarrollo profesional continuo)
Actividades intersectoriales	Interacción con otros sectores de políticas públicas en nivel nacional para hacer frente a los determinantes sociales Atribuciones de los/as profesionales/trabajadores/as del equipo APS en el desarrollo de acciones intersectoriales/ comunitarias Acción comunitaria de los equipos de APS (relaciones de los equipos APS con otros sectores de políticas públicas u organizaciones en el territorio; realización por los equipos de APS de diagnóstico de los problemas en su territorio y planificación de intervenciones locales)
Participación social en APS	Formas de representación y participación de los/as usuarios/as en APS
Interculturalidad en APS	Concepciones de interculturalidad Articulación de los servicios de APS con agentes de medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos

Fuente: Elaboración propia

Este artículo sintetiza los resultados del mapeo realizado en los 12 países de América del Sur según las principales dimensiones de la matriz, trazando paralelos, contrastando diferencias, destacando similitudes e identificando sus condicionantes, en especial aquellos concernientes a características del sistema de protección social y de salud de los países, que influyen las formas de concebir e implementar la APS.

No se trata de una comparación *stricto sensu*, pues se entiende que la configuración actual de los sistemas de salud y de la APS en cada país está condicionada por trayectorias históricas, políticas y económicas distintas y que las comparaciones valorativas de desempeño de los sistemas de salud con producción de índices sintéticos y ordenamiento de más y menos son inapropiadas para el análisis (OLIVER, 2012). La comparación en nuestro enfoque no pretende, por lo tanto, establecer una valoración de más o menos; de mejor o peor, sino contribuir con un enfoque más analítico que permita elucidar los principales desafíos para la concreción de una atención primaria integral a la salud en nuestros países.

Para contextualizar el análisis de la APS, el artículo comienza con una breve síntesis sobre las características de los sistemas de salud en Suramérica, identificando los principales segmentos de cobertura poblacional e informando el subsistema al cual se refiere el análisis de la APS. A continuación se describen y analizan cada una de las dimensiones de APS y sus principales componentes.

El contexto: características de los sistemas de salud en Suramérica

En Suramérica, a diferencia de los países europeos, la universalización de la protección social en salud no se completó. Vistas desde afuera, tradicionalmente, las principales características que se destacan en los sistemas de salud de América Latina son la segmentación de la cobertura, la fragmentación organizacional y la privatización en la financiación y en la prestación de servicios de salud (GIOVANELLA ET AL., 2012).

Los modelos clásicos europeos de seguro social bismarckiano con base en cotizaciones sociales obligatorias de empleados y empleadores y el modelo Beveridgeano de servicio nacional de salud, de acceso universal con base en la ciudadanía y financiado con recursos fiscales, influenciaron las políticas de salud de la región, pero no fueron plenamente implementados.

En la mayor parte de los países de Suramérica persiste una importante segmentación de la protección social en salud con la presencia de diversos subsistemas con distintas reglas de financiación, afiliación, acceso a prestaciones y red de servicios, responsables por la atención en salud de diferentes grupos poblacionales de acuerdo a su estatus laboral, pertenencia social y capacidad de pago. Se pueden identificar cuatro segmentos principales (*cuadro 2*): i) un segmento de seguro social que cubre grupos de ingresos medios incluidos en el mercado formal de trabajo (20% a 40% de la población); ii) un sistema público de salud con cobertura parcial de la población de menores ingresos por prestación pública directa; iii) una cobertura de paquete selectivo por seguros públicos focalizados en grupos específicos, como el materno infantil, adultos mayores o debajo de determinado nivel de ingreso, implementados a partir de los años 1990; iv) seguros privados de salud (medicina prepaga) para cobertura de grupos de mayor renta; además del pago de bolsillo, que afecta casi todos los grupos y de la persistencia de una importante exclusión en salud en algunos países.

Para cada segmento, los servicios cubiertos y los prestadores son distintos y conforman subsistemas de salud de distintas clases con importantes inequidades. La otra cara de la segmentación es la fragmentación, con ausencia de coordinación entre las instituciones públicas, de seguridad social y privadas, y la existencia de muchas entidades no coordinadas en el interior de cada subsistema. La fragmentación conduce a la discontinuidad de los cuidados y a la ineficiencia.

Desde la perspectiva de la financiación, la cobertura en salud en Suramérica es fuertemente privatizada. En siete de los 12 países de Suramérica la participación de los gastos públicos en el total de gastos en salud no alcanza al 60%. No obstante, se observa un aumento de la participación pública en los gastos en salud en seis países para el periodo 2000-2010, señalando una tendencia de mejora en la cobertura pública en la Región (*cuadro 2*).

Por otra parte, la participación de organizaciones privadas en la prestación de servicios de salud es alta en muchos países, como por ejemplo: en Argentina 68% de los establecimientos con internación son privados; en Brasil 65% de las camas y 86% de los tomógrafos son privados (GIOVANELLA, 2013). La elevada participación privada en la prestación dificulta el acceso para los usuarios del sistema público y la integración de la red asistencial, lo que exige una gran capacidad de regulación de los gobiernos, aún poco desarrollada.

Cuadro 2. Segmentación de los sistemas de salud en Suramérica: cobertura poblacional por segmento, 2010, y gastos totales en salud en % del PIB y gasto público como % del gasto total en salud en los países suramericanos, 2000 y 2010

Países	Seguros sociales (trabajadores mercado formal)	Seguros públicos focalizados	Sistema público/ Ministerio de Salud/ esferas subnacionales	Seguros privados y medicina prepaga	Gastos totales en salud como % del PIB 2010	Gasto público como % del gasto total en salud	
						2000	2010
Argentina	++++	+	++	+	8,3	53,9	64,4
Bolivia	+	+++	+	-	5,5	60,1	66,2
Brasil	-	-	+++++	++	9,0	40,3	47,0
Chile	+++++	-	-	++	7,4	52,1	59,5
Colombia	+++	++++	-	+	6,5	79,3	74,6
Ecuador	++	+	+++	+	7,9	31,2	40,2
Guyana	+	+	+	+	4,2	84,7	79,5
Paraguay	+	-	+++	+	9,6	39,9	34,4
Perú	++	+++	+	+	4,9	58,7	56,2
Suriname	++	++	-	+	5,3	53,4	51,7
Uruguay	++++	-	++	+	8,1	54,6	65,3
Venezuela	++	-	+++	+	5,3	41,5	38,8

Fuente: Elaboración propia

Notas: + ≤ 15%; ++ = 16-30%; +++ = 31-50%; ++++ = 51-70%; ++++ ≥ 71%

Los procesos de reformas neoliberales en salud que acompañaron los programas de ajuste estructural de los años 1980 y 1990 acentuaron las características de segmentación, fragmentación y privatización de los sistemas de salud y la selectividad de la atención primaria en Suramérica. De esta forma, profundizaron las desigualdades sociales constituyendo ciudadanos de primera, segunda y tercera clase que acceden, o no, a diferentes paquetes y redes de servicios diferenciados conforme a su capacidad de pago. Este legado institucional obstaculiza sobremedida las reformas de los gobiernos progresistas actuales en pro de la garantía del derecho a la salud y de la construcción de sistemas públicos de salud universales.

Concepciones de APS en las políticas de salud

Los documentos de las políticas de salud actuales de los países de Suramérica destacan la APS como estrategia para la garantía de la atención

integral y la equidad en salud. La referencia a la Declaración de Alma-Ata es explicitada en las políticas o programas en los 12 países, así como el proceso de renovación, señalado en diez países (excepto Guyana y Paraguay).

Las políticas nacionales incorporan con diferentes énfasis los tres componentes principales de la Declaración de Alma-Ata que concibe la APS como estrategia: i) como atención esencial, parte integrante de un sistema nacional de cuidados de salud, del cual es el núcleo principal, primer nivel de contacto y elemento de un proceso permanente de atención sanitaria; ii) la salud como indisociable del desarrollo económico-social de una sociedad, lo que implica incidir en los determinantes sociales; y iii) el fomento a la participación social.

En este proceso de revitalización de la APS – denominado en algunos países APS renovada, por influencia de OPS –, siete países están en proceso de gestión e implementación de nuevos modelos de atención (cuadro 3). Estos nuevos modelos tienen componentes comunes: el enfoque familiar, la mención a la atención integral, el enfoque

comunitario con equipos multiprofesionales con población y territorios definidos (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela). Venezuela, Ecuador y Bolivia comparten el énfasis en el enfoque intercultural con respeto y asimilación de los

saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios expresados en la concepción del ‘buen vivir’. Estos países comparten también la prioridad de la promoción de la salud entendida como la acción intersectorial sobre sus determinantes sociales.

Cuadro 3. Concepción/definición de Atención Primaria de Salud en las políticas de salud actuales, países suramericanos

Países	APS en la política actual
Argentina (2004)	APS es la estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Diversos programas federales se vinculan directamente con la estrategia de APS (Programa Médicos Comunitarios, Remediar + Redes, Plan Nacer).
Bolivia (2008)	No se emplea el término APS en las normas. El ‘Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (Safci)’ con sus principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad contempla los elementos de APS. El modelo Safci se define como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.
Brasil (2006, 2011)	La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y la manutención de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que tenga impacto en la situación de salud, en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades. La ‘Estrategia Salud de la Familia (ESF)’, con sus equipos multiprofesionales de base territorial, es el principal modelo de atención en APS.
Chile (2005, 2013)	El nuevo ‘Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria’ busca asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
Colombia (2011)	La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Ley 1438 de 2011 introdujo la Atención Primaria de Salud como estrategia nacional, pero aún no fue implementada, no existe un modelo único de APS y las experiencias son de base local.
Ecuador (2008, 2012)	La Constitución de 2008 define la Atención Primaria de Salud como base del sistema en su Art. 360: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, ‘con base en la Atención Primaria de Salud’; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”. El ‘Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Mais-FCI)’ incorpora la estrategia de la APS renovada. Es el conjunto de estrategias que organizan el sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud.
Guyana (2013, 2010)	El documento Visión de Salud 2020 reafirma el compromiso con la APS y la importancia de enfrentar los determinantes sociales de la salud, pero no hace referencia directa al concepto de APS. El sistema de salud se basa en la APS. El acceso universal a la atención a la salud es gratuito y es un derecho constitucional (1980). El paquete de servicios de salud públicamente garantizados (2010) enfatiza la promoción y es integral. Incluye desde servicios primarios hasta especializados y hospitalarios con provisión en una red nacional integrada organizada en niveles de atención, empezando en postas de salud con agentes comunitarios de salud y técnicos/as Medex para áreas remotas.
Paraguay (2008)	Se busca incrementar el acceso para la población excluida a través de ‘equipos y unidades de salud de la familia’ asignados a territorios definidos. La APS en la gestión actual es entendida como: una estrategia que concibe integralmente el proceso salud-enfermedad y de atención a las personas y comunidades, considerando las diferentes etapas de la vida. Provee servicios de salud y enfrenta las causas últimas (sociales, económicas, políticas y ambientales) de la ausencia de salud.

Cuadro 3. (cont.)

Perú (2003, 2011)	El nuevo 'Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (Mais-BFC)' toma como punto de partida la definición de APS de Alma-Ata y los principios, valores y estrategias de la APS renovada, fundamento del sistema de salud. Para tal propósito, se demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios; requiere adicionalmente de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio.
Suriname	El Plan del desarrollo del gobierno, 'Suriname en Transformación 2012-2016', atribuye a la APS un papel central en la equidad en la salud. No conceptúa la APS, pero refiere pilares de la APS tales como la importancia en incidir sobre los determinantes sociales, la colaboración multisectorial y la participación social, como estratégicos para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El sistema de salud es segmentado y cada subsistema implementa los servicios de APS de modo distinto.
Uruguay (2007)	La Ley 18.211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis), de 2007, establece que el Snis se organizará en redes por niveles de atención, tendrá como estrategia la APS y priorizará el primer nivel de atención. El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.
Venezuela (2004, 2014)	La Misión Barrio Adentro, creada en 2004, explicita la APS como su estrategia fundamental: "La APS forma parte integrante tanto del Sistema Público Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria... atraviesa los distintos niveles de atención y sus redes, garantizando así una respuesta a las necesidades en salud de manera oportuna, regular y suficiente".

Fuentes: Elaboración propia

Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la formulación, financiación e implementación de la política de APS

La modalidad de protección social en salud y la organización territorial, política y administrativa de los países condicionan la distribución de atribuciones entre las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la formulación e implementación de la política de APS.

En general, la esfera responsable por la formulación de la política de APS es el nivel nacional, el Ministerio de Salud. En Argentina, con su organización federal y autonomía de las provincias en materia de salud, esta atribución es principalmente provincial. En Colombia, el sistema de seguro social en salud, con su enfoque individual, no

incorporó un modelo de atención con base en la APS. La formulación e implementación de programas de APS permaneció como una iniciativa de gobiernos locales, con experiencias diversificadas. En 2011, la legislación nacional definió una política de APS, aún en fase de reglamentación (*cuadro 4*).

Las fuentes de financiación de la APS son las mismas que las de la financiación del sistema de salud en general. Considerando solamente la financiación pública, en la mayor parte de los países la responsabilidad por la financiación de la APS es del nivel nacional. En Brasil, esta responsabilidad es compartida con los municipios y en Argentina con las provincias. En Bolivia y Perú hay participación de los seguros focalizados en los más pobres o en grupos específicos. En Colombia, las iniciativas en APS y su financiación son municipales y la atención individual de primer nivel es financiada por el Sistema General de Seguridad Social

a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Como consecuencia de la segmentación, cotizaciones para los seguros sociales de salud para trabajadores del mercado formal financian la atención individual de primer nivel para este grupo poblacional en 11 países, excepto Brasil (*cuadro 2*).

Con diferentes grados de descentralización de sus sistemas de salud, la responsabilidad por la prestación de servicios de primer nivel es diferenciada, prevaleciendo la esfera municipal en Brasil, Chile y Colombia. Las provincias o departamentos tienen un importante rol en la prestación de servicios de primer nivel en Argentina, Ecuador y Bolivia. El Ministerio de Salud permanece como el principal prestador en Uruguay, Paraguay Guyana y Venezuela, responsabilidad compartida con diversas ONG en Suriname (*cuadro 4*).

Las transferencias financieras para APS desde el nivel nacional a las esferas subnacionales se procesan de modos muy diversos. Los Ministerios de Salud transfieren recursos financieros por programas específicos incentivados por el gobierno nacional (Argentina, Ecuador, Guyana, Venezuela) o, en los sistemas públicos más descentralizados, como Brasil y

Chile, por cápitales específicas para APS. En los sistemas públicos más centralizados, la ejecución financiera es del nivel central, como en Paraguay, Uruguay y Suriname. En los modelos de protección en salud con base a seguros no hay transferencias financieras desde el Ministerio de Salud hacia las esferas subnacionales para la APS. En estos casos (y/o en estos segmentos) las transferencias son para los efectores del seguro, como en Bolivia, Colombia y Uruguay. Esto hace que a veces se confundan con las formas de pago al proveedor final, pues las esferas gubernamentales son tratadas como proveedores por los efectores de los seguros.

En la mayor parte de los países, el acceso a la APS es gratuito y no hay copagos en los servicios públicos de primer nivel. Los copagos introducidos en la década de 1990 fueron abolidos con los gobiernos progresistas en Venezuela, Ecuador y Paraguay. En Bolivia y Perú hay cobro de las atenciones en los servicios públicos de salud, con excepción de los grupos poblacionales cubiertos por los seguros públicos focalizados (*cuadro 4*).

No obstante, en la mayor parte de los países los gastos privados en salud son elevados (*cuadro 2*) y subsisten gastos de bolsillo de los hogares por pagos de medicamentos y algunos servicios de primer nivel.

Cuadro 4. Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la formulación, financiación e implementación de la política de APS

Países	Organización político-administrativa del país	Principal responsable por la formulación de la política de APS	Principal responsable por el financiamiento de APS	Principal responsable por la prestación de servicios de primer nivel	Mecanismos de transferencias financieras específicas para APS desde el nivel nacional hasta las esferas subnacionales	Copagos y pagos en servicios públicos de primer nivel
Argentina	República Federal 23 provincias + CABA 2.200 municipios Constitución 1994	Ministerios de Salud Provinciales y Ministerio de Salud de la Nación	MINSAL y Provincias (Obras Sociales: atención individual de primer nivel)	Provincias y Municipios	Por programa específico	No hay
Bolivia	Estado Plurinacional 9 Departamentos 337 municipios Constitución 2009	Ministerio de Salud	Departamentos Ministerio de Salud Municipios Seguros focalizados SUMI y SSPAM	Departamentos	Per cápita a municipios para el seguro público focalizado para niños, embarazadas y adultos mayores. Paquetes presupuestarios para todos los demás servicios.	Pago en servicios públicos, excepto para los asegurados de los seguros focalizados

Cuadro 4. (cont.)

Brasil	República Federativa DF + 26 estados 5.570 municipios Constitución 1988	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud y Municipios	Municipios	Per cápita específico para APS: Piso de Atención Básica; Piso de Atención Básica Variable por equipo de ESF y desempeño	No hay
Chile	Estado Unitario 15 regiones 53 provincias y 346 comunas Constitución 1980	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud (Fonasa) y municipios	Municipios y Servicios de Salud	Per cápita específico para APS y aportes adicionales del estado	No hay para los grupos A y B del Fonasa (copagos para asegurados de los tramos C y D por las garantías y prestaciones que tengan copagos en el AUGE)
Colombia	República Unitaria DC + 32 departamentos 1.102 municipios Constitución 1991	Municipios (política nacional en reglamentación)	Presupuesto de la nación Municipios SGSS - EPS régimen subsidiado y contributivo (individual)	Municipios y Departamentos; EPS régimen subsidiado y contributivo; contratan servicios públicos o privados	Sistema general de participaciones Unidades de pago per cápita	No hay copagos para promoción y prevención, atención materno-infantil, enfermedades transmisibles, patologías de alto costo y atención inicial de urgencias
Ecuador	Estado Unitario Plurinacional 24 provincias 210 cantones 1.000 parroquias Constitución 2008	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de la Salud Pública y Provincias	Provincias	Por presupuesto global y programa específico	No hay (abolidos en 2008)
Guyana	República Cooperativa 10 regiones 27 consejos de barrios Constitución 1980	Ministerio de Salud	Ministerio de la Salud y donaciones externas	Servicios regionales del Ministerio de Salud ONG internacionales	Por programa específico	No hay
Paraguay	República Democrática Representativa Capital + 17 departamentos Constitución 1992	Ministerio de Salud y Bienestar Social	Ministerio de Salud y Bienestar Social	Ministerio de Salud y Bienestar Social y Municipios	No hay	No hay (abolidos en 2008)
Perú	República Democrática 24 departamentos 195 provincias 1.837 municipios Constitución 1993	Ministerio de Salud	Ministerio de la Salud Seguro focalizado: SIS Seguro Social: EsSalud	Gobiernos locales Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (lafas) contratan servicios públicos o privados	No hay (el seguro focalizado SIS paga a los establecimientos montos fijos cuatrimestrales y un monto variable trimestral)	Pago en los servicios públicos para los medicamentos para población no asegurada a EsSalud o SIS

Cuadro 4. (cont.)

Suriname	República Democrática 10 distritos 62 regiones Constitución 1987	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud ONG: Misión Médica	No hay	Copago para medicamentos. Para la población atendida por la Misión Médica no hay copago
Uruguay	República Estado Unitario 19 departamentos Constitución 1997	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública. Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) Intendencias Municipales. Seguros sociales: servicios ambulatorios del sector privado regulado	No hay (transferencias de Fonasa a los efectores: per cápita ajustada al riesgo por edad y sexo + cumplimiento de metas asistenciales)	No hay (copagos regulados en los efectores privados para el seguro social)
Venezuela	República Bolivariana 23 estados + DC 335 municipios 1123 parroquias Constitución 1999	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Municipios y Ministerio del Poder Popular para la Salud	Paquete presupuestario y por programa específico	No hay (abolidos en 1998)

Fuentes: Elaboración propia

Sumi - Seguro Universal de Maternidad y Niñez; SSPAM - Seguro de Salud del Adulto Mayor; SGSSS - Sistema General de Seguridad Social en Salud; SIS - Seguro Integral de Salud focalizado en los más pobres; EsSalud - Seguro Social de Salud

Prestación y organización de la APS

La prestación se caracteriza por una composición de los equipos de APS diversificada entre los países y diferenciada conforme el tipo de unidad de salud. En los 12 países, los principales tipos de unidades de salud que brindan la APS son los Centros de Salud y los Puestos de Salud, estos últimos, sobre todo, en el área rural, donde trabajan auxiliares o técnicos de enfermería o Agentes Comunitarios de Salud (ACS). En Chile y Venezuela, hospitales de baja complejidad y ambulatorios también forman parte de la APS. En Colombia, la APS es prestada en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Primer Nivel, que son elegidas de acuerdo con la inserción del usuario en el Seguro Social de Salud. En los Centros de Salud, el/la médico/a general y el/la enfermero/a están presentes en los equipos todos los países. Uruguay cuenta también con pediatra, ginecólogo/a

y partero/a. El/la auxiliar y/o técnico/a de enfermería también forma parte de los equipos en la mayor parte de los países.

Como parte de las reformas de los modelos de atención en salud, diversos países incorporaron el/la Agente Comunitario/a de Salud o Promotor/a de Salud como trabajador/a remunerado/a o voluntario/a de los equipos básicos de APS, con distintas denominaciones y en el rol de enlace de la comunidad con el establecimiento de salud y ejecución de tareas extramurales y comunitarias. En la mayoría de los casos, los/as Agentes/Promotores/as son personas sin formación en salud que viven en las áreas de los servicios de APS. En Ecuador, Guyana y Suriname, asistentes de salud generalistas con formación técnica, actúan en los equipos de APS, principalmente en áreas rurales (*cuadro 5*).

La territorialización de los servicios de la APS con adscripción poblacional y población asignada por equipo, con responsabilidad de los equipos por poblaciones definidas, se observa en ocho países. El número de personas

asignadas por equipo varía tanto en el propio país como entre los países, siendo 1.250 usuarios por equipo en Venezuela, 3.000 en Brasil, 4.000 en Ecuador, hasta 5.000 en Chile y Paraguay, en promedio (*cuadro 5*). El número de personas asignadas por equipo de APS sufre variaciones en función de las características de los territorios, como la pertenencia a áreas rurales y/o de mayor vulnerabilidad social (RÍOS, 2014B; ALMEIDA, 2014; VEGA ROMERO; ACOSTA RAMÍREZ, 2014A; TEJERINA SILVA, 2014B, 2014C).

La cobertura poblacional por los nuevos modelos de atención con énfasis en la APS renovada, en gestión e implementación en siete países (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela), es variable y

depende del ritmo de implementación de los cambios. En Brasil, 62% de la población está cubierta por la ‘Estrategia Salud de la Familia’; en Paraguay 36% por ‘Unidades de Salud de la Familia’; en Venezuela cerca de 60% por los equipos de APS de la ‘Misión Barrio Adentro’. En Bolivia y Perú no hay datos precisos sobre la población cubierta por el modelo de ‘Salud Familiar Comunitario Intercultural’, en el primero, y por los ‘Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas’ y el ‘Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario’, en el segundo (RÍOS, 2014B; ACOSTA RAMÍREZ; VEGA ROMERO, 2014; ALMEIDA, 2014; VEGA ROMERO; ACOSTA RAMÍREZ, 2014A; TEJERINA SILVA, 2014A, 2014B, 2014C).

Cuadro 5. Prestación de servicios de primer nivel y organización de la Atención Primaria de Salud en los países suramericanos

Países	Principales tipos de unidades de salud que brindan APS	Composición del equipo básico de APS	Agente Comunitario de Salud (ACS) (pagados o voluntarios)	Territorialización y adscripción poblacional de los servicios de APS	Número de personas asignadas por equipo de APS
Argentina	7.532 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) 600 Centros Comunitarios Integrados (CIC)	Médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería, parteras/os, agentes comunitarios/as, odontólogos/as	Agentes Comunitarios/as de Salud (pagados), promotores/as de salud	Sí, diferenciada por provincias	3.200 - 4.000
Bolivia	1.671 Centros de Salud (CS) 1.604 Puestos de Salud (PS)	CS: Médico/a general, odontólogo/a, auxiliar o técnico/a en enfermería PS: Auxiliar o técnico/a en enfermería	Responsables Populares de Salud (voluntarios)	Sí, pero la adscripción es incipiente	CS: 1.000 - 20.000 PS: 500 - 1.000
Brasil	34.013 Unidades Básica de Salud/ Centros de Salud/USF 10.651 Puestos de Salud Total UBS activas: 38.800 (2012)	EqSF: Médico/a, enfermero/a, 1-2 auxiliar/técnico/a en enfermería, 5 a 6 ACS Equipos de salud bucal: odontólogo/a, auxiliar y/o técnico/a en salud bucal	ACS (pagados)	Sí, población asignada por equipo en la Estrategia de Salud de la Familia (EqSF)	3.000 (hasta 4.500) por EqSF
Chile	149 Centros de Salud Familiares (Cesfam) 362 Consultorios Generales Urbanos (CGU) 106 Hospitales de Baja Complejidad 1.204 Postas de Salud Rural	Médico/a, enfermero/a, matrona, asistente social y asistente administrativo/a	Monitores/as voluntarios de la comunidad	Sí, población asignada por equipo, la inscripción es por iniciativa de las personas	Hasta 5.000 por equipo multidisciplinario

Cuadro 5. (cont.)

Colombia	996 instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel públicas	No hay una regla general sobre la conformación de los equipos. Generalmente los equipos básicos son conformados por: médicos/as, enfermeros/as generales, promotores/as, auxiliares y técnicos/as en salud.	Promotores/as de salud, caminantes de la salud, agentes primarios de salud (voluntarios o pagados)	En algunos modelos municipales No hay directrices nacionales sobre la sectorización de centros de APS y adscripción poblacional.	No hay norma general, depende del modelo de APS de cada ente territorial
Ecuador	319 Puestos de Salud 211 Centros de Salud (A,B,C) 1.387 Sub-centro de Salud 1.248 Dispensarios Médicos	Médicos/as, enfermero/a y técnico/a en Atención Primaria de Salud	Técnico/a en Atención Primaria de Salud (Taps) (pagados)	Sí, por circuitos y distritos y adscripción poblacional por dispensarización	4.000 en áreas urbanas 1.500 - 2.500 en áreas rurales
Guyana	201 Puestos de Salud (Costa: 65 / Interior: 136) 229 Centros de Salud (Costa: 217/ Interior: 12)	Centros de salud tipos 1 y 2: médico/a, enfermero/a, partero/a, Medex, asistente de laboratorio, auxiliar de farmacia, asistente odontológico, asistente de rehabilitación, asistente de salud ambiental	Técnico/a Medex y ACS (pagados)	No hay adscripción	-
Paraguay	760 Unidades de Salud de la Familia	Médico/a, licenciado/a en enfermería y/u obstetricia, auxiliar de enfermería y 3 a 5 ACS. Para cada dos ESF, un equipo odontológico: odontólogo/a y técnico/a odontológico	Agentes Comunitarios de Salud (pagados)	Si, población asignada por equipo SF	3.500 - 5.000 (u 800 familias)
Perú	1.274 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención 153 Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped)	Médico/a, licenciado/a en obstetricia, enfermero/a, técnico/a en enfermería	Agentes Comunitarios de Salud o promotores/as de salud (voluntarios)	Sí, los usuarios de los equipos básicos son registrados por área de residencia en el establecimiento de salud de primer nivel más cercano	500 - 800 familias adscritas por equipo básico de salud
Suriname	54 Puestos de Salud (Misión Médica) 63 Clínicas de la Fundación del Servicio Nacional de Salud 146 consultorios privados GP	Médico/a general, enfermero/a, asistente de salud	Asistente de salud	No hay adscripción	-
Uruguay	28 Centros de Salud ASSE 786 Consultorios, Policlínicas y Puestos de Salud Rural IAMC: consultas externas, consultorios descentralizados, servicios de atención domiciliar y policlínicas	Médico/a de familia o generalista, enfermero/a, partero/a, pediatra y ginecólogo/a visitante (equipo básico ASSE en Montevideo)	-	No hay población adscrita en ASSE	-
Venezuela	6.712 Consultorios Populares de Barrio Adentro 4.117 Ambulatorios tipos I y II 608 Ambulatorios Urbanos III	Médico/a especialista en medicina general integral, enfermero/a, Agente Comunitario/a de Atención Primaria de Salud (Acap)	Agente Comunitario/a de Atención Primaria de Salud (pagado)	Sí, población asignada por equipo mediante la dispensarización en Barrio Adentro	1.250 personas o 250 a 350 familias por equipo Barrio Adentro

Fuentes: Elaboración propia

Integración de la APS en la red de servicios

La integración de la APS en la red de servicios es una preocupación de los *policy makers* y, cada vez más, los servicios de atención primaria definidos como de primer nivel son establecidos en las normativas oficiales como la puerta preferencial al sistema de salud en los 12 países. Se preconiza que el médico/a/equipo de APS ejerza la función de filtro para acceso a la atención especializada, aunque esta función no siempre esté reglamentada.

La organización de la red con base en la definición de la puerta de entrada preferencial a través de la APS se confronta con la fuerte competencia de los servicios de atención de urgencia y de emergencia hospitalaria y los servicios privados (como en Brasil) como primer contacto y fuente regular de cuidados. En Bolivia, es posible la libre elección de los servicios de salud y, en el Uruguay, la función de puerta de entrada puede ser compartida con los hospitales de segundo nivel. Esta es una situación probablemente agravada por la insuficiente articulación entre los puntos de atención (básica y especializada) y por problemas en la organización del proceso de trabajo de los equipos de APS, con baja integración entre el desarrollo de acciones programadas, prácticas promocionales y preventivas y de atención a la demanda espontánea: o sea, la integración entre las acciones para la atención individual y las acciones colectivas de base poblacional son insuficientes.

Los dirigentes también reconocen dificultades para el acceso a la atención especializada. La definición formal de flujos para derivar a los usuarios desde la APS hasta los servicios especializados es una realidad informada por los gestores del sector público de los países, principalmente en los servicios de los nuevos modelos, como en Bolivia,

donde hay normas establecidas solamente para el flujo desde el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural. La definición formal de flujos no es suficiente para la articulación y la comunicación entre servicios y profesionales de toda la red. La referencia en general funciona con imperfecciones y la contrarreferencia raramente se realiza.

Las dificultades de acceso a los cuidados continuados se expresan en filas y prolongados tiempos de espera para acceso a la atención especializada por la baja oferta pública y la insuficiencia de recursos especializados (consultas y exámenes) en la red en casi todos los países. Aunque hay altos porcentajes de pertinencia de derivación desde la atención primaria a otros niveles de atención, como es el caso de Chile, existen listas de espera para algunas especialidades de oferta más deficitaria. No obstante, los tiempos de espera casi nunca son monitoreados o tornados públicos, con excepción de Uruguay, que define tiempos máximos de espera. Para las especialidades básicas se exige la consulta en 24 horas y para la atención especializada hasta 30 días. Los sistemas de información de Uruguay permiten el monitoreo de los tiempos y su divulgación por parte del Ministerio de Salud.

Se desarrollan iniciativas para mejorar la cualificación y la comunicación entre los profesionales de la APS y otros niveles, como el TeleSalud, en Brasil, y un sistema de citas por teléfono o internet en implementación, en Ecuador.

La integración de la APS en la red depende de acciones a nivel de políticas institucionales que enfrenten la fragmentación de los sistemas de salud con el fortalecimiento de los servicios de APS como puerta de entrada preferencial y de su papel de filtro, además de la ampliación de la oferta de atención especializada, garantizada por el sistema público, con redes territorializadas y ordenadas desde la APS.

Fuerza de trabajo en APS

Uno de los principales retos para la prestación y organización de la APS es la disponibilidad de profesionales de salud, sobre todo médicos/as, y la inadecuación de la formación para la APS.

La disponibilidad de profesionales de salud es diversa entre los países, con profundas desigualdades en la oferta y distribución en el interior de cada país y grandes brechas en las zonas remotas y desfavorecidas. La densidad de médicos/as por mil habitantes se distribuye en un amplio rango entre los países. La suficiencia numérica de la oferta parece haber sido alcanzada en Uruguay, con 4,5 médicos por mil habitantes, y Argentina, con 3,8, así como también en Venezuela, con estimaciones de una razón de 3,8 médicos por mil habitantes en 2014. La insuficiencia de recursos humanos en salud es intensa en Bolivia (0,5 médicos/as/mil hab.), Guyana (0,9), Suriname (1,0) y Perú (1,1). La razón de enfermeros/as profesionales por mil habitantes es menor que la de médicos en siete países (*cuadro 6*).

No hay estadísticas organizadas de disponibilidad de recursos humanos para la APS específicamente, pero hay consenso entre los gestores nacionales de que la oferta es insuficiente cualitativa y cuantitativamente. En la mayor parte de los países se define que los/as médicos/as generalistas deben actuar en la APS, pero no se conoce la disponibilidad de médicos/as con formación generalista que actúan en las APS y son escasos los/as

médicos/as con especialidad médica para la APS. Esta es más frecuentemente denominada medicina familiar y comunitaria (*cuadro 6*).

Para enfrentar la insuficiente oferta de médicos en APS y, en algunos casos también de atención especializada, ocho países (Bolivia, Brasil, Ecuador, Guyana, Surinam, Perú, Venezuela y Uruguay) mantienen cooperación con Cuba (*cuadro 6*).

Uno de los principales problemas para la fijación de los médicos en servicios públicos de APS está en la regulación de las relaciones laborales. Hay diversidad de vínculos laborales y formas de remuneración de la fuerza de trabajo en APS en todos los países, con tendencia a la precarización laboral e inestabilidad con contratos temporarios, sin garantías de beneficios sociales.

Solamente en Chile y Guyana la mayoría de los profesionales de APS son funcionarios públicos. En los otros países se observan combinaciones de contratos temporales con pagos por becas, desempeño o prestación de servicios, contratos por tiempo indeterminado como asalariados del sector privado y funcionarios públicos. Aunque en casi todos los países parte de los profesionales de salud sean funcionarios públicos con cargo presupestado de duración indefinida, solamente en Chile hay una carrera funcionaria específica en APS.

La inestabilidad de los contratos laborales, con alta rotación de profesionales, dificulta la adhesión e impide la formación de vínculos entre los equipos, las familias y la comunidad.

Cuadro 6. Fuerza de trabajo en Atención Primaria de Salud en los países suramericanos

Países	Médicos / 1000 hab.	Enfermeros profesionales / 1000 hab.	Denominación de la especialidad médica para APS (número de médicos)	Vínculos de trabajo en APS	Carrera funcionaria para APS	Presencia de médicos cubanos (número)
Argentina	3,8 (2010)	2,2 (2010)	Medicina Familiar y Comunitaria	Contratos renovables (por evaluación de desempeño) y temporarios; funcionarios públicos	No	No
Bolivia	0,5 (2014)	0,2 (2014)	Médico/a especialista en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (médico/a general o familiar)	Funcionarios públicos; contratos anuales sin estabilidad laboral	No	Sí
Brasil	1,9 (2010)	1,5 (2010)	Medicina de Familia y Comunidad (3.253)	Funcionarios públicos; asalariados sector privado; contratos temporarios sin estabilidad laboral; becas	No	Sí (11.300)
Chile	2,0 (2013)	1,5 (2011)	Medicina Familiar (629)	Funcionarios públicos	Sí	Sí (30% de los médicos APS son extranjeros, en parte cubanos)
Colombia	1,7 (2011)	0,9 (2011)	Medicina Familiar (500) Salud Familiar y Comunitaria*	Contratos de prestación de servicios a término fijo (la mayoría) y funcionarios públicos	No	No
Ecuador	1,7 (2012)	0,8 (2012)	Medicina Familiar y Comunitaria (112)	Funcionarios públicos; contratos de corta duración (a partir de 2008) sin estabilidad laboral	No	Sí
Guyana	0,9 (2013)	1,5 (2013)	Medicina General	Funcionarios públicos	No	Sí (166 médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as para APS y hospitales)
Paraguay	1,3 (2010)	0,8 (2010)	Medicina Familiar	Contratos renovables por evaluación de desempeño; funcionarios públicos; salario más bonificación	No	No
Perú	1,1 (2012)	1,1 (2012)	Medicina Familiar (119)	Funcionarios públicos; contrato periódico de administración de servicios; asalariados del sector privado	No	Sí (APS y AE)
Suriname	1,0 (2010)	1,6 (2014)	Medicina General Medicina de Familia (a partir de 2014)	Contratos de duración indefinida en el servicio regional (salarios y complemento con cápita por número de personas registradas); contratos por tiempo indeterminado con salario (Medical Mission).	No	Sí (médicos/as)
Uruguay	4,5 (2011)	1,4 (2010)	Medicina Familiar y Comunitaria	ASSE: cargos temporales; régimen derecho privado; funcionarios públicos; IAMC: asalariados sector privado; prestación de servicios	No	Sí (oftalmólogos/as)
Venezuela	3,8 (2010)	–	Medicina General Integral (pregrado en Medicina Integral Comunitaria: 20 mil médicos)	Funcionarios públicos; becas (programas de formación intensiva en Atención Primaria de Salud)	No	Sí

Fuentes: Elaboración propia

Estrategias de formación de la fuerza de trabajo para la APS

Hay consenso entre los gestores que la formación de profesionales de salud es inadecuada y que no está orientada a la actuación en la APS. En los años recientes se observan en casi todos los países diversas iniciativas de formación para la APS en todos los niveles: técnicos, pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo. Entre las principales iniciativas de formación de la fuerza de trabajo en APS se destacan los posgrados para formar médicos/as especialistas en medicina de familia y comunidad (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela) y el programa de formación en Medicina Integral Comunitaria de Venezuela, en cooperación con la Escuela Latinoamericana de Medicina Salvador Allende de Cuba (RÍOS, 2014A, 2014B, 2014C; ACOSTA RAMÍREZ; VEGA ROMERO, 2014; ALMEIDA, 2014; VEGA ROMERO; ACOSTA RAMÍREZ, 2014A; TEJERINA SILVA, 2014A, 2014B, 2014C).

Para suplir la carencia de médicos/as para la APS, desde el 2008 el gobierno venezolano desarrolla un amplio programa nacional de formación en Medicina Integral Comunitaria. En el 2014 estaban matriculados 20 mil estudiantes de medicina integral comunitaria, del primero al sexto año de estudio, con un programa de formación en clínicas académicamente certificadas de Barrio Adentro a cargo de seis universidades venezolanas, con presencia importante de profesores cubanos. Son 6.715 profesores/as médicos/as especialistas en medicina general integral, con componente docente certificado, de la Misión Médica Cubana (VENEZUELA; OPS, 2013; ROJAS, 2014). Hay 16.878 médicos comunitarios graduados y, de estos, 6.285 cursan estudios de posgrado en medicina. Los estudiantes al empezar el curso se comprometen a prestar servicio en el sistema público. Se garantiza a todos los graduados

el ingreso al sistema público nacional de salud (ROJAS, 2014). El ejercicio de la medicina por los egresados fue reglamentado por ley en el 2011 (VENEZUELA; OPS, 2013).

En el nivel técnico se destaca la formación de trabajadores de APS alternativos, como en Guyana y Suriname, que tienen tradición en este tipo de trabajadores de salud. Guyana emplea a los/as técnicos/as Medex, que sustituyen a los/as médicos/as en el interior, y Suriname utiliza asistentes de salud también reclutados en los pueblos del interior, que siguen un programa de formación integral de cuatro años para convertirse en trabajadores de la salud de nivel medio (GOEDE, 2014A, 2014B). En el mismo sentido, Ecuador tiene una experiencia más reciente en la formación de Técnico/a en Atención Primaria de Salud (Taps), miembro del Equipo de Atención Integral de Salud (Eais) (TEJERINA SILVA, 2014B).

El reto más importante es la retención de trabajadores de la salud capacitados para ofrecer servicios de salud de calidad a las poblaciones de áreas remotas y/o desfavorecidas. Además de la escasez, la distribución de los trabajadores de la salud es deficiente y favorece las zonas urbanas. Diferentes estrategias son aplicadas por los países para aumentar la disponibilidad de profesionales de la salud en las zonas remotas. Algunos países tienen un período de servicio obligatorio para los recién graduados, con diferentes grados de éxito (como por ejemplo Perú, Paraguay, Guyana, Suriname) y/o incentivos económicos. Diversos países establecieron convenios con Cuba, como lo hizo recientemente Brasil, para suplir la falta de médicos en la APS en zonas desfavorecidas y remotas.

Intersectorialidad

La interacción con otros sectores (intersectorialidad) para hacer frente a los determinantes sociales y promover la salud es otro componente principal de la APS integral. En diversos países las políticas de salud

plantean como un eje de la estrategia de APS la promoción de la salud, concebida como acción sobre los determinantes sociales y/o cambios en los estilos de vida, lo que implica políticas con enfoque intersectorial. El paradigma del ‘vivir bien’ en Bolivia y Venezuela, o el ‘buen vivir’ en Ecuador, sustenta el accionar de la política pública y puede interpretarse como acción intersectorial por la salud, involucrando un conjunto de políticas de desarrollo social.

En los 12 países de Suramérica pueden identificarse directrices, normas y/o espacios que favorecen la intersectorialidad en APS a nivel local e iniciativas a nivel nacional integrando diversos ministerios, como el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales en Argentina; la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública en Colombia, con participación de nueve ministerios y tres departamentos nacionales, que tiene el objetivo de orientar intervenciones sobre los determinantes sociales de salud; o el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social en Ecuador, encargado de vincular los ministerios de Deporte, Vivienda, Educación, Ambiente, Movilidad Humana y Salud en una nueva división administrativa del país en zonas y distritos para implantar programas intersectoriales.

Los gestores nacionales de APS mencionan programas de transferencias monetarias a grupos vulnerables para reducir la pobreza y combatir el hambre como importantes estrategias intersectoriales. Algunos ejemplos de esto son: en Bolivia, los bonos de salud y educación, la subvención a productos de consumo masivo y el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, integrado por 11 ministerios, gobiernos departamentales, municipios y ONG; el bono de desarrollo humano y pensiones no contributivas en Ecuador; el subsidio familiar en Venezuela; el Uruguay Crece Contigo, política nacional con intervenciones focalizadas en zonas de pobreza extrema con metas de salud y nutrición; el Programa Bolsa Familia en

Brasil; o el programa Chile Crece Contigo, que involucra acciones intersectoriales con protagonismo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Social en acciones en salud, vivienda y educación.

La intersectorialidad debe abarcar los diversos niveles gubernamentales, desde la esfera nacional hasta los gobiernos municipales y/o provinciales, pero en general no se establece de forma clara cómo se debe realizar la articulación de la acción intersectorial entre los niveles nacionales y subnacionales. Por otra parte, la asignación de los recursos parece ser insuficientes para la efectiva ejecución de las acciones.

En la mayor parte de los países, los equipos de APS deben realizar un diagnóstico del territorio para identificar las condiciones socioeconómicas y de salud y los problemas prioritarios para orientar intervenciones en la comunidad con apoyo de la carpeta familiar y/o el registro de las familias, pero esta acción no siempre es sistemática. Paraguay ha construido una interesante herramienta de integración entre los gobiernos locales y las comunidades llamada Diagnóstico Comunitario Participativo, donde en mesas intersectoriales se hace el análisis de la situación y se designan los problemas de salud prioritarios para las intervenciones (RÍOS, 2014B).

Los equipos de APS se relacionan con otros sectores como parte de su actividad extramural. El Agente Comunitario de Salud o los promotores de salud presentes en casi todos los países tienen atribuciones en el diagnóstico comunitario y en la articulación de otras organizaciones y el apoyo a programas de desarrollo social. Cabe mencionar también articulaciones con otros sectores, como educación, desarrollo social, vivienda, medio ambiente, deportes y sanidad.

Participación social

Las políticas nacionales de salud en Suramérica tienen en general como uno de

sus pilares la participación de la comunidad, con un cuerpo normativo, políticas y espacios de deliberación, organización y consolidación de la actuación de los ciudadanos. Este escenario fue posible a partir de la transición democrática sucedida en gran parte de los países de la región desde fines del siglo XX, que produjo el inicio de un nuevo ciclo histórico que aportó la perspectiva de la generación de una ciudadanía más autónoma y crítica, así como también articulada con la creación de espacios públicos de participación, conflicto y diálogo (CALDERÓN, 2009). Esta transición construyó las bases para la conformación de espacios institucionalizados de participación de la población en las políticas públicas, como es el caso de la salud.

La participación social se institucionalizó en consejos locales de salud en casi todos los países suramericanos (excepto Suriname y Uruguay, donde está formalizada a nivel nacional), que permiten la participación ciudadana y la articulación entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales.

De manera general, la participación social en salud en Suramérica es un espacio formalizado e institucionalizado, incluso en algunos países constitucionalmente, basado en la APS integral y renovada. Pero uno de los obstáculos para la efectividad de la APS integral es que la participación de la comunidad a menudo se limita a la formulación del diagnóstico del territorio e involucra poco a la comunidad en la toma de decisiones para el cambio de políticas que impacten en los determinantes sociales de la salud (LABONTÉ ET AL., 2009).

En los países que comparten una comprensión de la APS renovada, en la cual la participación es uno de los principios de orientación de los sistemas de salud, se consolidó la percepción de que los espacios de deliberación y participación de los ciudadanos se constituyen como instrumentos de democratización de la gestión pública y del aumento de la efectividad de

las políticas sociales. No obstante, la institucionalización de la participación presenta límites. No hay una correspondencia entre la conquista de espacios de poder público de participación y el grado de actuación y desarrollo político y organizativo de los sujetos sociales y se observan problemas de representatividad, en la calidad de la participación y en la posibilidad de influir en la deliberación de las políticas (BREILH, 2010; ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Interculturalidad

El enfoque intercultural de los servicios de salud y la integración de la medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos es, cada vez más, parte de las políticas sanitarias nacionales, todavía con implementación muy diferenciada.

Los debates al respecto de la construcción del campo de la 'salud intercultural' y su debido reconocimiento y comprensión de la diversidad étnica en las sociedades es reciente en el campo de la medicina (KNIPPER, 2010). Sin embargo, en Suramérica las experiencias de interculturalidad produjeron en algunos países importantes discusiones e incorporación de aspectos de la medicina de los pueblos originarios en sus sistemas de salud. A pesar de esto, los documentos formales de APS no hacen mención clara al concepto de interculturalidad en la mayoría de los países, con excepción de Bolivia, Chile, Colombia y Perú.

El enfoque intercultural es más desarrollado en Bolivia, donde la concepción de interculturalidad es uno de los pilares de la política nacional de salud y los equipos de atención primaria coordinan acciones con los médicos tradicionales del territorio bajo su responsabilidad. Hay experiencias interculturales localizadas en Chile, Colombia, Ecuador y Perú. Incluso adoptando concepciones y abordajes distintos, estos países utilizan la APS para la implementación de acciones interculturales.

En la mayor parte de los países de la región la comprensión del enfoque intercultural se restringe a una concepción de respeto a la singularidad e integración sociocultural o establece sus bases dentro de las cuestiones indígenas.

Consideraciones finales

En síntesis, hoy en América del Sur están en marcha diversos procesos de revitalización de la APS, su implementación es progresiva y en muchos casos aún no se han alcanzado plenamente los resultados esperados. Además de la expansión del acceso a los servicios en el nivel primario, incluso en las experiencias que reducen ese acceso a un conjunto de acciones seleccionadas, es posible identificar movimientos innovadores en la organización y en las prácticas de atención primaria. En algunas de esas experiencias, y en los sistemas públicos mejor consolidados, se observan características de la atención primaria integral.

Es posible destacar inúmeras experiencias innovadoras que pueden propiciar la formulación de políticas para enfrentar problemas similares en la organización y en las prácticas de APS como estrategia para la organización de los sistemas de salud en la región: el enfoque de la salud como un derecho en las constituciones nacionales; las iniciativas de desarrollo del primer nivel, con abordaje individual y de salud colectiva, integrado al sistema de salud con conformación de redes y coordinación con servicios especializados y hospitalarios; las iniciativas de mejora de la calidad de la atención prestada en el primer nivel; los nuevos abordajes en interculturalidad; la integración horizontal en el territorio con otros servicios públicos y organizaciones de otros sectores no sanitarios que buscan favorecer acciones intersectoriales para enfrentar los determinantes sociales y promover la salud; las experiencias de fuerte acción comunitaria e incidencia en

las desigualdades sociales en que la APS está integrada a una política amplia de desarrollo social, como en el paradigma del ‘buen vivir’ o ‘vivir bien’, aunque a veces son localizadas o en contextos en los que la segmentación aún no fue superada; la acción comunitaria con la actuación de agentes comunitarios o promotores de salud; la ampliación de la participación social con consejos locales de salud e institucionalización de otras formas de participación en salud; la incorporación a los equipos de APS de personal técnico especializado en APS; y las estrategias de formación de grado y posgrado de profesionales médicos para APS.

Entre los desafíos más importantes para la garantía de los cuidados integrales en salud universales están la formación y el desarrollo profesional continuos para la actuación en APS y para garantizar el acceso a servicios de salud en áreas remotas y desfavorecidas, aunque diversas estrategias para superarlos todavía se encuentren en implementación.

La acción intersectorial ha sido planteada por los movimientos de APS y de promoción de la salud en los últimos 30 años, pero todavía hay muchos obstáculos para la articulación entre los distintos sectores en los países suramericanos. Identificar los problemas que requieren acción intersectorial, articular los distintos intereses de cada sector e indicar los objetivos comunes de las distintas áreas, se configuran aún como importantes desafíos para la organización de la intersectorialidad en la APS en los países analizados en este artículo.

Al reconocer la atención a servicios de salud de calidad como uno de los determinantes sociales de la salud, otro desafío para la garantía de los cuidados integrales en salud está en alcanzar un equilibrio adecuado entre el abordaje individual de cuidados personales en tiempo oportuno y el abordaje de base territorial de salud colectiva, sumado a estrategias de acción comunitaria y cooperación horizontal local. En este sentido, un punto que se necesita profundizar en otras

investigaciones es cuáles serían las mejores estrategias para lograr implementar de forma articulada un primer nivel fuerte con atención resolutoria de calidad y una acción comunitaria potente para enfrentar los determinantes sociales.

Persisten tensiones entre distintas concepciones de atención primaria entre los países y en el interior de cada país con diversos abordajes en implementación. La segmentación de los sistemas de salud con diferentes coberturas y redes de servicios para grupos poblacionales y la baja financiación pública de los sistemas de salud son importantes obstáculos para una atención primaria integral efectiva. La búsqueda de implementación de una APS verdaderamente integral es indisociable y enfrenta los mismos obstáculos para la construcción de sistemas públicos universales en nuestra región.

En el debate internacional contemporáneo sobre la cobertura universal de salud se observa un embate entre lo que se entiende por derecho a la salud y cómo alcanzar el acceso universal, con correspondencia a distintos abordajes de APS. En este embate se contraponen posiciones polarizadas: cobertura por seguros segmentados versus sistemas públicos universales.

La modalidad de mercado de aseguramiento con coberturas segmentadas por seguros privados o públicos con paquetes de servicios diferenciados conforme la capacidad de pago de las personas, cristalizando desigualdades, se corresponde, por un lado, con un abordaje de APS de primer nivel centrado en la atención individual, sin territorialización ni enfoque colectivo. Y en el caso de los seguros subsidiados, focalizados

(en poblaciones de bajos ingresos o en grupo materno-infantil), con una APS (neo)selectiva con un paquete mínimo de servicios, se termina ofreciendo una atención a la salud pobre para pobres.

Por otra parte, la perspectiva de construcción de sistemas públicos universales de salud para garantía del derecho a la salud y del acceso universal en respuesta a las necesidades individuales y colectivas de salud de los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, en base a la solidaridad, se corresponde con un abordaje de APS integral como el preconizado en la Declaración de Alma-Ata, una estrategia para reorientar el sistema de salud y garantizar la atención integral. Una APS coordinadora de los cuidados de salud en la red integral, con participación social y actuación intersectorial para enfrentar los determinantes sociales y promover la salud, indisociable del desarrollo económico y social de la nación.

Los abordajes de APS implementados son condicionados por la segmentación de la protección en salud y de los sistemas de salud. En el movimiento de renovación de la APS, las agencias multilaterales propugnan la APS como estrategia para la reorientación de los sistemas de salud, pero lo que se observa es que esto es un proceso de dos vías: los modos como los sistemas de salud son financiados y están organizados orientan los enfoques de Atención Primaria de Salud implementados. La segmentación de coberturas y financiamiento y la fragmentación de la atención, profundizadas en las décadas anteriores, obstaculizan la implementación de la APS integral aun en el contexto de políticas sociales abarcadoras. ■

Referências

- ACOSTA RAMÍREZ, N; VEGA ROMERO, R. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur*: mapeo de la APS en Perú. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[179\]ling\[2\]anx\[552\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[179]ling[2]anx[552].pdf)>. Acceso el: 14 dic. 2014.
- ALMEIDA, P. F. *Mapeamento e análise dos modelos de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul*: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[127\]ling\[1\]anx\[519\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[127]ling[1]anx[519].pdf)>. Acceso el: 10 dic. 2014.
- BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.) *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.
- CALDERÓN, F. Inflexión histórica: la situación social-institucional en el cambio político de América Latina. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.) *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 83-100.
- CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; 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.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s14-s27, 2010.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Cebes, 2012. p. 853-883.
- GIOVANELLA, L. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Montevideo: Observatório Mercosur de Sistemas de Salud, 2013.
- GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Sistemas de salud en Suramérica*: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.
- GOEDE, H. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur*: mapeo de la APS en Guyana. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014a. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[235\]ling\[2\]anx\[750\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[235]ling[2]anx[750].pdf)>. Acceso el: 19 dic. 2014.
- GOEDE, H. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur*: mapeo de la APS en Surinam. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014b. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[236\]ling\[2\]anx\[751\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[236]ling[2]anx[751].pdf)>. Acceso el: 19 dic. 2014.
- KNIPPER, M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, Lima, v. 27, n. 1, p. 94-101, 2010.
- 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. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v. 8, n. 16, p. 14-29, 2009.
- OLIVER, A. The folly of cross country ranking exercises. *Health Economics, Policy and Law*, Cambridge, v. 7, n. 1, p. 15-17, 2012.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Ginebra: OMS, 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1>. Acceso el: 29 ene. 2015.
- . *La Atención Primaria en Salud*: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS, 2008. (Informe sobre la salud en el mundo, 2008).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPS). *Renovação da atenção primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington, DC: OPS/OMS, 2005.
- RÍOS, G. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur*: mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014a. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[167\]ling\[2\]anx\[548\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[167]ling[2]anx[548].pdf)>. Acceso el: 23 nov. 2014.
- . *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur*: mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014b. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[236\]ling\[2\]anx\[751\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[236]ling[2]anx[751].pdf)>. Acceso el: 19 dic. 2014.

isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[128]ling[2]anx[530].pdf>. Acceso el: 23 nov. 2014.

_____. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Uruguay*. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014c. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[185\]ling\[2\]anx\[559\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[185]ling[2]anx[559].pdf)>. Acceso el: 23 nov. 2014.

ROJAS, D. *Medicina Integral Comunitaria: nueve años impulsando la salud preventiva en el pueblo*. Caracas, 2014. Disponible en: <<http://www.avn.info.ve/contenido/medicina-integral-comunitaria-nueve-a%C3%B1os-impulsando-salud-preventiva-pueblo>>. Acceso el: 28 ene. 2015.

ROVERE, M. Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, 2012.

TEJERINA SILVA, H. et al. Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. *Medicina Social*, Nova York, v. 4, n. 4, p. 273-282, 2009.

TEJERINA SILVA, H. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Bolivia*. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014a. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[347\]ling\[1\]anx\[325\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[325].pdf)>. Acceso el: 23 nov. 2014.

_____. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Ecuador*. Rio de Janeiro: ISAGS:

UNASUR, 2014b. Disponible en: <[http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb\[186\]ling\[2\]anx\[560\].pdf](http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb[186]ling[2]anx[560].pdf)>. Acceso el: 23 nov. 2014.

_____. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Venezuela*. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014c. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[178\]ling\[2\]anx\[561\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[178]ling[2]anx[561].pdf)>. Acceso el: 23 nov. 2014.

VEGA ROMERO, R; ACOSTA RAMÍREZ, N. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Chile*. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014a. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[191\]ling\[2\]anx\[565\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[191]ling[2]anx[565].pdf)>. Acceso el: 14 dic. 2014.

_____. *Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Colombia*. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2014b. Disponible en: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[160\]ling\[2\]anx\[521\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[160]ling[2]anx[521].pdf)>. Acceso el: 14 dic. 2014.

VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Salud; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Medicina Integral Comunitaria: médicos y médicas para el pueblo*. Caracas: MPPS: OPS, 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais?

What are the challenges for the qualification of Primary Care in the view of municipal managers?

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti¹, Aristides Vitorino de Oliveira Neto², Maria Fátima de Sousa³

RESUMO Nos últimos anos, a Atenção Básica proporcionou muitos avanços na saúde da população, porém, muitos desafios ainda persistem. Este trabalho busca analisar os principais desafios da Atenção Básica na visão dos gestores municipais de saúde, identificando e analisando descritivamente os cinco mais frequentes nos âmbitos nacional, regional e por estrato de municípios. Realizou-se uma abordagem quantitativa com análise de dados secundários da Atenção Básica à saúde, oriundos das bases de dados do Ministério da Saúde (MS). Observou-se que muitos desafios são recorrentes e outros evidenciados em alguma região ou estrato, sugerindo sua dimensão no contexto local.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT *In the last years, the Primary Care has provided many advances in the community health, however, many challenges still remain. This paper seeks to analyze the main challenges of Primary Care in the view of the municipal health managers, identifying and analyzing descriptively the five most common ones at the levels national, regional and by stratum of municipalities. It was held a quantitative approach with the analysis of secondary data of the Primary Health Care, derived from the databases of the Ministry of Health. It was noted that many challenges are recurrent and others are shown in some specific region or stratum, suggesting their dimension in the local context.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family health; Health evaluation.*

¹Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília (DF), Brasil. pauline.cavalcanti@gmail.com

²Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Brasília (DF), Brasil. aristidesoliveira80@gmail.com

³Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FS), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) - Brasília (DF), Brasil. fatimasousa@unb.br

Introdução

Nos últimos anos, a Atenção Básica (AB) tem recebido muito destaque no SUS, especialmente a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1992, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O termo Programa Saúde da Família, adotado na sua implantação, se deu em função da necessidade de criar uma marca capaz de dialogar com a matriz orçamentária do Ministério da Saúde, que, à época, estruturava suas ações por programa. Entretanto, o desenho dos seus objetivos e diretrizes orientavam para a adoção de uma estratégia capaz de induzir mudanças no modelo de atenção à saúde (SOUSA, 2002, 2003A, 2003B).

Conforme se deram sua expansão em base municipal e seus efetivos resultados, o termo Estratégia Saúde da Família (ESF) ganhou maior relevância. Dessa forma, adquiriu a posição de estratégia prioritária nos processos organizativos da AB (SOUSA, 2002, 2003A; SOUSA; MENDES, 2003). Atualmente, a ESF é o principal investimento do MS para promover a (re)organização das ações de AB visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no País (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; PAIM ET AL., 2001; TANAKA; RIBEIRO, 2009; ROCHA ET AL., 2008; SOUSA, 2007).

A AB cumpre o papel estratégico no SUS de garantir a universalidade do acesso, a cobertura universal e a efetivação da integralidade (PAIM ET AL., 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2011B; TANAKA, RIBEIRO, 2009). A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a AB abrange um conjunto de ações relacionadas com aspectos coletivos e individuais de uma população, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde dos indivíduos.

A AB deve levar ações de atenção à saúde o mais próximo possível das pessoas,

buscando resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população (BRASIL, 2011A). Deve, ainda, ser a porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009) para novas necessidades e problemas (STARFIELD, 2002).

Desde a criação do SUS e, posteriormente, do PSF, houve considerável expansão da cobertura dos serviços de AB, aumentando o acesso a ações de saúde para uma grande parte da população brasileira. Em consequência disso, houve melhoria significativa em muitos resultados em saúde do País (PAIM ET AL., 2011). No entanto, assim como o SUS, pode-se dizer que a AB enfrenta desafios ‘antigos’, ‘contemporâneos’ (SOUSA, 2007) e ‘futuros’ (PAIM, ET AL., 2011), que remetem a problemas importantes e complexos que devem ser resolvidos progressivamente para permitir maiores avanços em direção à sua qualificação.

O objetivo deste estudo é analisar os principais desafios da AB na perspectiva dos gestores municipais de saúde. Nesse contexto, busca identificar os cinco principais desafios apontados pelos gestores da AB na etapa de adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e realizar análise descritiva dos desafios mais frequentes nacionalmente, bem como por região e estrato do País.

Os desafios da Atenção Básica à saúde

O SUS enfrenta muitos desafios que demandam ações governamentais em busca de caminhos que possam levar a mudanças na organização do sistema e dos serviços de saúde e na forma de cuidar dos usuários. No entanto, é preciso investir em ações transformadoras para interferir no modelo constituído (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Considerando que a ESF está efetivamente incorporada à AB e que tem função de reordenar o SUS e organizar os serviços de saúde nos municípios (PAIM ET AL., 2011; TANAKA;

RIBEIRO, 2009; CAETANO; DAIN, 2002), entende-se que os desafios colocados para o SUS são convergentes com aqueles que permeiam a AB/ESF.

De acordo com o ‘Triângulo de Governo’, de Carlos Matus, para que os desafios da AB sejam enfrentados, é fundamental que a AB entre na agenda prioritária dos gestores, isto é, integre o plano de governo. É necessário, ainda, que os gestores aprofundem o conhecimento sobre as tensões, disputas, atores e recursos que permeiam a AB, de modo que consigam buscar graus elevados de governabilidade. Por outro lado, tomar os desafios da AB como agenda estratégica para reordenar o SUS exige e, ao mesmo tempo, possibilita o desenvolvimento de uma capacidade de governo, ou seja, de “um conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um gestor e de sua equipe para atingir os objetivos declarados” (MATUS, 1993, P. 61 APUD TEIXEIRA, 2010).

O campo da saúde é construído a partir de tensões permanentes, que podem servir de alavancas e serem exploradas como potência para ações transformadoras. Pode-se dizer que o território da saúde é composto por ‘terrenos minados’, que nos forcem a agir ou permitem desenhar arranjos organizacionais para construir modos de produzir saúde. Mesmo quando há a “construção de um certo modo de agir em saúde, de um certo modelo de organizar os processos de trabalho, de uma certa forma de produzir o cuidado”, as tensões permanentes não desaparecem. Dessa forma, as tensões podem servir como impulso para interferir no modelo constituído ou para manter o modelo dado (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Diversos estudos (ROCHA ET AL., 2008; PAIM ET AL., 2011; CAETANO; DAIN, 2002) apontam os avanços da AB, principalmente a partir dos resultados alcançados pelo PSF e, mais atualmente, pela ESF. Entretanto, a saúde ainda sofre com questões que dificultam a superação dos seus desafios. De acordo com Paim *et al.* (2011), os desafios enfrentados pelos SUS são, na verdade, políticos. Assim, só serão resolvidos

a partir dos esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade com a intenção de garantir ao sistema sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

Um bom exemplo para refletir sobre os problemas políticos do sistema de saúde é a questão do financiamento da AB, que, de acordo com Sousa (2008), impõe novos desafios, principalmente no que diz respeito à prática ‘cooperativa’ e ‘complementar’ construída entre os gestores do SUS, ressaltando que as esferas de governo (federal, estadual e municipal) devem “estabelecer pactos de corresponsabilidade no financiamento das ações e dos serviços de saúde, provendo o direito à saúde de forma responsável e solidária”.

Neste sentido, Paim *et al.* (2011) explicam que, para o SUS superar os desafios atuais, é necessária maior mobilização política atuando no sentido de reestruturar o financiamento das ações de saúde e de redefinir os papéis dos setores público e privado. Segundo os autores, os desafios futuros do SUS estão relacionados aos citados anteriormente e a outros voltados à adequação do modelo de atenção, para atender às necessidades da população e do País, e à promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.

Outro problema relevante para a AB refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para atuar na saúde da família, considerando que há escassez e insuficiência de profissionais, despreparo e precária qualificação destes (CAETANO; DAIN, 2002) para atender às exigências desse modelo de atenção, que envolve uma diversificada e complexa realidade sanitária (CAETANO; DAIN, 2002; CAMELO; ANGERAMI, 2008). Tal modelo requer dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas para trabalharem junto às comunidades, além de criatividade e adequado suporte técnico-científico (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Para Rocha *et al.* (2008), as soluções devem ser buscadas para melhoria do atendimento

em serviços de AB e focar desde aspectos relacionados ao atendimento clínico-assistencial até o reconhecimento e incentivo a experiências exitosas que levam à reorganização da AB. A busca da qualidade não envolve apenas mudanças nas práticas dos profissionais das equipes. Ela exige, também, a qualificação da gestão, especialmente no nível local, sobretudo no que diz respeito às suas práticas e posturas (SAVASSI, 2012).

Savassi (2012) aponta alguns aspectos que devem ser foco da atuação dos gestores visando à melhoria da qualidade na AB, como: a ambiência das unidades de saúde; o uso e a disponibilidade de tecnologias adequadas ao trabalho; passar uma imagem de confiabilidade e competência técnica dos profissionais das equipes; ter agilidade no atendimento; a definição das funções e obrigações dos setores e funcionários; e a priorização da satisfação do usuário.

Em síntese, podemos dizer que os desafios da AB são um problema cotidiano para gestores, profissionais das Equipes de Atenção Básica (EqAB) e, mais ainda, para os usuários. Embora exista uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões elevados (PAIM ET AL., 2011).

Algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas visando reconhecer e superar os problemas da AB, principalmente após a criação do PSF (ROCHA ET AL., 2008; PAIM ET AL., 2011). Os atuais desafios da AB imprimem a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as iniciativas com vistas à superação dos seus problemas e com o compromisso direcionado à melhoria da qualidade na AB (PAIM ET AL., 2011; CAETANO; DAIN, 2002).

Logo no início de 2011, após várias reuniões, o governo federal destacou a AB como prioridade para a saúde e determinou a criação de um conjunto de programas para tal. A partir disso, surgiram os desafios para o desenvolvimento da AB, que deveriam ser foco de atuação por meio

de ações e programas da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

De acordo com Pinto (2011) *apud* Pinto, Sousa e Ferla (2014, p. 360), os desafios para a AB no Brasil são:

- 1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica; 2 - Infraestrutura das UBS inadequada; 3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde; 4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis; 5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; 6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; 7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; 8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; 9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica; 10 - Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade.

A partir da compreensão de que esses são os desafios a serem enfrentados na AB, buscou-se promover discussões e construir consenso acerca desse entendimento nas esferas de pactuação tripartite do SUS. Nesse contexto, em abril do mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 439 sobre a AB, que serviu para revisão da PNAB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Na Resolução, o CNS ressalta que as ações de AB são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e aponta a necessidade de: “aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica”; garantir ações

necessárias para que a Rede de Atenção Básica se efetive como a “principal porta de entrada do SUS”; “fortalecer o controle social, a participação da comunidade em cada serviço”, realizar “coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário”; “garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País”; que o MS e as Secretarias Estaduais e Municipais “aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades [...] e avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica” (BRASIL, 2011B).

A nova PNAB engloba diversas iniciativas que dialogam com os desafios apontados pelo governo federal e com as propostas do CNS. Neste contexto, destacam-se: o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS); a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica e a estratégia e-SUS AB; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); a reestruturação do Programa Saúde na Escola; a criação do Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

a Política de Educação Permanente do SUS; o Plano Nacional de Educação Médica; o Programa de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos, além de medidas para adequação do financiamento da AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Metodologia

Trata-se de estudo quantitativo de análise de dados secundários referentes à Atenção Básica em saúde, oriundos das bases de dados do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica (DAB). Analisou-se a base de dados do Sistema do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica visando a identificar os principais desafios para a qualificação da AB no Brasil.

Para este estudo, foram utilizadas informações de 3.934 municípios das 27 Unidades Federativas do País, que selecionaram, entre os vinte e cinco desafios apontados pelo MS (*quadro 1*), os cinco principais desafios para a qualificação da AB no seu município no momento de adesão ao PMAQ, em 2011.

Quadro 1. Desafios para a qualificação da AB municipal – 2011

Desafios	Descrição
1	Aperfeiçoar a capacidade de gestão de pessoas da Coordenação da ABS
2	Aperfeiçoar a capacidade de gestão financeira da Coordenação da ABS
3	Aperfeiçoar a capacidade de gestão de equipamentos e insumos da Coordenação da ABS
4	Aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação da ABS com base em indicadores
5	Auxiliar as equipes na análise e no manejo de informações em saúde, inclusive indicadores, de modo que tenham valor de uso e sirvam para a tomada de decisão no âmbito local
6	Qualificar a equipe de gestão municipal para realização de apoio institucional
7	Compor grupo de apoiadores das equipes de saúde
8	Estimular a gestão colegiada nas unidades
9	Estimular a constituição de espaços regulares de reunião das equipes para discussão do processo de trabalho e construção/acompanhamento de projetos terapêuticos singulares
10	Realizar reformas das unidades próprias existentes
11	Realizar construção de unidades em substituição de unidade alugadas
12	Realizar construção de unidades para ampliação do número de equipes
13	Realizar processos de compra dos equipamentos necessários ao funcionamento da equipe

Quadro 1. (cont.)

14	Realizar processos de compra regulares para garantir o abastecimento de insumos
15	Garantir a informatização das Unidades Básicas de Saúde, de modo assegurar o acesso à internet nas unidades
16	Promover, instituir, estimular e coordenar espaços que fomentem o apoio institucional para dentro da gestão e junto às EqAB, com o objetivo de superar modelos tradicionais de supervisão
17	Desenvolver e estimular o planejamento de forma educativa, integrativa e ascendente, tanto para a organização dos processos internos da gestão quanto para qualificar a produção do cuidado junto às EqAB e a outros dispositivos (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf, Centros de Apoio Psicossocial, Academias da Saúde etc.)
18	Promover a integração da AB na lógica da longitudinalidade e da coordenação do cuidado, criando interfaces com os demais serviços e redes de atenção
19	Realizar ações intersetoriais numa perspectiva de construção da integralidade do cuidado
20	Fomentar e ofertar ações e espaços de educação permanentes, em diálogo com as necessidades e os desafios do cotidiano das equipes
21	Priorizar a participação popular em todos os estágios da política de atenção à saúde: definição dos princípios, diretrizes e prioridades, planejamento e pactuação, acompanhamento e avaliação das ações
22	Facilitar o contato e o diálogo entre EqAB e profissionais/serviços de outros pontos de atenção
23	Implantar apoio matricial para as EqAB, via Nasf e por profissionais de outros pontos de atenção da rede de cuidados
24	Concretizar a função da ABS como ordenadora da Rede, colaborando para que o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde parta do diagnóstico de necessidades dos serviços
25	Articular a construção de linhas de cuidado na Secretaria Municipal de Saúde e/ou região de saúde, de forma compartilhada com os diversos pontos de atenção do município, partindo da AB como centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, definindo o fluxo dos usuários dentro do sistema local de saúde

Fonte: Elaboração própria

Para as análises dos dados da adesão ao PMAQ, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2010* para *Windows*[®]. As variáveis selecionadas para este estudo foram armazenadas em um banco de dados estruturado. Em seguida, foram calculadas as frequências absoluta e relativa para os vinte e cinco desafios e criadas tabelas, permitindo identificar os cinco mais frequentes, considerando os agregados Brasil, Regiões do País e Estratos dos municípios.

Como este estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, está dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética. Os dados foram solicitados formalmente ao DAB/MS.

Estratos do PMAQ

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com o

objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica. O Programa busca avaliar as EqAB – por meio da verificação de padrões que expressem o acesso e a qualidade do serviço – e o desenvolvimento de ações dos gestores da AB, com vistas à melhoria dos serviços do município.

O PMAQ propõe o desenvolvimento de diversas ações, desde a adesão das equipes, passando por monitoramento de indicadores e implantação de processos autoavaliativos até a avaliação externa. Ao final desse processo, é possível conhecer o resultado de cada equipe participante do Programa. No PMAQ, os resultados das equipes de um município são comparados com os resultados das equipes de outros municípios que compõem esse mesmo estrato.

Considerando que a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios

brasileiros pode produzir diferenças entre os municípios e em seus sistemas locais de saúde e suas EqAB, o MS criou os 'Estratos', com o objetivo de garantir maior equidade no processo de comparação dos resultados alcançados pelas EqAB no Programa (BRASIL, 2012B).

Os estratos foram definidos a partir do cálculo de um índice municipal – que varia de zero a dez, com base em cinco indicadores (Produto Interno Bruto per Capita, Percentual da população com plano de saúde, Percentual da população com Bolsa Família, Percentual da população em extrema pobreza e Densidade demográfica) – e do porte populacional do município (BRASIL, 2012B). A seguir, estão descritos os seis estratos nos quais estão distribuídos os municípios do País:

- Estrato 1 – composto por municípios com índice menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes;
- Estrato 2 – composto por municípios com índice menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes;
- Estrato 3 – composto por municípios com índice menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;

- Estrato 4 – composto por municípios com índice entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes;

- Estrato 5 – Municípios com índice entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; e

- Estrato 6 – Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Resultados e discussão

Nesta seção, mostraremos os principais desafios para a qualificação da AB na perspectiva dos gestores municipais, considerando o nível Nacional, as Regiões do País e os Estratos dos municípios.

Ao final da adesão, em 2011, os gestores de 3.934 municípios do País selecionaram os principais desafios para a qualificação da AB municipal. A *tabela 1* a seguir apresenta a classificação dos desafios de acordo com as frequências absoluta e relativa, calculadas para cada um deles.

Tabela 1. Classificação dos desafios para a qualificação da AB nos municípios em nível Nacional – 2011

Desafios	Frequência absoluta (Nº)	Frequência relativa (%)	Classificação do desafio (C)
4	1.760	9,8	1º
5	1.602	8,9	2º
1	1.266	7,1	3º
15	1.113	6,2	4º
10	1.061	5,9	5º
25	967	5,4	6º
17	949	5,3	7º
13	867	4,8	8º
24	799	4,5	9º

Tabela 1. (cont.)

9	732	4,1	10 ^º
2	612	3,4	11 ^º
14	597	3,3	12 ^º
21	552	3,1	13 ^º
22	552	3,1	14 ^º
20	546	3,0	15 ^º
19	530	3,0	16 ^º
11	493	2,7	17 ^º
3	490	2,7	18 ^º
6	474	2,6	19 ^º
18	474	2,6	20 ^º
12	413	2,3	21 ^º
16	350	2,0	22 ^º
23	299	1,7	23 ^º
7	276	1,5	24 ^º
8	193	1,1	25 ^º
Total	17.967	100,0	-

Fonte: Elaboração da própria

Conforme a *tabela 1*, os cinco desafios para a qualificação da AB nos municípios, considerando o agregado Nacional, são: desafio 4, desafio 5, desafio 1, desafio 15 e desafio 10 (ver descrição dos desafios no *quadro 1*).

Tabela 2. Classificação dos desafios para a qualificação da AB nos municípios por Região - 2011

Desafios	Centro-oeste			Nordeste			Norte			Sudeste			Sul		
	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C
1	99	5,6	6 ^º	389	6,7	3^º	102	8,0	3^º	373	6,9	3^º	304	7,6	3^º
2	53	3,0	17 ^º	192	3,3	13 ^º	62	4,9	7 ^º	185	3,4	11 ^º	122	3,0	16 ^º
3	39	2,2	23 ^º	184	3,2	14 ^º	44	3,4	13 ^º	140	2,6	19 ^º	86	2,1	20 ^º
4	146	8,2	1^º	585	10,1	1^º	135	10,6	1^º	533	9,8	1^º	365	9,1	2^º
5	126	7,1	2^º	511	8,8	2^º	117	9,2	2^º	483	8,9	2^º	370	9,2	1^º
6	44	2,5	22 ^º	167	2,9	17 ^º	40	3,1	14 ^º	134	2,5	20 ^º	95	2,4	18 ^º
7	23	1,3	24 ^º	82	1,4	25 ^º	17	1,3	23 ^º	88	1,6	24 ^º	73	1,8	22 ^º
8	23	1,3	25 ^º	83	1,4	24 ^º	10	0,8	25 ^º	55	1,0	25 ^º	30	0,7	25 ^º
9	60	3,4	14 ^º	205	3,5	12 ^º	45	3,5	11 ^º	228	4,2	9 ^º	203	5,1	8 ^º
10	108	6,1	4^º	359	6,2	4^º	91	7,1	5^º	294	5,4	6 ^º	219	5,5	6 ^º
11	56	3,2	16 ^º	209	3,6	11 ^º	26	2,0	19 ^º	159	2,9	16 ^º	54	1,3	24 ^º
12	62	3,5	12 ^º	127	2,2	21 ^º	49	3,8	10 ^º	112	2,1	21 ^º	75	1,9	21 ^º
13	76	4,3	10 ^º	348	6,0	5^º	74	5,8	6 ^º	205	3,8	10 ^º	177	4,4	10 ^º

Tabela 2. (cont.)

14	52	2,9	18º	239	4,1	9º	38	3,0	15º	176	3,2	14º	106	2,6	17º
15	109	6,1	3º	322	5,5	6º	94	7,4	4º	363	6,7	4º	240	6,0	4º
16	50	2,8	20º	103	1,8	22º	19	1,5	21º	102	1,9	22º	92	2,3	19º
17	104	5,9	5º	290	5,0	8º	60	4,7	8º	273	5,0	7º	239	6,0	5º
18	52	2,9	19º	133	2,3	20º	18	1,4	22º	164	3,0	15º	125	3,1	15º
19	57	3,2	15º	176	3,0	15º	27	2,1	18º	157	2,9	17º	132	3,3	14º
20	69	3,9	11º	160	2,7	18º	25	2,0	20º	179	3,3	13º	133	3,3	13º
21	77	4,3	9º	168	2,9	16º	36	2,8	16º	153	2,8	18º	139	3,5	12º
22	62	3,5	13º	143	2,5	19º	34	2,7	17º	185	3,4	12º	150	3,7	11º
23	45	2,5	21º	102	1,8	23º	17	1,3	24º	92	1,7	23º	66	1,6	23º
24	92	5,2	7º	230	4,0	10º	53	4,1	9º	250	4,6	8º	198	4,9	9º
25	89	5,0	8º	313	5,4	7º	45	3,5	12º	333	6,1	5º	212	5,3	7º
Total	1.773	100	-	5.820	100	-	1.278	100	-	5.416	100	-	4.005	100	-

Fonte: Elaboração própria

De acordo com as Regiões do País, os cinco desafios mais presentes estão descritos abaixo:

- Centro-oeste: desafios 4, 5, 15, 10 e 17.
- Nordeste: desafios 4, 5, 1, 10 e 13.
- Norte: desafios 4, 5, 1, 15 e 10.

- Sudeste: desafios 4, 5, 1, 15 e 25.

- Sul: desafios 4, 5, 1, 15 e 17.

Observou-se que os desafios 4 e 5 destacaram-se em todas as Regiões do País. Os desafios 10 e 15 também foram encontrados em, pelo menos, três Regiões.

Tabela 3. Classificação dos desafios para a qualificação da AB nos municípios por Estrato - 2011

Desafios	Estratos dos municípios																	
	1			2			3			4			5			6		
	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C
1	478	8	3º	241	7	3º	165	6,6	3º	251	7	4º	85	6	5º	46	7,6	3º
2	258	4	10º	126	3,7	11º	81	3,3	12º	103	3	18º	33	2,3	19º	11	1,8	22º
3	209	3	16º	97	2,8	15º	74	3	17º	78	2	20º	20	1,4	25º	12	2	21º
4	604	10	1º	348	10	1º	254	10	1º	357	10	1º	132	9,4	2º	65	11	1º
5	533	9	2º	316	9,2	2º	208	8,4	2º	344	9	2º	144	10	1º	57	9,4	2º
6	179	3	18º	94	2,7	16º	77	3,1	13º	75	2	21º	32	2,3	20º	17	2,8	12º
7	97	2	22º	44	1,3	25º	35	1,4	22º	62	2	24º	28	2	23º	10	1,7	23º
8	48	1	25º	45	1,3	24º	23	0,9	25º	39	1	25º	24	1,7	24º	14	2,3	16º
9	251	4	11º	137	4	10º	77	3,1	14º	178	5	9º	58	4,1	9º	31	5,1	6º
10	396	6	4º	192	5,6	5º	161	6,5	5º	212	6	7º	72	5,1	6º	28	4,6	10º
11	77	1	24º	116	3,4	12º	116	4,7	8º	115	3	13º	53	3,8	11º	16	2,6	15º
12	98	2	21º	80	2,3	21º	76	3,1	16º	96	3	19º	49	3,5	13º	14	2,3	17º

Tabela 3. (cont.)

13	359	6	5º	176	5,1	7º	114	4,6	9º	167	4	10º	41	2,9	16º	10	1,7	24º
14	237	4	12º	111	3,2	13º	85	3,4	11º	116	3	12º	44	3,1	14º	4	0,7	25º
15	352	6	6º	215	6,2	4º	164	6,6	4º	266	7	3º	86	6,1	4º	30	5	7º
16	132	2	20º	68	2	22º	35	1,4	23º	69	2	23º	29	2,1	22º	17	2,8	13º
17	326	5	7º	176	5,1	8º	125	5	7º	216	6	6º	67	4,8	8º	39	6,4	5º
18	145	2	19º	85	2,5	19º	54	2,2	21º	105	3	17º	55	3,9	10º	30	5	8º
19	214	3	14º	85	2,5	20º	72	2,9	18º	110	3	16º	35	2,5	17º	14	2,3	18º
20	185	3	17º	101	2,9	14º	69	2,8	20º	111	3	15º	53	3,8	12º	27	4,5	11º
21	230	4	13º	91	2,6	18º	70	2,8	19º	118	3	11º	30	2,1	21º	13	2,1	19º
22	211	3	15º	93	2,7	17º	77	3,1	15º	112	3	14º	42	3	15º	17	2,8	14º
23	83	1	23º	64	1,9	23º	32	1,3	24º	72	2	22º	35	2,5	18º	13	2,1	20º
24	263	4	9º	156	4,5	9º	96	3,9	10º	183	5	8º	72	5,1	7º	29	4,8	9º
25	290	5	8º	184	5,3	6º	144	5,8	6º	219	6	5º	89	6,3	3º	41	6,8	4º
Total	6.256	100	-	3.441	100	100º	2.484	100	-	3.774	100	-	1.408	100	-	605	100	-

Fonte: Elaboração própria

Considerando os Estratos dos municípios, os cinco desafios mais frequentes foram:

- Estrato 1: desafios 4, 5, 1, 10 e 13.
- Estrato 2: desafios 4, 5, 1, 15 e 10.
- Estrato 3: desafios 4, 5, 1, 15 e 10.
- Estrato 4: desafios 4, 5, 15, 1 e 25.
- Estrato 5: desafios 4, 5, 25, 15 e 1.
- Estrato 6: desafios 4, 5, 1, 25 e 17.

No caso dos Estratos, também verificamos que os desafios 4, 5 e 1 são recorrentes em todos. Constatou-se, ainda, que os desafios 10 e 15 continuam presentes em, pelo menos, três dos Estratos.

Comparando os desafios verificados nos níveis Nacional, Regional e dos Estratos, verificamos que os desafios 4 e 5 estiveram presentes em todos os agregados considerados e sempre atingiram as frequências mais altas. Logo, podemos dizer que os gestores consideram os processos de Monitoramento

e Avaliação (M&A) da Atenção Básica em Saúde (ABS) importantes para a qualificação da AB e que destacam a necessidade de apoiar as equipes na análise e uso das informações em saúde, conferindo-se como instrumentos para auxiliar na tomada de decisão na esfera local.

Assim, a incorporação de atividades de M&A na AB faz todo sentido, já que elas podem auxiliar na definição dos problemas, reorientar as ações, fornecer elementos que permitam reconhecer as transformações ocorridas e mensurar o impacto das intervenções (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014).

Diversos autores (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014; CARVALHO, 2009; FELISBERTO, 2004) apontam a necessidade de o M&A estar articulado às ações de gestão, como subsídio à formulação de políticas e ao processo decisório, devendo ser desenvolvido de forma permanente e sistemática. Explicam, ainda, que a preocupação com essa questão vem crescendo nos últimos anos, embora o M&A ainda encontre-se defasado nos serviços, conforme observado neste estudo.

Fialho (2004) observou que uma das alternativas para ampliação da capacidade de

análise e utilização da informação em saúde é estimular o seu uso pelas equipes a partir da atuação em serviço, demonstrando, com isso, possíveis abordagens. Para tanto, ressalta a necessidade de sensibilizar as equipes e estabelecer compromissos para uso, retorno e discussão da informação, além de adequações contínuas dos instrumentos utilizados. O autor afirma que o manejo das informações dentro dos próprios serviços de saúde pode apoiar a orientação/reorientação das práticas do cotidiano.

Os desafios 1, 10 e 15 também foram evidenciados nos três níveis de agregados, mesmo estando ausentes, um ou outro, em algumas Regiões e Estratos. Esses desafios reverberam em um problema pujante para os gestores, o financiamento, já que envolvem a informatização das UBS, assegurando o acesso à internet, o aperfeiçoamento da capacidade de gestão de pessoas da coordenação da ABS e as reformas das UBS próprias dos municípios.

Nas Regiões do País e nos Estratos, alguns novos desafios tonaram-se eminentes, podendo apontar problemas mais específicos quando nos aproximamos do nível mais descentralizado. Os desafios 13, 17 e 25 apontam para questões estruturantes para o sistema de saúde local, tais como a disponibilidade de equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde pelas equipes, o Planejamento como ferramenta para a gestão e para a produção do cuidado junto às equipes e outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além da necessidade de construção de Linhas de Cuidado no município e/ou Região de Saúde.

Os desafios encontrados por Rocha *et al.* (2008) têm conexão com os verificados neste estudo. Segundo os autores, a pesquisa observou a necessidade de fortalecimento da capacidade formuladora do nível local, de alocação dos recursos na AB, de despreciação do trabalho, de fortalecimento da participação social, de qualificação do M&A, para subsidiar a tomada de decisão, e de efetivação

de RAS. Mesmo nos municípios considerados em estágios mais avançados de implantação e consolidação do PSF, permanece o desafio do sistema de saúde local de constituir-se em uma rede integrada de serviços.

Apontam como sugestões para a expansão e a consolidação do PSF a coerência entre o financiamento e os recursos aplicados na Atenção Básica, investimentos na adequação da estrutura dos serviços, escopo de ações de saúde diversificado (em função das reais necessidades das pessoas), estímulo à promoção da saúde e perfis de equipe compatíveis com conceitos ampliados de saúde (ROCHA *ET AL.*, 2008).

Com relação à informatização, Facchini *et al.* (2014) verificaram, em 2005, que as UBS do País estavam bastante precárias nesse aspecto: em apenas 34% das UBS dos municípios havia computador. No que se refere à conexão com a internet, a situação era ainda pior. A partir de dados preliminares da avaliação externa do PMAQ, em 2001, observou-se um avanço no acesso ao computador, mas o acesso à internet permaneceu baixo.

Conforme observado por Santos *et al.*, na pesquisa realizada em BH, a incorporação de tecnologias de informação e a informatização no município impactaram positivamente a área assistencial. Esse processo caracterizou-se pela implantação de uma estrutura de gerenciamento da informação que ocorreu em um ambiente favorável à formulação de importantes políticas do sistema de saúde. Destaca-se, então, a priorização da gestão na implantação de iniciativas dessa natureza.

Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) comentam sobre alguns desafios que persistem na AB e destacam a diversidade das realidades dos territórios e as assimetrias regionais frente às normas nacionais. Afirmam que as realidades encontradas denotam a necessidade de modelos assistenciais mais flexíveis, em razão dos obstáculos que dificultam a garantia de ações e serviços de AB, e a conformação de redes de referência para a atenção especializada.

Considerações finais

A partir deste estudo, podemos observar que ‘problemas velhos’ se tornaram ‘novos desafios’ (CAETANO; DAIN, 2002) para a AB. Diante dos resultados encontrados, podemos dizer que os desafios apontados pelos gestores municipais, em 2011, têm conexão com aqueles observados em outros estudos mencionados neste artigo.

Vimos que todos os gestores municipais consideram importante aperfeiçoar as atividades de monitoramento e avaliação da AB e que sinalizam a necessidade de auxiliar as equipes na análise e no manejo de informações para subsidiar a tomada de decisão no âmbito local. Outra grande parte dos gestores também evidenciou a necessidade de aprimorar os processos de gestão de pessoas no município, adequar a estrutura física das UBS, garantir a informatização das unidades

com acesso a internet, desenvolver e estimular o Planejamento em Saúde e efetivar a RAS com ênfase na AB.

Observamos que alguns desafios foram evidenciados quando desagregamos do nível Nacional para analisar por região do País ou por estratos. Portanto, consideramos que as iniciativas já existentes que visam a enfrentar os desafios e qualificar a AB devem ser fortalecidas e outras devem ser desenvolvidas ou estimuladas com base nas realidades locais.

Por fim, consideramos que este estudo possibilitou reconhecer os desafios da AB sob a ótica dos gestores municipais, possibilitando empreender análises e comparações para o Brasil, Regiões e Estratos, podendo servir como instrumento para os gestores das três esferas de governo (municipal, estadual, federal) debaterem e refletirem soluções para o seu enfrentamento. ■

Referências

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes editora, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 21 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2014.

_____. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011, do Conselho Nacional de Saúde. Sem descrição. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, 7 abr. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html>. Acesso em: 1 maio 2014.

- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Revista Ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v. 7, n. 1, jan./mar. 2008, p. 45-52.
- CAETANO, S.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1. 2002, p. 11-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100002>. Acesso em: 7 mar. 2014.
- CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, jul./set. 2009, p. 16-30.
- FACCHINI, L. A. et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora, 2014.
- FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M. H. M., GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R., FONSECA, H. M. S. (Org.). *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 4, n. 3, jul./set. 2004, p. 317-321. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2014.
- MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE, 2004.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/fla-tcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2014.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. No prelo 2014.
- ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1. 2008, p. 69-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- SANTOS, A. F. et al. Estruturação da área de informação em saúde a partir da gerência de recursos informacionais: análise de experiência. *Rev Panam Salud Pública*. 2011, v. 29, n. 6, p. 409-415.
- SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, abr./jun. 2012, p. 69-74.
- SOUZA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, mar./abr. 2008, p.153-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>. Acesso em: 12 jan. 2014.
- _____. *Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>. Acesso em: 24 abr. 2014.
- _____. (Org.). *Os Sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. *A cor-agem do PSF*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003a.

SOUSA, M. F.; MENDES, A. (Org.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

TANAKA, O. U; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da

integralidade da atenção. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. 2009, p. 477-486.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques Teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: _____. *Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: E DUFBA, 2010.

Recebido para publicação em outubro de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades

Local management of health in territory of vulnerability: motivations and rationalities

Maria Fernanda Petroli Frutuoso¹, Rosilda Mendes², Karina Rodrigues Matavelli Rosa³, Carlos Roberto de Castro e Silva⁴

RESUMO Os contrastes das cidades trazem questões à produção da saúde e à gestão do cuidado em territórios de vulnerabilidade. Estudou-se a percepção de gestores e profissionais em relação ao processo de trabalho em saúde, suas motivações e racionalidades, em um território atendido pela Estratégia Saúde da Família. Os profissionais sentem-se motivados pela filantropia e pela vocação profissional a partir da percepção de que a Atenção Básica compreende práticas com menor densidade tecnológica. Ações emergenciais com enfoque assistencialista reforçam o modelo de cuidado, com predominância de ações de tratamento diante da naturalização dos problemas de saúde atrelados à pobreza extrema da região.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Assistência à saúde; Vulnerabilidade social.

ABSTRACT *Contrasts of cities bring issues to health production and care management in areas of vulnerability. It was studied the perception of managers and professionals in relation to the work process in health, their motivations and rationalities, in a territory assisted by the Family Health Strategy. Professionals feel motivated by philanthropy and by a sense of professional vocation from the perception that primary care incorporates practices with lower technological density. Emergency actions with supporting approach reinforce a care model with predominance of treatment actions before the naturalization of health problems related to the extreme poverty of the region.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Delivery of health care; Social Vulnerability.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde - Santos (SP), Brasil.
fernanda.frutuoso@unifesp.br

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva - Santos (SP), Brasil.
rosildamendes@terra.com.br

³Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), Brasil.
karina_to@hotmail.com

⁴Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva - Santos (SP), Brasil.
carobert3@hotmail.com

Introdução

No debate contemporâneo em torno dos problemas sociais manifestados na cidade, evidenciam-se novos e velhos temas: a globalização financeira; a urbanização e a metropolização crescentes; a existência de segmentos da população afastados do mundo do capitalismo globalizado; a segregação; a desigualdade; a exclusão; e a pobreza. Igualmente, tem-se formulado a ideia de que as cidades podem ser repensadas para transformarem a realidade socioespacial, tornando-se melhores lugares para se viver. Esta premissa reconhece, portanto, as forças e tensões que permeiam a tessitura das cidades, e aponta para os grandes desafios colocados às mudanças e às transformações (KOGA, 2003; VERAS, 2010; SOUZA, 2010).

Bauman (2009), refletindo sobre os espaços urbanos de nosso tempo, destaca a experiência ambivalente em que se transformou o viver na cidade. Segundo o autor, “os mesmos aspectos da vida na cidade que atraem, ao mesmo tempo ou alternadamente, repelem”. A cidade é fonte de medo e exerce, simultaneamente, forte “poder de sedução” (BAUMAN, 2009, p. 46-47).

Esses contrastes e condições trazem, sem dúvida, uma série de questões à produção da saúde e à gestão do cuidado em territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A saúde é produzida nos espaços da vida, onde as pessoas estabelecem relações. Trata-se de priorizar os aspectos políticos desse território, e a existência de contextos afetivos e de significação no cotidiano das pessoas, o que interfere na forma de reconstruir as práticas de saúde. Essa dupla significação traz inúmeros desafios e parece ser um profícuo horizonte à produção social da saúde (GONZÁLEZ-REY; MORI, 2011).

Sob essa perspectiva, torna-se particularmente desafiadora a compreensão do contexto, da dinâmica social e da organização de serviços de saúde em municípios como Cubatão (SP), que cresceu com a expansão

industrial e petroquímica do País nos anos de 1950, e teve sua história associada a constantes ameaças de poluição de todas as ordens, reforçando sua imagem de cidade doente. O intenso processo de urbanização desordenado, típico da modernização apressada e sem preocupação social, esgarçou os limites dos bairros periféricos e levou os trabalhadores locais – principalmente, migrantes nordestinos – a ocuparem uma pequena parte das planícies, já ocupadas por indústrias, mangues aterrados e palafitas.

Há de se destacar, ainda, o grave problema de infraestrutura básica em alguns bairros, especialmente os que possuem grande concentração de palafitas localizadas sobre o mangue do Rio Casqueiro, com ligações de luz clandestinas e esgoto a céu aberto. Na maior parte das vezes, os dejetos e o lixo são depositados diretamente na maré, passando ao lado ou embaixo das moradias. Assim, por tratar-se de uma área de ocupação irregular, o governo não se compromete a fazer melhorias de infraestrutura no local.

Não é sem razão que, nas discussões e reflexões dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família (USF) da Vila dos Pescadores, também situada em Cubatão (SP), de que trata especificamente este artigo, seja retratado um complexo contexto de vida local. Eles reforçam, em seus discursos, as fragilidades e os problemas de um território marcado por desigualdades sociais, e, ao mesmo tempo, valorizam o cotidiano de trabalho com as famílias, a relação com os vizinhos, os laços de amizade, os encontros, as festas, a cooperação.

Se pensarmos na produção social da saúde, nos aproximamos do modelo teórico-metodológico dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), discutido recentemente por Solar e Irwin (2010), que procura esquematizar a trama de relações entre os diversos fatores determinantes do processo saúde-doença. Este modelo apresenta claramente a noção de que tal processo é intrinsecamente histórico e determinado por condições estruturais e

conjunturais. Há, por um lado, uma explicitação da importância dos contextos socioeconômicos e políticos, e da atuação na macropolítica de abrangência populacional. Por outro lado, são destacados outros componentes como fundamentais para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva: os laços de coesão social, as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Nestes, são incluídas políticas que buscam estabelecer redes de apoio local e fortalecer a organização e a participação das pessoas e das comunidades – especialmente, dos grupos vulneráveis – em ações coletivas para a melhoria de suas condições de vida e saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007; SHEIKHATTARI; KAMANGAR, 2010; OMS, 2011).

Ao atuar sobre uma temática específica naquele território em particular, podemos nos perguntar: Seria possível realizar ações de cuidado à saúde voltadas a construir uma governança local adequada à implementação de ações sobre os determinantes sociais? Quais seriam os aspectos a serem considerados nessa abordagem? Poderíamos buscar uma diminuição dos diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvos, por exemplo, os grupos que vivem em condições de habitação insalubres ou estão expostos à insegurança alimentar e nutricional que leva a deficiências nutricionais? Se quisermos enfrentar diferenciais de vulnerabilidade, quais seriam as intervenções mais efetivas para este fim? “Trata-se, assim, de um amplo processo social de construção de condições de vida, que tem, certamente, objetivos ligados ao setor saúde, mas não se resume a ele” (FRAGA ET AL., 2013, P. 31).

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma investigação que analisou as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a partir do contexto sócio histórico de uma USF. Focalizamos aqui a percepção dos gestores e profissionais em relação ao processo de trabalho em saúde – suas motivações e racionalidades –, em um território de grande vulnerabilidade, localizado nos manguezais do Município de Cubatão (SP).

Percurso metodológico

Este estudo de caráter qualitativo propiciou avanços na discussão da interface entre a saúde coletiva e as ciências humanas, com ênfase na psicologia social e comunitária, e na antropologia aplicada em espaço de Atenção Básica (AB), em território de alta vulnerabilidade social.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro gestores (G) selecionados de acordo com o lugar que ocupam na gestão da saúde do Município de Cubatão (SP), e com três profissionais (PS) da USF.

Quanto à análise dos dados, optou-se pela Hermenêutica de Profundidade (HP), proposta por John Thompson (1995), que propicia a análise de fenômenos culturais, contextualizados sócio historicamente, e propõe uma metodologia que privilegia os fenômenos culturais e suas formas simbólicas, dentro de contextos estruturados. Thompson (1995, p. 359) sugere, como diz a tradição da hermenêutica, que o campo-objeto das ciências sociais se preocupa com um terreno já pré-interpretado. As pessoas vivem em um mundo construído por significados, buscando, em seu cotidiano, compreender e dar sentido às suas vidas. E estes significados são reinterpretados de acordo com condições sócio históricas, ou seja, este campo-objeto também é um campo-sujeito. Além disto, a hermenêutica também lembra que o campo-objeto inclui, inevitavelmente, os sujeitos, pois estes são “capazes de compreender, refletir e de agir fundamentados nessa compreensão e reflexão”.

Este referencial compreende três fases ou procedimentos, que foram adotados no presente estudo. São eles: a) Análise sócio histórica, que buscou contextualizar as formas simbólicas produzidas dentro de determinadas condições sócio históricas – no caso, um território de alta vulnerabilidade social; b) Análise formal ou discursiva, que teve o intuito de proceder a uma análise da organização interna das formas simbólicas,

buscando padrões e relações internas no discurso dos sujeitos em situações concretas de existência. Tal análise foi precedida de uma ordenação de dados, que incluiu a transcrição do material gravado, a leitura e uma releitura exaustiva das entrevistas, e a organização dos relatos em determinada ordem (o que já supõe um início de classificação). Essa fase foi realizada com recursos da análise de discurso, a partir de tópicos que auxiliaram a construção de tabelas referentes a cada um dos entrevistados: identificação, categorias empíricas (incluindo subcategorias), trechos das falas (*corpus*), impressões (análise discursiva) e interpretação preliminar; e c) A interpretação, que buscou articular as duas fases anteriores, visou a uma reinterpretação de situações e temas. Este processo propõe o esforço de dar novas interpretações para formas simbólicas que já possuem pré-interpretações, pois o objeto-domínio que se pretende compreender já é compreendido pelos sujeitos que fazem parte do mundo sócio histórico. Nesta perspectiva, a interpretação representa uma maior elasticidade da análise das formas simbólicas produzidas pelos sujeitos da pesquisa, dando destaque para suas experiências singulares. A interpretação consistiu, portanto, no exercício de transitar entre o concreto e o abstrato, entre o teórico e o empírico, buscando aproximar-se da realidade e interpretá-la, atribuindo-lhe significados e sentidos.

Todos os procedimentos éticos foram cumpridos conforme orientações do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade (Parecer nº 103.202, de 21/09/2012).

Resultados e discussão

A gestão do cuidado e do trabalho em saúde obedece a racionalidades teórico-metodológicas produzidas a partir de um processo sócio histórico, em uma determinada época, que estabelece, para gestores, profissionais e usuários, formas de entender e intervir

na saúde e na doença (TESSER; LUZ, 2008). Neste sentido, os discursos de gestores e profissionais foram organizados segundo as racionalidades e as motivações entendidas, respectivamente, como as lógicas e os impulsos que norteiam a gestão local do trabalho em saúde no território investigado.

Os discursos dos gestores e dos profissionais retratam o complexo contexto de vida local:

[...] uma dificuldade é a questão de que 50%, 40%, 60% são palafitas [...] onde as pessoas jogam lixo ali mesmo onde moram, não têm facilidade de locomoção. Às vezes, tem cadeirantes, e aí tem toda uma série de dificuldades. (G1).

Diante deste panorama, os entrevistados reforçam que a população daquele território precisa de mais atenção, reconhecendo o valor da ESF para aquela comunidade: *“[...] e dê graças a Deus por ter aparecido isso pr’a gente fazer, o PSF! Pra toda a população! [...] Aqui é realmente uma coisa de fazer pena!” (PS1).*

Este contexto de exclusão e de vulnerabilidade social ao qual a população está submetida é referido por Valla (2000, p. 43) como um “estado de emergência permanente”, onde se verifica, invariavelmente, uma distribuição de serviços irregular, um difícil acesso aos serviços públicos e uma exposição às balas “perdidas”. Certamente, esta situação pode ocasionar vários debates sobre a efetividade da ação em saúde, que demanda atuações de outras naturezas para além da assistência à saúde no seu restrito significado, e também coloca desafios aos gestores e aos profissionais da AB, que necessitam de um planejamento local em médio e em longo prazo, como se verifica na fala de um gestor:

Aí você vê, na palafita, criança mexendo no esgoto. O que a gente tem que trabalhar com a equipe é, assim, que isso sempre existiu. E vamos com calma, não dá pr’a gente mudar da noite pro dia, pro ideal que a gente acredita. Acho que tem

¹ Programa Saúde da Família (PSF).

que ter um planejamento local das ações, mas de uma forma mais flexível [...]. (G2).

Uma das racionalidades que pode ser apontada é explicitada pela fala de um gestor, que afirma que os profissionais de saúde, no cotidiano de trabalho em regiões com carências e graves problemas sociais de várias ordens, buscam respostas urgentes que atendam às necessidades mais imediatas daquelas populações: “[...] *mas, como você tem, de certa forma, uma população muito carente [...] pequenas ações já surtem grande efeito e diferencial [...].*” (G2).

Esta organização do trabalho em território de exclusão e vulnerabilidade social, estritamente relacionada à carência – privação de necessidades básicas, como por exemplo alimentação e moradia – e pautada em uma lógica emergencial, parece compor e/ou requerer profissionais que tratem bem e cuidem, impulsionados pela humildade:

[...] A carência é demais. Uma carência terrível. A primeira coisa que se tem que fazer para o pessoal, como tem aqui, é a humildade. Ser humilde, tratar bem o pessoal; ter muito cuidado com aquilo que você faz pra eles. Muito cuidado para a orientação, que é muito importante! (PS1).

Este relato parece reduzir a descrição e a reflexão sobre a assistência à população deste território a aspectos relacionais, que envolvem a humildade do profissional, o que nos remete ao senso comum da definição do humano como bondoso, humanitário, sensível à piedade, compassivo (BENEVIDES; PASSOS, 2005). É importante lembrar que esta atitude mais parcimoniosa pode funcionar como um tipo de defesa contra o medo, que parece impregnado na rotina desses profissionais. É comum, entre os profissionais, a ideia de que a USF seja um ‘lugar de punição’ para o trabalhador da saúde.

Além disso, a menção enfática da carência e da importância de orientar com parcimônia deixa subentendido que essa carência

se articula, de certo modo, a uma possível forma de produzir o cuidado, que considera que a ignorância e a falta de informação são justificativas para definir o que se deve dizer e realizar; reduzindo as possibilidades, por exemplo, de entender os indivíduos como coparticipantes da construção do processo de cuidado e de ações para além das orientações.

Neste sentido, os relatos dos profissionais podem ilustrar práticas assistencialistas e motivações relacionadas à filantropia, distantes das discussões e da incorporação da humanização do cuidado como política pública de saúde, no que se refere à criação de cenários que alterem as formas de produção de saúde, com aumento da comunicação entre sujeitos e profissionais, associando a atenção à gestão e acolhendo o usuário como corresponsável da gestão compartilhada do cuidado (BENEVIDES; PASSOS, 2005; SHEIKHATTARI; KAMANGAR, 2010).

Também estão muito presentes nos discursos dos profissionais a banalização e a naturalização das situações de vulnerabilidade, diante da relação direta e mecânica entre a “pobreza absoluta” e as drogas: “*Eu não tenho dificuldade porque a gente se acostuma [...]. É o flagelo da droga que leva essas pessoas a essa pobreza absoluta*” (PS3).

Além disso, há também a disseminação do uso de substâncias lícitas e ilícitas, como se vê no caso das drogas mais acessíveis em termos de preços: “[...] *é uma droga muito barata. Tudo que é muito barato é presente. Cachaça é barato, é presente*” (PS3).

Este discurso dialoga com estudos que associam o consumo de crack à experimentação de novas substâncias psicoativas, predominantemente por parte de população de baixo nível econômico, avançando pouco na reflexão sobre a complexidade do problema e o papel das forças locais no uso de substâncias ilícitas na comunidade e seus desdobramentos (RAUP; ADORNO, 2011).

Diante da complexidade dos problemas enfrentados, os gestores parecem reforçar a crença de que a agenda está pautada muito mais em problemas pontuais, que exigem

respostas em curto prazo, do que em problemas que exigem uma perspectiva estratégica e uma ação planejada, ilustrando ações emergenciais, assistencialistas e pautadas na doença e na resolução de problemas agudos:

A gente não consegue... Atropelam! Os munícipes aqui atropelam! Então, a gente está redesenhando isso, pra fazer acontecer. E isso, eu acho que vai facilitar a gestão, porque aí, cada um vai ter o seu papel, desenhado, definido. E a população começa a seguir e entrar no ritmo. (G4).

Várias questões poderiam ser aqui destacadas. Uma delas se relaciona ao fato de que não se consegue realizar a ação planejada porque os usuários dos serviços querem uma ação mais imediata e, às vezes, pontual, como, por exemplo: “A ACS não marcou a consulta pra ela [...] Ah, ninguém passou na minha casa” (G4).

Aqui fica evidente que a unidade de saúde tem encarado isto como um problema, carecendo de ações para enfrentar tal situação. Ainda assim, toda e qualquer nova ação a ser implementada deve ser definida pelos profissionais, cabendo à população adequar-se a ela ou ‘entrar no ritmo’, como explicita o depoimento da gestora local.

Há de se considerar, na discussão sobre a ação local, que os profissionais de saúde “não vivem a experiência da mesma maneira” que a população pobre (VALLA, 1998, P. 14). Seus projetos costumam ser anteriores ao contato com a população, ou seja, a proposta sanitária pressupõe a “previsão” como categoria principal, pois a própria ideia de prevenção implica em um olhar para o futuro. Mas poderia ser levantada a hipótese de que esses setores da população conduzem suas vidas com a categoria principal de “provisão”. Com isso, quer-se dizer que as lembranças da fome e das dificuldades de sobrevivência já enfrentadas levam seu olhar principal a se voltar para o passado e se preocupar em prover o dia de hoje. Uma ideia de acumulação, portanto. Assim, a proposta da previsão

estaria em conflito direto com a da provisão (VALLA, 1998, P. 14).

Essa proposição aparece também em outros discursos que dizem respeito à distância que parece existir entre o que o gestor acredita ser o papel da USF no território e aquele que as pessoas esperam ver realizado (SILVA ET AL., 2013). Parece apontar para uma limitação do processo de trabalho, a fim de operar em alguma mudança de modelo técnico-assistencial em saúde, como se percebe na fala abaixo, de uma gestora que parece valorizar e dar destaque às ações de promoção da saúde:

Eles querem o médico para curar a dor de barriga [...] Elas não entendem que filtrar a água é necessário pra não se ter a dor de barriga! Então, é difícil a gente fazer a promoção... Então, PSF, é difícil a gente trabalhar aqui. (G4).

Para os gestores, os profissionais possuem um razoável autogoverno de seu processo de trabalho: “Mas é muito interessante o que acontece, eles não deixam parar, porque independe de quem está lá em cima. Lá, acontece” (G3).

Isto indica que, por um lado, a ação local não para, apesar de todos os obstáculos decorrentes das práticas da gestão pública, que, muitas vezes, são impeditivas; e, por outro lado, reforça, em suas práticas, tanto a racionalidade emergencial quanto a assistencialista, que atribuem aos usuários e resultam em um modelo assistencial pautado predominantemente em ações de tratamento.

Em contrapartida, os gestores reconhecem que o trabalho emergencial e mecanizado é fruto de um processo desafiador de consolidação da AB como ordenadora da assistência, permeado pelo desconhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do papel do profissional no sistema (SILVA ET AL., 2013). Além disso, é caracterizado pela consequente sobrecarga de demandas para os níveis secundário e terciário de atenção, como se vê na fala a seguir:

Acho que, primeiro, todos os profissionais precisam entender muito bem isso, porque, às vezes, a gente, um funcionário lá na ponta, que ele não sabe nem o que é SUS, ele não reconhece nem o seu papel diante do sistema [...] A gente vai diminuir, lá, a especialidade, porque aí a gente fortalece a Atenção Básica e o indivíduo vai precisar menos de hospitalização da complexidade alta, da alta complexidade. (G3).

Neste sentido, os gestores reconhecem insuficiências na estrutura organizacional da AB e na gestão:

A gente não tem todos os serviços básicos que precisaria ter numa unidade, na porta, lá [...] se o gestor não tiver o conhecimento disso e levar à sua equipe, se não direcionar, essas palavras vão ficar em vão. (G3).

Tais insuficiências parecem ter um impacto direto na função do nível primário de atenção como ordenador do cuidado em saúde. Um dos gestores aponta a indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde, valorizando a implicação dos diferentes sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – no processo de produção de saúde, diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde e um dos desafios para o município.

Então, essa linha de cuidado, acho que tem que trabalhar muito no dia a dia e, pra nós, da gestão, fica cada vez mais claro que esta construção a gente tem que trazer... Porque não adianta falar, enquanto gerente, que isso é importante, e ficar na enfermagem. Você tem que estar junto e ajudando a construir esse processo. (G2).

Chama a atenção que as críticas contundentes feitas pelos gestores sobre seu próprio processo de trabalho estão centradas muito mais na ‘falta’ do que em ações propositivas ou expressas como positividade. Desponta, também, uma dificuldade para analisar e relacionar a prática da gestão pública em saúde, as demandas e necessidades, bem

como os caminhos para dar respostas mais adequadas àquela população local.

É importante ressaltar o planejamento na gestão em saúde, pertinente a aspectos voltados ao campo relacional, especialmente dos profissionais de saúde. Nesse caso, parece que o gestor está se referindo muito mais à relação do profissional com a população do que entre a equipe de saúde.

Quando um sujeito diz que “*temos que pensar em ações de cuidar do cuidador*”, ele chama a atenção para um tema recorrente na área de saúde, na qual muitos profissionais sentem-se desamparados ao lidar com processos que produzem marcas e efeitos muito significativos para suas vidas:

[...] gerir, desse ponto de vista, é pensar mais nas questões psicológicas dos profissionais do que no planejamento somente de ações de saúde para a população. Temos que pensar em ações de cuidar do cuidador mesmo, porque, assim, às vezes, a gente foca muito na população e os profissionais acabam adoecendo... (G2).

Esta fala, preocupada com as “*questões psicológicas*” dos profissionais, dialoga com uma das pautas prioritárias da gestão do trabalho em saúde, diante da frequente insatisfação dos profissionais quanto à diminuição da autonomia; ao aumento da pressão, tanto por parte das chefias quanto dos pacientes; ao excesso de tarefas burocráticas; ao pouco reconhecimento social: às condições inadequadas de trabalho; e aos baixos salários (ASSUNÇÃO ET AL., 2012).

Neste sentido, compreender a trajetória e a inserção de um profissional significa entender valores e aspectos que dão sentido à vida. As entrevistas apontaram que os gestores e os profissionais de saúde têm distintas formações e diferentes inserções na área da saúde. Ao resgatar suas inserções iniciais na saúde, pode-se observar que suas trajetórias expressam uma diversidade de motivações, propósitos e posições. Mas apresentam, sobretudo, singularidades recortadas por

processos sociais mais amplos, alguns deles intimamente relacionados à organização dos serviços de saúde na cidade.

Ao relatar sua trajetória profissional, a médica da USF destaca com orgulho sua infância pobre no Nordeste e seu difícil percurso até se tornar uma profissional de saúde. Há 40 anos atuando no município, ela relata o amor que tem à profissão e afirma que, mesmo sendo aposentada, não pretende parar de trabalhar. Impregnado de simbologia religiosa, seu discurso se utiliza de termos ainda muito presentes nos imaginários da população e do profissional médico, como ‘amor’ e ‘caridade’, e, de certa forma, reafirma o ‘compromisso com a pobreza’. Assim, sua visão do que é ser médico(a) está intimamente associada ao assistencialismo e à filantropia. Porém, pode-se considerar que, quando ela usa a expressão “*divido com todo mundo*”, está também apontando aspirações de caráter humanístico.

[...] e ai daquele médico que realmente não tiver o espírito de caridade. Não quero dizer que eu sou tão caridosa, mas, dentro do meu alcance, eu faço. Dentro das possibilidades que eu tenho, de fazer, eu faço! (PS1).

A origem pobre da profissional parece legitimar um discurso marcado pela vocação e pela devoção ao trabalho, marcando a filantropia como uma de suas motivações. Como refere Lalonde (1999, p. 1224):

todo problema da vocação consiste, pois, em saber qual a distinção que devo fazer entre a própria essência que Deus me propõe e que está sempre no meu fundo como a sua melhor parte, e é, por assim dizer, a parte, a parte ideal de mim mesmo, é a própria essência que realizo e de que consigo tomar uma posse efetiva.

Mas a vocação é um “conceito pedagógico” e se diferencia da aptidão. A primeira significa “propensão para qualquer ocupação, profissão

ou atividade”, e a segunda pressupõe a “atração que um indivíduo sente para uma determinada forma de atividade”. Em suma, a “aptidão pode ser controlada objetivamente e a vocação é subjetiva” (ABBAGNANO, 2007, p. 1007).

Em regiões de grande vulnerabilidade, algumas áreas profissionais revestem-se de grande importância, como destaca um profissional da área de serviço social entrevistado, que atua no município há mais de 30 anos. As mudanças ocorridas na administração municipal, em relação à política de assistência social, foram acompanhadas de perto por ele, o que, em sua opinião, permitiu que o mesmo tivesse “*experiência de trabalho em várias comunidades do município*”. Com a implantação da nova política que instituiu o Sistema Único de Assistência Social (Suas), significativas transformações foram implementadas. Tais alterações parecem relacionar-se com as mudanças ocorridas nos últimos anos, em relação às práticas do serviço social no âmbito comunitário, que passaram a priorizar as situações e os casos dos territórios, e a enfrentar a enraizada cultura assistencialista e paternalista que sempre permeou suas práticas.

Ainda segundo este profissional, seus companheiros de profissão realizam o atendimento à população menos favorecida e, por isso, são deslocados para os bairros periféricos das cidades. Ele ainda destaca a importância do papel do assistente social na USF e como tal profissional se tornou uma referência importante para a população da comunidade, desde o “*nascimento de uma criança até o falecimento*”. Seu discurso parece reforçar o valor que a população dá a esses profissionais, exatamente pelo significado da ação assistencialista que empreendem na comunidade.

Cotidianamente em contato com conflitos, situações de marginalização e sofrimento, o trabalho pode ser considerado:

[...] penoso, é árduo, porque você lida com amarguras, conflitos, decepções, com pessoas que

vieram do Nordeste, pensando que chegariam aqui e teriam casa própria; porque a televisão só mostra o lado bonito... A área social ainda é a área menos favorecida nesse país... (PS3).

Este depoimento mostra como os trabalhadores que atuam junto ao social compõem um campo profissional que se ocupa dos diferentes problemas que emergem a partir do aumento populacional das cidades e da dificuldade de administrá-los.

A trajetória de alguns gestores mostra como as mudanças ocorridas nos últimos anos trouxeram possibilidades e interesses por uma nova inserção profissional, mesmo para aqueles que começaram a atuar na área sem formação superior, como é o caso de dois gestores que assumiram seus cargos após terem sido profissionais de áreas técnicas, que exigiam apenas a formação de nível médio.

Outra usual mudança de trajetória dos profissionais de saúde se dá em relação aos níveis de atenção, nesse caso, do hospital para a AB, como se vê na fala abaixo:

Eu me formei e dezembro de 1984, eu sou enfermeira. Logo que saí da faculdade, fui trabalhar na Santa Casa... Eu recebi um convite para abrir uma UTI aqui [...] Aí, com dez anos de UTI, senti a necessidade de que bastava UTI. Era desgastante emocionalmente, e aí, eu recebi o convite para ir pra Atenção Básica. Eles insistiram no convite e eu tinha uma resistência, mas, por fim, num acordo, fui trabalhar numa unidade básica... (G3).

Ainda que a gestora utilize a expressão “*eu tinha uma resistência*”, ela declara que o trabalho no hospital era “*desgastante emocionalmente*”. Aqui fica explicitada, também, uma visão muito presente entre os profissionais e a própria população, na qual a atenção primária (aqui denominada AB) reforça uma concepção de algo simples, menos complexo: “*interpreta-se primário como primitivo*” e, por isso, muito menos desgastante, e encarado como motivação pelo profissional.

Essa visão básica da Atenção Primária à Saúde faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente. (MENDES, 2005, P. 218).

Esta visão pode ser reforçada pelo ambiente e pela organização do trabalho, especialmente, no setor terciário de saúde, com características geradoras de doenças, absenteísmo e dificuldades no cotidiano de trabalho, como o sistema de turnos, os riscos biológicos, físicos e químicos, bem como a sobrecarga física e emocional decorrente das ações de cuidado, conforme descrito por Sala e Parreira (2011).

As formas de contratação dos profissionais aparecem também como elementos determinantes do cuidado em saúde. Chama a atenção o fato de um dos gestores ter mencionado seu forte vínculo com a comunidade do bairro, embora já não fosse mais profissional da prefeitura do município. O discurso ambíguo revela que, apesar de se sentir mais realizado no serviço público, ele teria aprendido mais em uma empresa estatal que possuísse outras formas de contratação. Seu objetivo, de acordo com seu depoimento, seria o de aprender mais e “*voltar a atuar no bairro*”. Esta afirmação mostra, em primeiro lugar, que os conhecimentos e as habilidades adquiridos com os processos de trabalho na empresa são distintos, e podem trazer alguns ganhos para o serviço público. Ou seja, de algum modo, expressa diferentes lógicas entre a gestão, mas essas não estão atreladas aos seus objetivos, e sim aos meios para atingi-los. Por outro lado, aponta certa idealização de que somente no setor público ele, de fato, se realizará enquanto profissional e cidadão: “*Eu gosto mais desta parte, de lidar com as pessoas, de ajudar. Eu me sinto mais útil enquanto cidadão*” (G1).

Sua opção pela empresa é explicitamente relatada como decorrente de benefícios que tem como trabalhador aprovado em concurso. O discurso aponta, também, a fragilidade do vínculo de trabalho, pois a condição de 'estar chefe' pode deixar de valer a qualquer momento:

Eu não podia dizer não, porque tem uma série de benefícios. [...] Enquanto você está chefe de uma unidade de saúde, você está chefe, você tem que ganhar mais por isso, está naquela responsabilidade. No dia seguinte, você pode não estar chefe e voltar a ganhar o que você ganhava antes. Então, naquele momento, era a melhor opção pra mim, apesar de eu não querer. (G1).

Outra profissional destaca que se inseriu na área da saúde no município porque soube que precisavam de psicólogo na rede. A profissional afirma que, mesmo sem saber, os psicólogos daquela instituição já estavam sendo selecionados para trabalhar na secretaria de saúde, na área de saúde mental. Não houve, portanto, um concurso público, mas uma seleção entre os profissionais que já atuavam na prefeitura: *"Nós fomos convidados para participar de algumas oficinas dentro da saúde mental e estávamos sendo selecionados sem ter noção de que estávamos sendo..."* (PS2).

Parece ter ocorrido uma série de arranjos administrativos no município, para dar conta de necessidades que vinham surgindo a partir da organização dos serviços de saúde. Esse fato gera muitos problemas até os dias de hoje, uma vez que uma parcela dos profissionais faz parte da administração pública, e a outra, vem sendo contratada por parceiras, Organizações Sociais (OS) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip).

A questão da flexibilização do vínculo de trabalho (terceirizações e cooperativas) que vem se dando no município acompanha as mudanças sofridas no mundo do trabalho e estão muito presentes na esfera da administração pública brasileira, particularmente no setor saúde.

O estudo de Sano e Abrucio (2008) mostra como o modelo da Nova Gestão Pública (NGP) espalhou-se pelo mundo com a promessa de atacar dois males burocráticos: o excesso de procedimentos e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade. A proposta básica foi a de flexibilizar a administração pública e aumentar a *accountability* com uma nova forma de provisão dos serviços, baseada na criação de entidades públicas não estatais como as OS. No Brasil, a experiência reformista inicia-se em 1995, com as ideias do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. A área da saúde no município de São Paulo (SP) constituiu-se em um campo paradigmático para avaliar a implantação da NGP no Brasil.

Nos anos seguintes, vários municípios adotaram a mesma lógica de contratação e gestão na área da saúde, o que aumentou consideravelmente a contratação de profissionais de saúde por meio de mecanismos de terceirização e outras modalidades de contratos informais para a inserção de trabalhadores no sistema de saúde. A justificativa para a utilização de tais mecanismos tem amparo na premissa de que esses fortaleceriam a governabilidade e melhorariam a qualidade da assistência nas unidades de saúde, uma vez que não haveria mais problemas com a falta e a reposição de pessoal nos serviços (VARELLA; PIERANTON, 2008). Outra razão para a contratação por meio de terceirização parte das exigências legais concernentes aos Artigos 18 e 19 da Lei de Responsabilidade Fiscal, que definem e limitam as despesas com pessoal para cada ente da Federação, que não podem exceder 50% da receita da União e 60% das receitas para Estados e Municípios (BRASIL, 2000).

O que se depreende de estudos da agenda público-privada nessa nova modalidade de gestão para os serviços de saúde é que a gestão de serviços, a formulação e o controle da política são de responsabilidade da esfera estatal, enquanto o processo de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos cabem à esfera privada.

Isto possibilita uma lógica para o manejo dos recursos humanos em que se distingue o controle direto sobre o trabalhador e o trabalho. No entanto, questão central encontra-se na capacidade do Poder Público se fazer presente na implementação dessa modalidade de gestão no âmbito local, retendo e ampliando os espaços de formulação política, garantindo a equidade no acesso aos serviços de saúde e contemplando o controle público, de modo a observar a defesa da justiça social como meta prioritária de sua atuação. (CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006, P. 920).

Embora o tema da contratação de profissionais esteja pouco presente nos discursos dos gestores, observamos vários problemas decorrentes de finalizações de contratos – especialmente, de ACS – e das incertezas em relação ao futuro profissional em uma USF.

O que se depreende desse processo é que não pode escapar dos efeitos da sistemática precarização dos vínculos de trabalho na área de saúde. Resta, ainda, investigar como essa multiplicidade de vínculos compromete a organização do trabalho e impacta na consolidação democrática do sistema público de saúde.

Considerações finais

Diante de um território de elevada vulnerabilidade, o cuidado prestado à população

parece obedecer a racionalidades que convergem para o assistencialismo, em ações emergenciais voltadas à resolução imediata de problemas agudos a partir da lógica queixa-diagnóstico-conduta, reforçando o modelo assistencial pautado predominantemente em ações de tratamento. Se, por um lado, os gestores e profissionais reconhecem a importância da ESF no território, e a AB como ordenadora do cuidado, por outro, banalizam e naturalizam os problemas de saúde na medida em que os atrelam à pobreza extrema.

Os sujeitos parecem ser motivados pela filantropia, em um cotidiano que busca oferecer respostas em curto prazo, permeado pela vocação e pela devoção dos profissionais. Por outro lado, a fragilidade do vínculo de trabalho, tanto na posição de chefia quanto na forma de contratação, traz insegurança aos profissionais, motivando-os a novos horizontes na carreira, distantes do SUS.

Resta-nos indagar se essas motivações dos profissionais e as racionalidades produzidas por suas intervenções serão capazes e suficientes para captar as diversas dinâmicas engendradas no território da Vila dos Pescadores, em Cubatão (SP), de modo a valorizar aquele espaço público como local de sobrevivência, mas também de mudanças, e, portanto, com potencialidades de transformações futuras. ■

Referências

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, A. F.; ARAUJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. *Revista Brasileira de Estudos de Populações*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 147-167, 2012.

BAUMAN, Z. *Confiança e medo na cidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

- BRASIL. *Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. M. Equidade no acesso a hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914-920, 2006.
- FRAGA, A. B. et al. *Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília: CEAD, 2013.
- GONZALES-REY, F; MORI, V. Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. spe., p. 99-108, 2011.
- KOGA, D. *Medidas de cidades: entre território de vida e territórios vivos*. São Paulo, Cortez, 2003.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MENDES, E. V. Entrevista – O SUS e a Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 218-219, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. *Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde*. Documento para discussão. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- RAUP, L.; ADORNO, R. Jovens em situação de rua e os usos do crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Revista Brasileira de Adolescência e Conflitualidade*, São Paulo, n. 4, p. 52-67, 2011.
- SALA, A.; PEREIRA, S. M. C. P. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamento por motivos de saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.
- SHEIKHATTARI, P.; KAMANGAR, F. How can primary health system and community –Based participatory research be complementary? *International Journal of Preventive Medicine*, Filadélfia, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2010.
- SILVA, L. A.; CASSOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- SOLAR, O.; IRWIN, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health: social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- SOUZA, M. L. *Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos*. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidade médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.
- THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- VALLA, V. V. Redes sociais, poder y saúde à luz das classes populares em um contexto de crise. *Interface*

– *Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.

VARELLA, T. C.; PIERANTON, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, 2008.

VERAS, M. Cidade, vulnerabilidade e território. *Ponto-e-Vírgula*, São Paulo, n. 7, p. 32-48, 2010.

Recebido para publicação em julho de 2014

Versão final em janeiro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: CNPq – Edital MCT/CNPq 14/2011 (processo 475298/2011-0)

O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde

The challenge of managing medical equipment in the Unified Health System

Aline Silva Amorim¹, Vitor Laerte Pinto Junior², Helena Eri Shimizu³

RESUMO O estudo analisou as políticas de gestão de equipamentos médico-hospitalares adotadas pelo Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde. Realizou-se uma análise documental das publicações do Ministério da Saúde e uma análise de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no período de 2005 a 2013. O País instituiu uma Política de Gestão de Tecnologias em Saúde e uma área para a gestão dos equipamentos da Hemorrede. A oferta de equipamentos na rede privada é superior à pública, reforçando a necessidade da gestão e monitoramento de tecnologias para garantir o acesso aos usuários da rede pública e diminuir a dependência do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Tecnologia biomédica.

ABSTRACT *The study analyzed the medical equipment management policies adopted by the Ministry of Health for the Unified Health System. We conducted a document analysis of the publications of the Ministry of Health and a data analysis of the National Registry of Health Facilities, in period from 2005 to 2013. The country established a Technology Management Policy on Health and an area for the management of Hemorrede equipment. The supply of equipment to the private network is superior to the public one, highlighting the need for management and monitoring technologies to ensure access to users in the public area and reduce the dependence of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Health management; Unified Health System; Biomedical technology.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, DF, Brasil. amorim.aline@ymail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Epidemiologia e Vigilância em Saúde (Pepivs) - Brasília, DF, Brasil. vitorlaerte@fiocruz.br

³Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília, DF, Brasil. shimizu@unb.br

Introdução

O avanço da tecnologia e o crescimento da oferta de Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH) geraram um impacto financeiro nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), ao investir em métodos mais sofisticados e caros.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por EAS de diferentes níveis de complexidade. Instituições privadas complementam os serviços do SUS e, inclusive, recebem investimentos, tendo preferência em relação às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, mediante contrato de direito público ou convênio (BRASIL, 1998). O SUS, portanto, também possui EMH instalados na rede privada financiados com recursos públicos.

O Ministério da Saúde (MS) utiliza a Portaria n.º 1.101/GM (Gabinete do Ministro), de 12 de junho de 2002, como base para o dimensionamento da assistência ambulatorial e alocação de EMH (BRASIL, 2002). Segundo Calil (2001), em 1985 não havia nenhum controle de equipamentos instalados no Brasil, tanto em termos locais como nacionais. Nesse contexto, a partir de 1990, o MS desenvolveu várias ações na área de EMH, como a capacitação de recursos humanos — Programa Pró-Equipe (BRASIL, 1992) —; a divulgação de ferramentas de gestão — Sistema para Planejamento e Dimensionamento de Equipamentos Médico-Hospitalares (BRASIL, 1991) — e aquisição de EMH para readequação da infraestrutura física e tecnológica do SUS — Projeto Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS). O ReforSUS ainda ofereceu uma capacitação a distância para os profissionais de saúde da rede pública: Gerenciamento da Manutenção de Equipamentos Médicos (Gema).

Entre 1999 e 2002, houve um aumento expressivo na capacidade instalada de EMH nos EAS públicos, variando de 31,3% (tomógrafo computadorizado) a 135,8% (aparelho de ultrassonografia) (IBGE, 2010). Tal aumento

demonstrou a ampliação do investimento e a necessidade de se criar mecanismos mais eficientes de gestão.

Vários países executam ações visando à gestão eficiente dos parques tecnológicos instalados. As estratégias utilizadas incluem a elaboração de normas legais com vistas à regulamentação do financiamento e manutenção dos EMH, a criação de sistemas de informatizados de gestão, a formação de equipes técnicas regionais (fixas e móveis), entre outras. Esses fatores proporcionam a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, bem como a redução dos custos com novas aquisições e manutenções (GALVAN, 2004; GENTLES, 2004; GUTIÉRREZ, 2004; SUMALGY, 2004).

A gestão eficiente dos EMH é parte integrante dos cuidados ao paciente, sendo importante componente para garantia da integralidade, e está diretamente ligada à qualidade dos serviços. Assim, os objetivos deste estudo foram descrever a distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem, nas esferas federal, estadual, municipal e privada, e analisar os processos do MS envolvidos na gestão do parque tecnológico instalado no SUS.

Metodologia

Realizou-se uma análise documental para identificar quais são os mecanismos de gestão utilizados pelo MS na gestão do parque instalado no SUS, bem como uma análise quantitativa de dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de equipamentos de diagnóstico por imagem no âmbito público e privado, conforme apresentado a seguir. Foram pesquisados documentos oficiais do MS (Portarias, Resoluções, Manuais, Guias, Oficinas etc.) relacionados aos temas ‘Gestão e Equipamento Médico-Hospitalar’. Os documentos selecionados tiveram os seguintes dados inseridos em uma matriz: ano de publicação, tipo de documento e o

conteúdo abordado. No total, foram selecionados 11 documentos sobre os temas ‘Gestão e Equipamentos Médicos’, publicados no período de 2005 a 2013 pelo MS (*quadro 1*).

Quadro 1. Relação de documentos analisados sobre o tema ‘Gestão e Equipamentos Médico-Hospitalares’

Doc. nº	Tipo e Data	Referências
1	Portaria - 19/12/2005	_____. Ministério da Saúde. Portaria. Portaria MS nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005 – Instituiu comissão interinstitucional para elaboração da Política de Gestão de Tecnologias em Saúde, sob coordenação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). <i>Diário Oficial [da] União</i> . Brasília, DF, 19 dez. 2005. Disponível em: < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2510_2005.pdf >. Acesso em: 15 abr. 2013.
2	Portaria - 02/10/2007	_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.481, de 2 de outubro de 2007 – Institui o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde – SOMASUS. <i>Diário Oficial [da] União</i> . Brasília, DF, 2 out. 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2481_02_10_2007.html >. Acesso em: 15 abr. 2013.
3	Manual - 2010	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.
4	Resolução 25/01/2010	_____. Resolução da Diretoria Colegiada nº 2, de 25 de janeiro de 2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. <i>Diário Oficial [da] União</i> . Brasília, DF, 25 jan. 2010b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html >. Acesso em: 16 abr. 2013.
5	Manual - 2011	_____. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde. SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. (Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato, v.1). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_arquitetonica_somasus_v1.pdf > Acesso em: 16 abr. 2015.
6	Portaria - 12/12/2011	_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.915, de 12 de dezembro de 2011 – Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). <i>Diário Oficial [da] União</i> . Brasília, DF, 12 dez. 2011a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html >. Acesso em: 15 abr. 2013.
7	Portaria - 18/02/2011	_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 263, de 18 de fevereiro de 2011 – Institui Grupo de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia Públicos, visando à elaboração de propostas e pactuação de ações nas áreas de Gestão de Equipamentos nos Serviços De Hemoterapia e Hematologia Públicos. <i>Diário Oficial [da] União</i> . Brasília, DF, 18 fev. 2011b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0263_18_02_2011.html >. Acesso em: 15 abr. 2013.
8	Manual - 2012	_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada. <i>Guia para elaboração do Plano de gestão de equipamentos para serviços de Hematologia e Hemoterapia</i> . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/elaboracao_plano_gestao Equipamentos_servicos_hematologia_hemoterapia >. Acesso em: 10 abr. 2015.
9	Manual- 2013	Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. <i>Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais</i> . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_estudos.pdf >. Acesso em: 18 abr. 2015.
10	Manual - 2013	_____. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde. SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde, v. 2).
11	Manual - 2013	_____. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde. SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. (Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde, v. 3).

Fonte: Elaboração própria

No CNES, os gestores de saúde de instituições públicas e privadas cadastram os equipamentos disponíveis na infraestrutura do SUS. A consulta ao CNES é disponibilizada no

endereço eletrônico: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.

Este estudo se limitou a analisar o grupo de EMH de diagnóstico por imagens,

equipamentos com alto custo de aquisição, infraestrutura e manutenção. Ressalta-se que a processadora radiológica não é um equipamento de diagnóstico, mas como foi inserido no grupo de Diagnóstico por Imagem (DIM) pelo MS, também foi considerado neste estudo. No campo Recursos Físicos do CNES, selecionou-se o campo Equipamentos, e na barra de opções 'Brasil, UF e Municípios'. O sistema apresentou três opções: Linha, Coluna e Conteúdo. Selecionou-se no campo Coluna a opção 'Equipamentos', no campo Linha 'Esfera Administrativa' e no campo Conteúdo 'Disponíveis no SUS'. Foi realizada uma pesquisa com as opções anteriores para cada ano, considerando o período de dezembro de 2005 a dezembro de 2013.

Resultados

Gestão do parque de EMH instalados no SUS

No Brasil, a Portaria n.º 2.510, de 19 de dezembro de 2005, criou uma Comissão para elaborar a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) no âmbito do SUS, sendo que a sua coordenação foi exercida pelo Secretário de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, do MS (BRASIL, 2005). De acordo com essa portaria, tecnologias em saúde são: medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Em 2007, o MS formalizou, por meio da Portaria n.º 2.481, o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS) (BRASIL, 2007). Essa ferramenta tem como objetivo auxiliar gestores e técnicos na elaboração de projetos de investimentos em infraestrutura na área de saúde, entre eles equipamentos médicos.

Após cinco anos da publicação da Portaria que institui a Comissão para Elaboração de Proposta de Política de Gestão de Tecnológica

no âmbito do SUS (CPGT), o MS publicou o manual da PNGTS. Entre os propósitos dessa política, estão: a aquisição e monitoramento das tecnologias, o desenvolvimento de mapas regionais dos recursos tecnológicos existentes e o monitoramento das manutenções requeridas pela tecnologia para garantia de sua correta utilização e segurança dos usuários, dos profissionais e do meio ambiente. Houve, ainda, o incentivo para realizar cursos de pós-graduação e educação permanente, voltados para áreas relacionadas à gestão de EMH, tais como Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e Gerenciamento de Unidades de Saúde. Outro ponto observado foi a criação de mecanismos formais para articular os setores envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde. O monitoramento de tecnologias em saúde foi definido nessa portaria como um

processo sistemático e contínuo de acompanhamento do uso da tecnologia, visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, relativas à substituição, ao abandono ou à ampliação de cobertura. (BRASIL, 2010B).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 2, de 25 de janeiro de 2010, que "Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde". Ela teve como objetivo

estabelecer os critérios mínimos a serem seguidos pelos estabelecimentos de saúde para o gerenciamento de tecnologias em saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, de modo a garantir a sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança. (BRASIL, 2010B).

Essa resolução se aplica aos "estabelecimentos de saúde em âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar e àqueles que prestam serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, intra ou extra-hospitalar" (BRASIL, 2010B), reconhecendo como equipamentos de saúde:

[...] o conjunto de aparelhos e máquinas, suas partes e acessórios utilizados por um estabelecimento de saúde onde são desenvolvidas ações de diagnose, terapia e monitoramento, bem como os equipamentos de apoio, os de infraestrutura, os gerais e os médico-assistenciais. (BRASIL, 2010B).

Considera-se o gerenciamento

[...] desde o planejamento e entrada no estabelecimento de saúde até seu descarte, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente. (BRASIL, 2010B).

Dessa forma, os gestores são orientados a elaborar um Plano de Gerenciamento (PG) para as tecnologias abrangidas por esse regulamento técnico. Caso esse serviço seja terceirizado, “não isenta o estabelecimento de saúde contratante da responsabilização perante a autoridade sanitária”. Com relação à infraestrutura física para a realização das atividades de gerenciamento de tecnologias em saúde, a resolução orienta que esta deve ser compatível com a RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa (BRASIL, 2010B).

Em 2011, o MS publicou o primeiro manual do SomaSUS, dando continuidade ao trabalho iniciado em 2007 com a publicação da Portaria n.º 2.481. No primeiro volume da série, o tema desenvolvido foi ‘Unidades de Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato’. Trata-se de um manual ilustrado contendo os ambientes dos EAS, com seus respectivos equipamentos e mobiliários — exceto material de consumo. O objetivo dessa publicação é “fornecer informações técnicas estratégicas para a elaboração de projetos de investimentos, em particular relativos à execução de obras e à aquisição de equipamentos médico-hospitalares” (BRASIL, 2013B, P. 7). Nesse mesmo ano, foi criada a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) com a finalidade de buscar por

qualidade e excelência na conexão entre pesquisa, política e gestão, por meio da elaboração de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, nas fases de incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologias no âmbito do SUS. (BRASIL, 2011A).

Ao analisar os documentos, verificou-se que a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/MS) instituiu em 2011 o Grupo de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia (GAT). Foram atribuídas as seguintes atividades ao GAT: elaboração de propostas na área de gestão de equipamentos nos Serviços de Hemoterapia e Hematologia, assessoria para a CGSH/MS no que se refere à gestão de equipamentos e estabelecimento de um modelo de gestão de equipamentos. Essas atividades estavam restritas aos EAS que compõem a Hemorrede (Rede de Hemoderivados) (BRASIL, 2011C).

A análise do Doc. 7 revelou as diversas ações desenvolvidas pelo GAT, como oficinas de capacitação na área de engenharia clínica e capacitação de profissionais da Hemorrede para a utilização do *software* Sistema de Gerenciamento de Equipamentos para a Hemorrede Pública Nacional (Hemosige). Além disso, foi criada uma subárea de Gestão de Equipamentos no organograma da Gestão Financeira e Assessoria Técnica (GFAT), da CGSH, cuja missão é “assessorar tecnicamente a Rede de Hemocentros Públicos do País e a própria CGSH no desenvolvimento das ações inerentes à gestão de equipamentos” (BRASIL, 2011B). A GFAT ficou responsável por:

[...] nortear os investimentos realizados pelo MS em inovação tecnológica; aumentar a vida útil do parque de equipamentos; conhecer o estado de funcionamento dos equipamentos localmente; gerenciar os contratos de manutenção dos equipamentos; avaliar a aquisição de novos equipamentos; orientar a qualificação de equipamentos; e validar os processos. (BRASIL, 2011B).

Dois volumes do SomaSUS foram publicados em 2013: o Volume 2 – Internação e Apoio ao Diagnóstico e à Terapia (Reabilitação); e o Volume 3 – Apoio ao Diagnóstico e à Terapia (Imagemologia) (BRASIL, 2013A, 2013B), ambos também baseados na RCD n.º 50/2002.

Por fim, em 2013, o MS publicou o manual ‘Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais’, cujo objetivo é

nortear a análise de técnicos e gestores interessados na avaliação de equipamentos médicos assistenciais (EMA), seja na inclusão, modificação ou exclusão dessas tecnologias nos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013A, P. 13).

O manual apresentou as práticas de ATS para EMA, considerando seis domínios: Clínico, Admissibilidade, Técnico,

Operacional, Econômico e Inovação. A avaliação é uma etapa importante na gestão de EMH, pois garante uma aquisição eficiente com ganhos para o EAS e o usuário.

Equipamentos: rede pública x rede privada

O CNES desenvolvido em 2000 é a ferramenta do MS para disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos EAS do SUS, inclusive de equipamentos. A coleta dos dados acerca dos EMH do grupo de (DIM) instalados na rede pública nas três esferas (federal, estadual e municipal) apresentou o total de 15.217 equipamentos e 37.610 na rede privada. A *tabela 1* apresenta a quantidade de equipamentos cadastrados no CNES, na rede pública e privada, no período de 2005 a 2006.

Tabela 1. Relação de equipamentos de diagnóstico por imagem e terapia da rede pública (municipal, estadual e federal) e privada, cadastrados no CNES no período de 2005 a 2013

Tipo de equipamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aparelho de Densitometria Óssea - PR*	924	1000	1068	1146	1263	1356	1438	1498	1590
Aparelho de Densitometria Óssea - PU**	35	40	41	61	67	77	80	85	99
Aparelho de Hemodinâmica - PR	245	266	284	313	343	365	375	396	398
Aparelho de Hemodinâmica público - PU	74	79	83	87	90	90	92	93	104
Aparelho de Raios X com Fluoroscopia - PR	651	658	671	689	706	708	681	683	688
Aparelho de Raios X com Fluoroscopia - PU	240	254	256	268	277	274	276	284	292
Aparelho de Raios X de 100 a 500 mA - PR	8062	8652	8888	9388	9862	10217	13041	10503	10762
Aparelho de Raios X de 100 a 500 mA - PU	4767	4962	5061	5384	5595	5873	6078	6356	6525
Gama Câmara PR	423	441	469	494	519	548	559	585	603
Gama Câmara PU	89	88	96	109	121	116	121	132	127
Mamógrafo com comando simples - PR	1667	1813	1934	2069	2242	2421	2479	2484	2594
Mamógrafo com comando simples - PU	99	100	108	127	137	144	142	145	150
Mamógrafo com estereotaxia - PR	401	435	459	495	538	576	589	580	596
Mamógrafo com estereotaxia - PU	89	93	90	104	111	125	129	127	121
Mamógrafo Digital - PR	0	0	0	0	0	0	0	19	37
Mamógrafo Digital - PU	0	0	0	0	0	0	0	30	50
Processadora para Mamógrafo - PR	0	0	0	0	0	0	133	518	594
Processadora para Mamógrafo - PU	0	0	0	0	0	0	38	180	205
Ressonância Magnética - PR	377	440	506	616	748	851	971	1107	1258

Tabela 1. (cont.)

Ressonância Magnética - PU	29	35	43	50	58	65	78	80	99
Tomógrafo Computadorizado - PR	1197	1281	1365	1524	1690	1860	1940	2116	2311
Tomógrafo Computadorizado - PU	233	253	277	309	341	373	394	425	463
Ultrassom Diagnóstico - PR	12558	13347	13757	14454	15170	15772	15979	16164	16568
Ultrassom Diagnóstico - PU	3419	3747	4077	4511	4998	5442	5874	6234	6593
Total por ano	35579	37984	39533	42198	44876	47253	51487	50824	52827

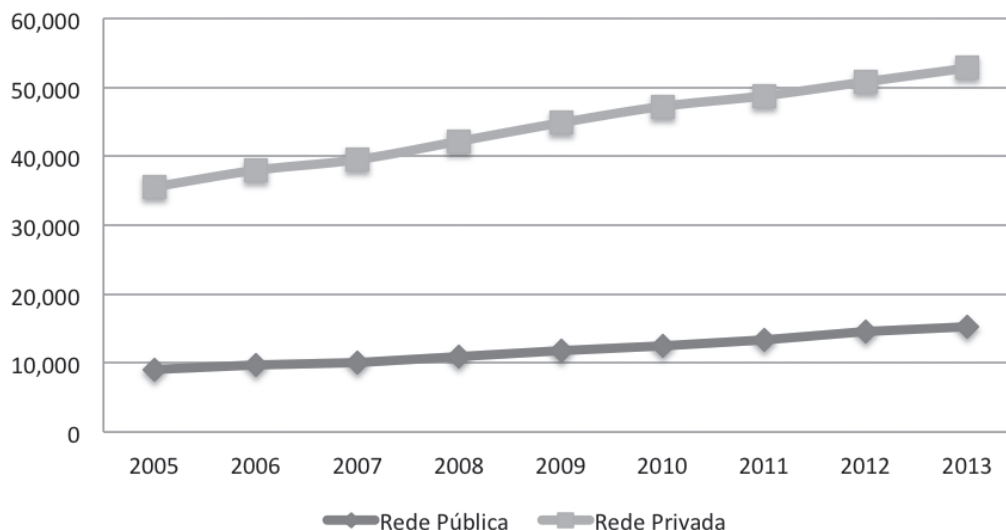
Fonte: Elaboração própria

PR* = Rede privada; PU** = Rede pública

O gráfico 1 apresenta a quantidade total de equipamentos de diagnóstico por imagem instalados na rede pública e rede privada. Ressalta-se que o ano de cadastramento

no CNES pode não corresponder ao ano de aquisição e instalação dos equipamentos, uma vez que essa ação é realizada pelos gestores.

Gráfico 1. Equipamentos do grupo de diagnóstico por imagem da rede pública e privada, cadastrados no CNES no período de 2005 a 2013



Fonte: Elaboração própria

Discussão

Apesar de vários programas para a aquisição de EMH terem sido desenvolvidos ao longo dos anos no Brasil, somente em 2005 foi criada uma Comissão para elaborar a PNGTS. Segundo Guimarães (2008), no

País, a maior preocupação está concentrada na compra de equipamentos, e, por uma questão cultural, a operação e manutenção são negligenciadas. Isso resulta na baixa qualidade da prestação de serviços, atrasos na instalação e interrupções no funcionamento dos equipamentos.

A aquisição de EMH é responsabilidade dos estados e municípios, porém, o MS desenvolveu ferramentas para auxiliar os gestores nessa atividade. A ferramenta SomaSUS assemelha-se ao Sisplan, implantado em 1994 pelo MS, porém, mais detalhado. Nos três volumes publicados, não foram identificadas orientações sobre a gestão dos equipamentos ou mesmo espaço físico destinado para esta finalidade — conforme Doc. 4. Embora não seja o foco dos manuais, propõe-se a abordagem desses assuntos para que os gestores sejam estimulados a desenvolver essas atividades nos EAS. Orientações para o cadastramento dos EMH (pós-aquisição) no CNES não foram abordadas em nenhum dos volumes analisados. Dessa forma, sugere-se que tal orientação também seja inserida nos manuais.

Dependendo do porte do equipamento, há necessidade de construir ou readequar a infraestrutura física, os recursos humanos especializados, tratamento de resíduos diferenciado, manutenções periódicas, insumos e substituição de peças de alto custo. Nesse aspecto, a Colômbia implementou em 1997 a Lei da Manutenção (LM). De acordo com esta Lei, as instituições públicas devem reservar 5% do seu orçamento para a manutenção da infraestrutura física e tecnológica. Essas instituições ainda devem apresentar de maneira compulsória um Plano de Manutenção (PM) anual, evidenciando os custos com a aquisição e manutenção de seus equipamentos (GUTIÉRREZ, 2004).

O manual da PNGTS relatou que cabe ao MS apoiar os gestores na “implantação das tecnologias e no seu monitoramento e manutenção após a incorporação” (BRASIL, 2010A, P. 23). Não ficou claro, contudo, se o MS irá monitorar as falhas técnicas ou quebras dessas tecnologias (equipamentos) instaladas nos EAS e como essas ações seriam realizadas. Além disso, o MS reconhece a necessidade de capacitação dos gestores e da estruturação do próprio MS nessa área quando relatou a necessidade de “formação

de um quadro permanente de pessoal qualificado para atender à necessidade na área de gestão de tecnologias em saúde” (BRASIL, 2010A, P. 22) De maneira geral, observa-se que a PNGTS considerou o tipo de tecnologia a ser inserida no SUS, por exemplo, a substituição de uma tecnologia analógica por uma digital. Portanto, não foram identificadas ações voltadas para a gestão de EMH instalados no âmbito do SUS, embora eles estejam incorporados no conceito de tecnologia em saúde. A ferramenta CNES também não foi citada nessa política.

No Canadá, existem serviços regionais de engenharia clínica, em que uma equipe com cerca de 63 profissionais coordena até seis hospitais (GENTLES, 2004). Essas equipes atuam na gestão do parque instalado e desenvolvem atividades envolvendo a escolha das tecnologias adequadas, logística, instalação, capacitação de usuários, manutenção e baixa de patrimônio, entre outras. O Paraguai reformulou o seu sistema de saúde com base em dois componentes: ATS e Gerenciamento de Tecnologia (GT). Hospitais e centros de referência com o mínimo de 100 leitos devem ter uma equipe de manutenção, oficinas de manutenção são distribuídas de acordo com a demanda dos hospitais e oficinas móveis dão suporte aos hospitais localizados em áreas remotas ou rurais (GALVAN, 2004). Considerando-se a extensão territorial do Brasil, essa alternativa pode contribuir para a melhoria da qualidade de unidades de saúde de municípios do interior, principalmente nas regiões mais carentes.

Acredita-se que a publicação do Doc. 4, pela Anvisa, se deu pelo fato desse órgão ser responsável pela autorização de funcionamento dos EAS, controle e fiscalização sanitária de equipamentos. Essa resolução orienta o gestor na definição e padronização de critérios para as etapas de gerenciamento de tecnologias em saúde, inclusive, na elaboração de um Plano de Manutenção. Em comparação com a Colômbia, que implementou a LM e o PM compulsórios para suas unidades

de saúde em 1997, o Brasil está defasado em 13 anos (GUTIÉRREZ, 2004). Estudos detalhados são necessários para analisar a viabilidade das instituições brasileiras em reservar parte do seu orçamento para a manutenção da infraestrutura física e tecnológica, uma vez que são conhecidas na literatura as deficiências no financiamento da saúde nacional. Por outro lado, o descumprimento das disposições contidas na resolução da Anvisa constitui uma infração sanitária. Verificou-se que não há relatos sobre a percepção por parte da Anvisa ou do MS para que esses estabelecimentos repassem dados do seu parque de equipamentos para um sistema de ‘gestão’ nacional ou mesmo para o CNES. Tal fato demonstra a desarticulação entre os órgãos e áreas internas do MS em relação às ações referentes aos EMH instalados no SUS.

Exceto o CNES, não existem sistemas informatizados que avaliem a situação do parque de equipamentos instalados no SUS. Moçambique era afetado pela falta da cultura de manutenção, de recursos escassos (físicos e materiais), falta de especialistas, processos de doação e uso de tecnologias inapropriadas. Ante esse cenário, um Sistema de Informação (SI) foi implantado para a obtenção de indicadores relacionados ao inventário e manutenção (exceto a preventiva) dos equipamentos instalados naquele país (SUMALGY, 2004).

Ao contrário do sistema canadense, em que a terceirização da gestão de EMH não é comum (GENTLES, 2004), no Doc. 4 foram citadas as condições para a adoção dessa medida. De acordo com o Art.7, a “terceirização do serviço pode ser realizada desde que não haja nenhum impedimento legal, devendo a terceirização obrigatoriamente ser feita mediante contrato formal” (BRASIL, 2010B), mas, isso “não isenta o EAS contratante da responsabilização perante a autoridade sanitária” (BRASIL, 2010B). Nesse caso, o controle deve ser mais rígido devido a conflitos de interesse existentes nessa área. A manutenção de equipamentos de DIM geralmente é

realizada pelo fabricante e envolve contrato de manutenção periódica do equipamento. Esse é outro ponto que pode ser explorado em trabalhos futuros: quanto se gasta com contratos desse tipo no SUS?

A Rebrats foi um ganho para o SUS, mas os trabalhos envolvendo a avaliação de EMH ainda são escassos. Suas atividades são direcionadas para a avaliação e o monitoramento de novas tecnologias a serem introduzidas no SUS, principalmente medicamentos.

Identificou-se nos documentos analisados que somente a CGSH realiza gestão de equipamentos, no âmbito do MS. Ao criar uma área para GE, a CSGH desenvolveu várias atividades junto aos gestores dos hemocentros (oficinas de treinamento, desenvolvimento de *software* de gestão de equipamentos, entre outros). Tal medida, além de permitir um controle detalhado da situação atual do parque instalado na Hemorrede, garante o planejamento e a aplicação de políticas efetivas na área de hemoderivados. De acordo com Doc. 8, os gestores da Hemorrede foram capacitados para gerir tecnologias e operar o sistema informatizado HemoSige. Acredita-se que o tamanho do parque tecnológico da Hemorrede tenha favorecido o desenvolvimento dessas atividades.

A publicação Doc. 9 relatou que está atendendo a PNGTS e tem como finalidade incentivar o desenvolvimento de atividades de gestão de EMH no âmbito dos SUS. Nessa publicação, o SomaSUS e a RDC n.º 2/2010 são considerados. O documento ainda evidencia as considerações a serem feitas na aquisição de EMH (infraestrutura, manutenção, recursos humanos etc.). Isso demonstra que o MS vem buscando desenvolver ferramentas para auxiliar os gestores na área de EMH.

O quantitativo de EMH de DIM neste estudo teve como objetivo conhecer o tamanho do desafio a ser enfrentado pelos gestores no MS, pois, conforme relatado na PNGTS, é responsabilidade desse ministério desenvolver ações para o monitoramento das

tecnologias — entre elas, EMH — do SUS. Os dados demonstraram que o País possui cerca de 15 mil equipamentos de DIM instalados no SUS, sendo que estão sob responsabilidade da instituição receptora (municipal, estadual ou federal).

O SUS herdou uma estrutura física e tecnológica sucateada do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Segundo a Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, que extinguiu o Inamps, os bens imóveis e o acervo físico, documental e material integrantes do seu patrimônio deveriam ser inventariados e incorporados ao patrimônio da União dentro de 180 dias (BRASIL, 1993). Esses bens ficaram sob a responsabilidade do MS e poderiam ser doados ou cedidos a municípios, estados e Distrito Federal para utilização em hospitais e postos de assistência à saúde, desde que especificados os destinatários e sua utilização. Nesse contexto, o MS implantou vários programas para readequar a infraestrutura tecnológica do SUS, principalmente na área de média e alta complexidade, como o ReforSUS (BRASIL, 1993).

Toscas (2013) relatou que os equipamentos de maiores valores modais financiados pelo MS são do grupo DIM, tais como: Ressonância Magnética (RM), Tomógrafo Computadorizado (TC), Arco Cirúrgico (AC) e os Mamógrafos (Analgógicos e Digitais) (MA). Esse mesmo estudo apontou um aumento significativo do investimento do MS em EMH ao longo dos anos: 150% no período de 2010 a 2011 e 80% no período de 2011 a 2012.

O mamógrafo digital é o equipamento com maior quantitativo em relação à área privada. Uma hipótese para tal fato foi a implantação da Política Nacional de Redução do Câncer de Mama (Decreto n.º 7.508, de 28 de junho 2011). Embora os equipamentos de RM, TC e MA sejam aqueles mais solicitados pelas instituições (TOSCAS, 2013), a quantidade instalada na rede pública ainda é muito inferior à privada (*gráfico 1*).

Gutierrez (2009) analisou a oferta de TC para o tratamento do Acidente Vascular Cerebral Agudo (AVC) no Brasil. Os resultados apontaram uma forte presença da esfera privada com 87,4% dos tomógrafos existentes no País e 73,4% dos tomógrafos disponíveis ao SUS, além da alocação de equipamentos pouco equitativa e a concentração de TC nos municípios mais populosos e de melhor situação socioeconômica.

Em 2005, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou um estudo sobre o parque de equipamentos brasileiro. De acordo com a pesquisa, o País tinha 39.254 equipamentos, um aumento de 20% com relação ao ano anterior (ANDREAZZI, 2009). Os equipamentos de Raios X apresentavam 45% do total de equipamentos e aqueles que apresentaram maior variação no período analisado foram: ressonância magnética (93%); mamógrafo com comando simples (71%); ultrassom *doppler* colorido (58%); e Raios X para Hemodinâmica (51%). Ainda se observou uma maior variação do quantitativo da rede pública em relação à privada, resultado do Projeto ReforSUS, que teve um papel importante na alocação de EMH no SUS (BRASIL, 2010). Embora o MS tenha investido na rede pública, a rede privada apresentou um maior quantitativo nesse mesmo período (*gráfico 1*). Além disso, a rede privada investe em infraestrutura e recursos humanos para gerir o seu patrimônio, uma vez que um equipamento sem funcionamento acarreta prejuízos financeiros para a instituição.

Outro ponto relevante que deve ser revisto pelo MS é a limitação do CNES. Esse banco de dados apresenta somente alguns equipamentos financiados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), de um total de aproximadamente 840 itens. O único grupo de equipamentos completo é o DIM, com 17 tipos de equipamentos cadastrados, talvez devido ao alto custo do investimento (equipamento, infraestrutura física e recursos humanos). Recentemente, o equipamento tomógrafo computadorizado com tecnologia de

emissão de pósitrons (PET-CT) foi inserido no CNES, constando 18 equipamentos cadastrados, estando 13 equipamentos disponíveis ao SUS. Sabe-se que esse número é superior ao informado no CNES, mas, conforme relatado, essa informação depende do gestor.

Segundo com Gomez (2004), no Equador, as informações sobre inventários econômico e técnico dos equipamentos instalados eram insuficientes e os hospitais não tinham acesso à internet. O País redefiniu as ações e implantou um modelo semelhante ao utilizado pelo Canadá. Na Estônia, o inventário de equipamentos foi reorganizado, padronizado e centralizado no sistema nacional de saúde, permitindo uma série de mudanças regulatórias e legislativas (AID; GOLUBJATNIKOV, 2004).

Conclusão

Conclui-se, com base na documentação analisada, que o MS não dispõe de um sistema informatizado ou ferramenta para gerir os

EMH do SUS, exceto para as instituições da Hemorrede. As ações dos órgãos ligados ao MS desenvolvem ações desarticuladas, por exemplo, a ferramenta CNES não foi citada na maioria das publicações.

Embora haja um investimento crescente para a adequação tecnológica dos SUS, a falta de um sistema de gestão eficiente desse patrimônio afeta o desenvolvimento das políticas de saúde. Notícias na mídia sobre equipamentos não instalados devido à infraestrutura inadequada são frequentes e afetam diretamente o acesso do paciente aos serviços do SUS.

Medidas que reforcem a responsabilização dos gestores poderiam levar à maior preocupação com a necessidade de planejamento das ações e com o desperdício de recursos públicos. O aperfeiçoamento dos processos de alocação de recursos tecnológicos que considerem a importância da redução das desigualdades geográficas e sociais é condição necessária para a obtenção da equidade implícita na legislação brasileira, no que se refere ao setor saúde. ■

Referências

AID, S., GOLUBJATNIKOV, O. Clinical Engineering in Estonia. In: DYRO, J. (Org.). *The Clinical Engineering Handbook*. New York: Elsevier, 2004, p. 80-81.

ANDREAZZI, M. A. R.; ANDREAZZI, M. F. S. Escassez e fartura: distribuição da oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_esca.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2014.

APARELHOS DE ÚLTIMA GERAÇÃO estão encaixotados no hospital da UFRJ. 2013. Disponível em: <[http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/10/aparelhos-de-ultima-geracao-estao-encaixotados-no-](http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/10/aparelhos-de-ultima-geracao-estao-encaixotados-no-hospital-da-ufrj.html)

[hospital-da-ufrj.html](http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/10/aparelhos-de-ultima-geracao-estao-encaixotados-no-hospital-da-ufrj.html)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 27 jul. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União* 2002, 13 jun. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.481, de 2 de outubro de 2007 – Institui o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde – SOMASUS. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2 out. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2481_02_10_2007.html>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.915, de 12 de dezembro de 2011 – Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 12 dez. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 263, de 18 de fevereiro de 2011 – Institui Grupo de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia Públicos, visando à elaboração de propostas e pactuação de ações nas áreas de Gestão de Equipamentos nos Serviços de Hemoterapia e Hematologia Públicos. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 18 fev. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0263_18_02_2011.html>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria. Portaria MS nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005 – Instituiu comissão interinstitucional para elaboração da Política de Gestão de Tecnologias em Saúde, sob coordenação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 dez. 2005. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2510_2005.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de gestão SAS quadriênio 1998-2001*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002, 220 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cursos de Especialização em infraestrutura física de serviços de saúde: engenharia clínica, técnico em manutenção de equipamentos, artífices em manutenção de equipamentos, física médica e arquitetura de*

sistemas de saúde. Brasília, DF: Mimeo, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada. *Guia para elaboração do Plano de gestão de equipamentos para serviços de Hematologia e Hemoterapia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/elaboracao_plano_gestao Equipamentos_Servicos_Hematologia_Hemoterapia>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa de equipamentos odonto-médico-hospitalares – PROEQUIPO*. Brasília, DF: Mimeo, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_estudos.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2015.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde. SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. (Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato, v.1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_arquitetonica_somasus_v1.pdf> Acesso em: 16 abr. 2015.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde. SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

(Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde, v. 2). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/soma_sus_sistema_apoio_elaboracao_vol2.pdf> Acesso em: 18 abr. 2015.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde. SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. (Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde, v. 3). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/soma_sus_sistema_apoio_elaboracao_vol3.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada nº 2, de 25 de janeiro de 2010 - Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 25 jan. 2010b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saude-legis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html>. Acesso em: 16 abr. 2013.

CALIL, S. J. Análise do Setor de Saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares. In: NEGRI, B.; Di Giovanni, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Unicamp, 2001, p. 91-122.

GALVAN, P. Clinical Engineering in Paraguay. In: DYRO, J. (Org.). *The Clinical Engineering Handbook*. New York: Elsevier, 2004, p. 84-86.

GENTLES, W. M. Clinical Engineering in Canada. In: DYRO, J. (Org.). *The Clinical Engineering Handbook*. New York: Elsevier, 2004, p. 62-64.

GOMES, J. Clinical Engineering in Equador. In: DYRO, J. (Org.). *The Clinical Engineering Handbook*. New York: Elsevier, 2004, p. 93-95.

GUIMARÃES, J. M. C.; GONDIM, G. M. de M. *O papel da politécnica na formação profissional de técnicos de*

nível médio envolvidos na área de manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) [internet], 2008. Disponível em: <http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Anais_2010/Artigos/GT3/O_PAPEL_DA_POLITECNIA.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

GUTIÉRREZ, J. E. V. Clinical Engineering in Colombia. In: DYRO, J. (Org.). *The Clinical Engineering Handbook*. New York: Elsevier, 2004, p. 72-77.

GUTIERREZ, M. S. *A oferta de tomógrafo computadorizado para o tratamento do acidente vascular cerebral agudo, no Brasil, sob o ponto de vista das desigualdades geográficas e sociais*. 2009. 61f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 167 p.

TOSCAS, F. S. *Estudo dos equipamentos médico-hospitalares e materiais permanentes financiáveis pelo SUS nos anos de 2010, 2011 e 2012 através do sistema de pagamento fundo a fundo e GESCON*. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Engenharia Biomédica) – Faculdade Gama, Distrito Federal, DF, 2013.

SUMALGY, E. N.; SUMALGY, M. Clinical Engineering in Mozambique. In: DYRO, J. (Org.). *The Clinical Engineering Handbook*. New York: Elsevier, 2004, p. 93-96.

Recebido para publicação em junho de 2014
Versão final em abril de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro

About the reception: discourse and practice in the Basic Health Units in the city of Rio de Janeiro

Tarciso Feijó da Silva¹, Valéria Ferreira Romano²

RESUMO Este artigo propõe uma análise do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde, no município do Rio de Janeiro, que com a utilização de técnicas de observação sistemática e entrevista semiestruturada construiu sentidos sobre esse acolhimento. No dito, os profissionais o consideram como tecnologia para ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. No entanto, na prática constroem peregrinação de usuários em busca do cuidado e frágil trabalho em equipe no desenho do acolhimento proposto. Percebeu-se dificuldade de incorporar na prática os conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado, associada à postura e ao envolvimento dos profissionais com o acolhimento.

PALAVRAS-CHAVE Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *This article intends to do an analysis about the reception in Basic Health Units in the city of Rio de Janeiro, which by the means of techniques of systematic observation and semi-structured interview, built senses about the reception. Then, professionals consider reception as a technology for the increasing of the listening and the decreasing of the fragmentation of the cared one. However, in practice they build pilgrimage for the users in the pursuit of care and fragile teamwork to go along with the proposed reception. It was noticed difficulty in incorporating in practice the concepts practice of longitudinality and coordination of the care, associated to the posture and involvement of professionals with the reception.*

KEYWORDS *User embracement; Primary Health Care; Family Health Strategy.*

¹Prefeitura do Rio de Janeiro, Estratégia Saúde da Família - Rio de Janeiro, Brasil. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Policlínica Piquet Carneiro - Rio de Janeiro, Brasil.
tarcisofejoo@yahoo.com.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina de Família e Comunidade - Rio de Janeiro, Brasil.
valromano@uol.com.br

Introdução

O acolhimento evoca um sentido de urgente atualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), na qual assume uma postura polissêmica, uma vez que agrega múltiplos discursos e práticas na saúde. Abordando alguns desses sentidos, observa-se que ele pode ser entendido tanto como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, assumindo conexões que acionam as tecnologias leves (MERHY *ET AL.*, 1997), como também pode assumir um lugar de aplicação de diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular a integralidade, a universalidade e a equidade (PINHEIRO, 2001).

Quase que intuitivamente, o acolhimento proporciona em nós uma representação que reporta para compreendê-lo como um momento de encontro mediado pela escuta e pelo vínculo, o que aciona um sentido de disponibilidade de tempo e compromisso para a sua realização. No entanto, considerando o processo de trabalho na atenção primária, Silva *et al.* (2005) percebem o uso do acolhimento como uma estratégia para atendimento à demanda espontânea; enquanto Guisardi e Fracolli (2005) o abordam como um instrumento para mudanças nesse mesmo processo. Não estamos aqui defendendo a ideia de que trabalhar com demanda espontânea implica em não se disponibilizar a oferecer tempo e compromisso na escuta, mas, pelo contrário, provocamos o leitor a pensar sobre o acolhimento considerando-o como possibilidades, seja no atendimento agendado, seja na demanda espontânea de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, alguns autores, como Poli e Norman (2006), o assumem como um arranjo institucional de difícil execução, já que se propõe a trabalhar a demanda espontânea, a ampliação do acesso e a concretização da missão institucional da APS como principal porta de entrada do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) recomenda não só a estruturação de um serviço de saúde organizado para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de minorar danos e sofrimentos, como também se responsabilizar pela resposta ao usuário, ainda que ofertada para outros pontos de atenção da rede. Assim, relacionamos o acolhimento com gestão do cuidado e processo de trabalho, entendendo-o como múltiplo e singular em sua dimensão de produção da saúde.

Dessa forma, o entendemos não apenas como uma forma humanizada, comprometida e respeitosa e lidar com a relação profissional-usuário (BRASIL, 2008), mas também como um recurso de garantia do acesso aos serviços disponíveis para atendimento às necessidades de saúde da população (FRANCO *ET AL.*, 1999). Nessa perspectiva, acesso e acolhimento articulam-se valorizando o cuidado como central no processo de trabalho na APS; mas de que cuidado estamos falando? Segundo Boff (1999):

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 1999, P. 3).

O modelo de formação em saúde aciona menos o sentido de cuidado e mais o sentido de cura, focando em uma abordagem biológica como resposta absoluta e secundarizando a subjetividade como estrutural. A necessidade de orientação do processo de trabalho pelas relações que são estabelecidas durante o encontro entre profissionais e usuários poderia ser potencializada se mediada por uma escuta, que permite acionar as necessidades do usuário e construir vínculos (BRASIL, 2005).

O acolhimento, nesse contexto, deveria ser comum a todos os profissionais na atenção primária. Franco (1999), nos convida a olhar o momento acolhimento:

Olhando esses momentos - pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde - são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. (FRANCO, 1999, P. 1).

Se a capacidade resolutiva está diretamente relacionada ao acolhimento realizado e ao compromisso dos profissionais, ele pode ser pensado como um instrumento de trabalho que oportuniza a produção do cuidado (FRACOLLI ET AL., 2003). Pensado dessa forma, entender a dinâmica de funcionamento de uma unidade de saúde na atenção primária, contribuiria para compreender a regulação dos fluxos e das linhas de cuidado, ajudaria a realizar um diagnóstico e levantamento das principais demandas de atendimento e, ainda, permitiria um direcionamento do usuário pela rede de atenção em saúde, visando à integralidade do cuidado.

Recentemente, têm sido discutidos diversos modos de se organizar os serviços de saúde, assim como de que forma o cuidado em saúde pode ser operacionalizado. Normativas de práticas de produção do cuidado em saúde têm sido projetadas com o objetivo de atender a diferentes demandas (BRASIL, 2004).

O que percebemos é a prevalência da singularidade do cuidado, na medida em que na prática dos serviços os problemas de saúde, por mais que sejam semelhantes, tendem a ter diferentes repercussões, considerando os modos de viver, de agir e as condições socioeconômicas de cada usuário. A APS, como porta de entrada preferencial, precisa, para responder a cada uma dessas demandas, desenvolver mecanismos de escuta, pautada em critérios de vulnerabilidade e necessidade.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual estabeleceu parâmetros para cada ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando atendimento das necessidades dos usuários. Como parâmetro para a atenção primária, a PNH (BRASIL, 2004) definiu:

Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. (BRASIL, 2004, P. 13).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), concluiu que o acolhimento tem a capacidade de medir as expectativas dos cidadãos em relação à forma como gostariam de ser tratados pelos sistemas de serviços de saúde. De acordo com a publicação, podemos avaliar o acolhimento considerando: respeito pela dignidade das pessoas; confidencialidade, ou seja, direito de decidir quem pode ter acesso às informações sobre o seu estado de saúde; autonomia para participar de escolhas relativas à sua própria saúde; direito a uma atenção pronta; direito a serviços de saúde adequados; liberdade de escolha do prestador dos serviços de saúde; direito a receber serviços de saúde providos de forma segura, de modo a evitar procedimentos médicos impróprios e acesso a redes

de proteção social, como amigos e famílias, pelas pessoas que estão sendo acolhidas pelo sistema de serviços de saúde.

Considerando o exposto – e fruto de uma dissertação de Mestrado em Atenção Primária com Ênfase na Estratégia Saúde da Família, realizado na Fiocruz – este artigo pretende analisar dinâmicas de acolhimento observadas em duas UBS, no município do Rio de Janeiro.

Metodologia

Este artigo apresenta o resultado de uma pesquisa de campo, de base qualitativa, que realizou um estudo descritivo e exploratório em duas UBS no município do Rio de Janeiro: uma Clínica da Família (CF) e um Centro Municipal de Saúde (CMS), entre os meses de julho e agosto de 2013; sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz sob o nº 182.519 e recebido anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Nesse município, segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMSDC, 2011), as UBS são divididas de acordo com o perfil de atendimento, sendo assim classificadas: Módulo A: Clínica da Família, seguindo o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família; Módulo B: Centro Municipal de Saúde, seguindo o processo de trabalho dos tradicionais Postos de Saúde, com presença de especialistas.

A pergunta que motivou o estudo foi: como vem sendo realizado o acolhimento nas UBS no município do Rio de Janeiro, considerando a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica e a Carteira de Serviços do município?

Os sujeitos da pesquisa foram, portanto, os próprios trabalhadores da saúde, em um universo de 22 profissionais pesquisados, a saber: médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de higiene dental, Agente de Vigilância em Saúde (AVS),

Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar de portaria, auxiliar de serviços gerais, um profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) e o gerente de ambas as unidades. Foram realizadas 11 entrevistas por unidade de acordo com as categorias apresentadas.

Os critérios de inclusão para escolha dos profissionais foram aplicados nas duas UBS pesquisadas, a saber: tempo de atuação na atenção primária, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF); possuir especialização na área da atenção primária, quando profissional médico, enfermeiro e dentista, e outros cursos específicos relacionados à atenção primária ou saúde da família, quando profissionais de nível médio.

A pesquisa foi realizada de acordo com as seguintes fases: estudo bibliográfico (MINAYO, 2007), observação sistemática (BECKER, 1997) e entrevista semiestruturada (MINAYO, 2007). O estudo bibliográfico consistiu de uma pesquisa na base de dados utilizando os descritores: acolhimento, atenção primária e ESF, nos atualizando sobre como o acolhimento tem sido utilizado na ESF de maneira sistemática e nem sempre adequada a sua proposta original de produzir escuta qualificada.

A observação sistemática foi realizada como apoio às entrevistas e permitiu identificar a configuração do acolhimento nas unidades, apontando fragilidades no processo de trabalho, o que será melhor explorado adiante. Foram realizados dois turnos de observação sistemática em cada unidade, com um roteiro predefinido, perfazendo um total de 20 horas de observação.

A entrevista semiestruturada foi realizada para identificar os diversos significados das falas dos profissionais das diferentes categorias no que tange ao acolhimento e suas implicações para a atenção primária. Além disso, possibilitou identificar a compreensão por parte dos profissionais sobre a importância do acolhimento para a organização do processo de trabalho nas unidades. Um roteiro previamente elaborado, com os

mesmos dados utilizados posteriormente na pesquisa, conduziu as entrevistas, e uma entrevista piloto foi realizada, o que permitiu avaliar a viabilidade dos instrumentos de pesquisa.

À análise do diário de campo, registro da observação sistemática, foi realizado contrapondo as informações coletadas com as informações dos documentos oficiais, e esse exercício de reflexão nos trouxe amadurecimento sobre o tema. Assim, para a análise das entrevistas, utilizamos Bardin (1977) como referência quando realizamos uma leitura flutuante, e identificamos termos específicos que respondiam à questão e ao objetivo do estudo. Esses termos foram agrupados em três categorias analíticas: o acolhimento na visão dos profissionais, implicação dos profissionais com o acolhimento proposto e importância do acolhimento para o processo de trabalho das unidades. A análise dessas categorias permitiu identificar o envolvimento dos profissionais com o acolhimento proposto, conceitos relacionados ao acolhimento e sua relevância para o processo de trabalho.

A maioria dos entrevistados possuía mais de um ano de atuação em ambas as unidades, não possuíam formação específica em saúde da família, embora tivessem especialização em áreas relacionadas à saúde pública, e cumpriam carga horária semanal de 40 horas, à exceção de alguns entrevistados, que possuíam especialização ou residência em saúde da família (gerentes das duas unidades, um profissional médico da CF, um enfermeiro do CMS e um profissional do Nasf do CMS).

No que concerne ao regime de contratação, na CF apenas o AVS era estatutário, e todos os outros trabalhavam em regime de contrato CLT (Consolidação das Leis do Trabalho); já no CMS, havia profissionais com distintos vínculos de trabalho.

O curso introdutório – requisito para atuação na ESF – foi realizado por todos os profissionais que atuavam na ESF; enquanto no CMS, somente os profissionais celetistas

que atuavam na ESF haviam realizado o introdutório.

Resultados e discussão

A exposição da trajetória: potências e fragilidades

O contato inicial com o campo e com os profissionais, em um primeiro momento, foi realizado sem a identificação prévia do pesquisador, que permaneceu no local pesquisado como observador atento, permitindo realizar escuta, vislumbrar posturas e o manejo dos profissionais durante o atendimento. Assim, o pesquisador pôde identificar um padrão de solidariedade entre os profissionais, gerando potência no processo de trabalho, permeado por momentos de fragilidade. Ou seja, o pesquisador percebeu, nas duas unidades pesquisadas e sem grandes diferenças entre si, uma atitude geral de apoio e tentativa de resolubilidade dos problemas trazidos pelos usuários, apesar de também ter observado atitudes contrárias a estas, sinalizando que nem todos os profissionais e nem todos os serviços de saúde promovem um cuidado esperado.

A competência individual de cada profissional dentro das unidades e a implicação do coletivo com o processo de trabalho não foi uniforme, uma vez que em muitos momentos a desinformação dos profissionais, a falta de espaços de fala e de escuta entre trabalhadores e usuários, contribuiriam para a perpetuação de um cuidado descuidado.

Observou-se que os usuários desconheciam o trabalho em equipe desenvolvido na ESF, e poucos valorizavam as práticas de cuidado, priorizando a busca pelo ‘exame e o medicamento’ nas unidades de saúde. Por outro lado, os trabalhadores tinham dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho e muitas vezes não reconheciam as unidades como espaço de exercício da

micropolítica das relações, distanciando-se da possibilidade de produzir mudanças (ANDRADE ET AL., 2007).

Quando o pesquisador se identificou para os profissionais, eles se empenharam em ofertar possibilidade de compreensão sobre o envolvimento e entendimento da importância do acolhimento para a organização do processo de trabalho nas unidades, gerando como consequência, um reconhecimento dos serviços e fluxos de acolhimento adotados.

Nas duas unidades, de acordo com o modelo de atenção e a estrutura física, existiam fluxos que direcionavam o acesso aos serviços. Foi possível identificar similaridades relacionadas à postura e ao comportamento dos profissionais e usuários de acordo com a demanda de atendimento.

Descrevendo o acolhimento

O acolhimento era realizado na entrada das unidades, nos corredores e em salas específicas, onde um profissional avaliava a necessidade imediata ou não de atendimento. Havia escala de revezamento para determinado grupo de profissionais que assumiam a responsabilidade por receber e direcionar os usuários dentro das unidades, sendo possível observar quem trabalhava e como trabalhavam os profissionais nessas unidades, bem como que condições de trabalho tinham.

O acolhimento nas duas unidades observadas estava organizado para possibilitar a escuta dos motivos que levavam o indivíduo a procurar o serviço de saúde naquele momento. No entanto, os usuários chegavam solicitando que seus problemas de saúde fossem resolvidos sempre de imediato, evidenciando rotas de fuga ao instituído, em que os usuários demonstravam que a dinâmica do serviço não fazia parte dos seus saberes, ou necessidades. Gerar movimentos que tornem os profissionais conhecedores dessa visão e reconstruir, de forma dialógica, a concepção com os usuários fazendo parte do processo de acolhimento nos parece ser

uma saída fundamental (MACEDO ET AL., 2011).

Atravessando o olhar

Certamente, uma das limitações da pesquisa geradora deste artigo, apoia a ideia de que talvez tivéssemos que analisar as duas UBS em separado, considerando que possuem trajetórias e tempos de existência diversos. No entanto, como a coexistência de modelos foi uma estratégia utilizada no município do Rio de Janeiro para a expansão da APS, achamos fundamental observar e registrar tal realidade, mesmo que parecesse aparentemente ambígua.

Assim, foi possível observar um processo relacional denso e ruídos na comunicação entre os profissionais do CMS, uma vez que havia dificuldade de integração entre eles, gerando uma gestão pouco compartilhada. Tais fatores, aparentemente, produziam certa insatisfação entre os profissionais estatutários que não possuíam entendimento claro sobre o processo de trabalho relacionado à atuação dos profissionais celetistas na ESF.

Em contrapartida, os profissionais celetistas pareciam sentir-se sobrecarregados e desmotivados e cobravam maior envolvimento dos profissionais estatutários da unidade no processo de trabalho.

Na CF, a postura do AVS – estatutário que atuava junto à ESF com atribuição de identificar e desenvolver ações específicas para a diminuição de focos que poderiam contribuir para aparecimento de doenças endêmicas – era de pouco envolvimento com outras questões que não estivessem relacionadas à sua função específica, sugerindo manutenção da fragmentação do processo de trabalho.

Nas duas unidades, os profissionais auxiliares de portaria e auxiliar de serviços gerais contribuía para a regulação do acesso direcionado os usuários, uma vez que era fácil encontrá-los na entrada e corredores. Muitas vezes, observamos a atuação desses

profissionais mediando a ‘primeira escuta’ aos usuários, fazendo supor que, em um serviço de saúde todos os profissionais fazem clínica, não no sentido médico, mas de envolvimento intenso com as questões trazidas pelos usuários.

Todos os ACS possuíam alguma identificação – ou estavam uniformizados, ou com crachá institucional – permaneciam na porta de entrada ou na recepção das unidades e atuavam como facilitadores do acesso, organizando a porta de entrada, evitando acúmulo de usuários e fila de espera para atendimento. Na recepção, recebiam os usuários de acordo com a sua equipe de referência. Nas falas dos profissionais durante as entrevistas, o facilitador do acesso foi identificado como ‘posso ajudar’.

Entre as atividades desenvolvidas pelos ACS, foi possível observar: escuta, identificação da demanda, direcionamento para setores específicos, visando a realização de algum procedimento, e encaminhamento para sala da unidade específica, onde o enfermeiro realizava avaliação de risco dos usuários egressos por demanda espontânea.

A exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco (BRASIL, 2012) utilizados nos serviços de urgência, as situações não agudas e os três tipos de atendimento de situações agudas ou crônicas agudizadas, para fins de visualização e comunicação, eram representadas por cores e orientavam os enfermeiros, possibilitando a classificação de risco na atenção primária. A utilização de um espaço específico para atendimento da demanda espontânea com a classificação de risco descrita contribuía para a organização do processo de trabalho nas unidades, uma vez que havia um fluxo predeterminado para esse tipo de demanda.

Foi possível observar, e nos parece importante destacar, que a maior parte da demanda que as unidades absorviam não apresentava quadro agudizado e buscava o atendimento por necessidade de acompanhamento, agendamentos prévios ou referenciadas de outros pontos da rede.

As falas: acolhimento prescrito e acolhimento real

Na análise das entrevistas, buscou-se identificar os diversos sentidos atribuídos ao acolhimento pelos profissionais, a implicação destes com o processo de acolher e a sua compreensão sobre a importância do acolhimento para o processo de trabalho das unidades. Assim, ele foi apontado como dispositivo para atendimento da demanda espontânea e garantia de acesso dos usuários aos serviços. O acolhimento foi relatado como organizador da porta de entrada na atenção primária, permitindo melhor direcionamento para os serviços que a unidade disponibiliza, assim como para outros pontos de atenção da rede; além de parecer possuir grande capacidade resolutiva quando atrelado a uma escuta qualificada.

Vejamos as falas abaixo:

Uma das coisas mais importantes do acolhimento é poder direcionar aquele paciente atendendo a sua demanda. Eu acho que pode contribuir muito para organização dessa maneira informando bem, evitando que o paciente tenha que ir aos diversos setores com a mesma pergunta tendo respostas diferentes. (NASF).

Bem, o acolhimento é a entrada do paciente na nossa unidade. É a partir dali que a gente vai direcionar essa clientela para o atendimento de acordo com a necessidade dele. (ENF).

A partir do acolhimento nós podemos realizar uma escuta qualificada procurando ver a real necessidade do usuário que chega até a unidade de saúde. A partir dessa escuta qualificada a gente também vai estar orientando o usuário para qual profissional ele vai ser assistido. (GERENTE).

APNAB (BRASIL, 2012) estabelece que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da

população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. O profissional médico reconhece a importância do exposto na seguinte fala:

[...] ao ajudar na organização de todo o sistema de saúde dentro dessa nova lógica de promoção da saúde, prevenção de doenças e de educação em saúde, não esquecendo a parte curativa. (MED).

Entender o acolhimento dentro dessa lógica de promoção e prevenção da saúde, não esquecendo a parte curativa, exige envolvimento dos profissionais e entendimento da necessidade de longitudinalidade do cuidado. Para isso, ele deve se iniciar desde a recepção, que é a porta de entrada da unidade, mas não deve ser reduzido a ela, pois como diretriz clínica se destina à organização do serviço e do processo de trabalho, na garantia do acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado (SMSDC, 2011). *“O acolhimento é uma grande ferramenta aonde a gente pode através dele direcionar, organizar e planejar. Porque ele também nos traz um diagnóstico” (GERENTE).*

Um acolhimento bem feito direciona o cadastro dentro da unidade. Ele entende como é que a unidade funciona e não fica perdido. Entende o fluxo da unidade. Porque às vezes a pessoa vem querendo procurar informação, não sabe como é que funciona a clínica da família, como é que é a clínica da família. Não sabe onde é o curativo, a vacina. Se ele tiver esse direcionamento, esse acolhimento ele consegue se mobilizar. (NASF).

Se acolher implica singularizar – entender a demanda ou necessidade do usuário como algo individual – envolver-se com o processo, com o trabalho proposto, parece ser uma evidente necessidade; principalmente quando associamos a capacidade resolutiva

do acolhimento à capacidade de escuta do profissional e à sua capacidade de resolver ou de buscar respostas para as demandas encontradas.

Assim, ficou claro que o acolhimento dito foi, em algumas situações, diverso do praticado, já que nem sempre foi executado como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de dar respostas. No entanto, as falas dos profissionais parecem ser assertivas em relação aos sentidos amplos e simultaneamente ambíguos que atribuem:

O acolhimento é todo um processo que pode ser resolvido facilmente mais que por ser um fator que conta com o pessoal de cada um, com o caráter e a boa vontade, a personalidade de estar ali disposto a ajudar acaba virando um nó. (TÉC. ENF).

Se tiver um acolhimento organizado para todos os serviços da clínica. Se este processo estiver todo organizado o paciente não perde tempo ele não roda a clínica inteira para poder procurar quem é a pessoa certa, qual o local que ele tem que ir. (ADM).

A PNH (BRASIL, 2004) enfatiza que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de ‘abrigar e agasalhar’ outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada para cada caso.

Já a PNAB (BRASIL, 2012) atribui a todos os membros da equipe a participação no acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela

continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

Na prática, no entanto, percebeu-se através das entrevistas e observação realizadas uma sobrecarga de trabalho do profissional ACS que assume o papel de acolher os usuários na recepção da unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos e ações realizados e que ainda atua como facilitador do acesso, organizando a demanda de atendimento dos que procuram o serviço diariamente.

Os profissionais reiteravam nas unidades um acolhimento dependente de um espaço físico, o que fragilizava o cuidado, na medida, em que não se permitia criar construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (MACEDO ET AL., 2011).

“Tem sempre um agente de saúde e um posso ajudar atendendo. Eles é que entendem melhor este processo” (THD).

Nessa unidade aqui quem faz o acolhimento são os ACS. Eles que dão tanto informação para saúde da família como para o posto. Então a gente é obrigada a saber tudo. Saber como funciona o posto e saber como funciona a clínica da família. (ACS).

O acolhimento é complicado porque ninguém gosta de ficar no acolhimento bem na verdade. O posso ajudar então pior ainda. Mais dependendo do agente que ta ali esse paciente pode ser ouvido porque o acolhimento é isso é escuta. (NASF).

Eles passam pelas baias na recepção para o agente de saúde de referência da equipe. A princípio nós temos também um agente de saúde escalado diariamente no posso ajudar que a princípio faz a escuta ativa, identifica qual a necessidade desse indivíduo. (GERENTE).

As falas referidas pelos profissionais corroboram a identificação de um acolhimento centrado no ACS e com pouco envolvimento por parte dos outros profissionais.

A necessidade de contato com o profissional ACS para legitimização do acesso pode ser evidenciada através das entrevistas e da observação sistemática realizada. O papel que esse profissional desempenha na atenção primária, especificamente, no acolhimento, precisa ser repensado, uma vez que a investigação permitiu reconhecer neles algumas fragilidades, como pode-se observar através da transcrição da fala da ACS:

O acolhimento é escuta. Os ACS são os que mais acolhem os usuários na unidade. Também ficam lá na frente. Daí os usuários logo chegam e perguntam. Só acho que somos os menos preparados para isso. Tivemos um introdutório mais não foi suficiente. Olha quando entrei pra trabalhar aqui pensei que fosse ficar na rua, na casa das pessoas. Mais ficamos muito tempo aqui dentro. Daí as pessoas reclamam e com razão. No acolhimento tudo é muito difícil. Por exemplo, minha equipe está sem médico no momento. O paciente quer médico, quando chega e digo que não tem ele logo fica grosseiro e pergunta o que eu estou fazendo ali. O acolhimento funciona, a gente ta ali, atendendo o paciente quer orientação à gente dá, quando quer vacina, curativo a gente diz qual é a sala. Mas e quando ele quer médico? O que a gente faz? Se tivesse médico em todas as equipes, se todos fizessem tudo igualzinho, do mesmo jeito, se tivesse uma ordem acho que o acolhimento seria melhor. Às vezes eu falo uma coisa, quando chega dentro da sala vem o enfermeiro e o técnico de enfermagem e fala outra. Ai o paciente não dá crédito ao que falamos. (ACS).

As fragilidades apontadas pela ACS – “só acho que somos os menos preparados para isso”, “tivemos um introdutório mais não foi suficiente”, “ficamos muito tempo aqui dentro”, “às vezes eu falo uma coisa, quando chega dentro da sala vem o enfermeiro e o técnico de enfermagem e fala outra” e “acho que falta autonomia para gente” – precisavam ser sinalizadas, visto que expressam o reconhecimento por parte da profissional da necessidade de valorização e respeito

pelas atividades que desenvolvem. O que foi apontado pela ACS precisa ainda ser analisado, visando identificar que recursos esse profissional possui para atendimento das demandas pelas quais se torna responsável, considerando sua atuação e as responsabilidades que tem exercido na APS no município do Rio de Janeiro.

Conclusão

Este artigo aponta para algumas questões importantes que nos remetem a repensar o acolhimento e seu compromisso com o envolvimento e a coordenação do cuidado. Assim, ao propor uma análise sobre o acolhimento no contexto de duas UBS, no município do Rio de Janeiro, que estudadas com a utilização de técnicas de observação sistemática e entrevista semiestruturada, construiu sentidos sobre o acolhimento, advindos dos profissionais das unidades pesquisadas. Mais do que tudo, esta análise propôs também certa incorporação do que denominamos de ‘possibilidades’, ou seja, sem ser prescritivo ou propositivo, intencionamos, mais provocar e deixar perguntas do que ofertar respostas.

Retomando o argumento das possibilidades, uma delas foi a de compreender que, no dito, os profissionais consideraram o acolhimento como tecnologia para ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. No entanto, no realizado, na prática, no cotidiano do trabalho, ainda ofertaram peregrinação de usuários em busca do cuidado, excesso de atribuições para os ACS e frágil trabalho em equipe para respaldar o acolhimento proposto.

Revelaram-se, portanto, fragilidades relacionadas à conformação, postura, envolvimento e comprometimento dos profissionais, que ao demonstrarem certa dificuldade em incorporar os conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado, geraram, paradoxalmente, aumento da demanda e pouca resolubilidade.

Sendo assim, possibilidades outras, com potencial motivador, será que poderíamos supor uma reconstrução teórico-metodológica sobre a produção do cuidado, utilizando o acolhimento como referência?

Ainda como possibilidade assinalada, trouxemos o modo como cada profissional estava envolvido no processo de acolher e como vinha conduzindo a produção do cuidado, a partir do primeiro contato estabelecido com o usuário, o que nos permitiu inferir que o acolhimento poderia ser um dos principais meios para avaliação da satisfação dos usuários. Principalmente porque ao ser visto como uma importante ferramenta gerencial capaz de regular fluxos e contribuir para organização do processo de trabalho, possui um potencial transformador de práticas.

Considerando a dimensão relacional ocupada pelo acolhimento, vimos que o encontro entre o profissional e o usuário fundamenta a postura dos profissionais, trazendo como exemplo o profissional de nível superior, que pouco se envolveu com o acolhimento em si, fazendo-nos supor que quanto maior a grau de formação dos profissionais maior o seu distanciamento com o acolhimento.

Os ACS e os outros profissionais de nível médio entenderam sua responsabilidade em acolher e direcionar os usuários a partir do primeiro contato, o que ficou evidenciado através de suas falas e da observação realizada. Esses profissionais, quando não tinham capacidade técnica para responder as necessidades dos usuários, demonstravam interesse e empatia em buscar uma resposta.

Por sua vez, os profissionais de nível superior pouco estavam implicados com o acolhimento e assumiam a função de responder de forma pontual às demandas, salvo algumas exceções, quando consideramos o trabalho do enfermeiro na regulação do acolhimento.

A atuação do ACS no acolhimento foi outra possibilidade que mereceu destaque. Esse profissional, nas duas unidades

estudadas, foi considerado como o principal e primeiro contato do usuário com o serviço. Entretanto, o estudo permitiu observar também, entre outras questões, as limitações na atuação desse profissional e a sua desmotivação relacionada à sobrecarga de trabalho.

Destaque foi dado ao apoio institucional nesse processo. O envolvimento e a aproximação da gerência com as questões apontadas, reuniões específicas com o corpo técnico das unidades, reuniões periódicas com os ACS, participação nas reuniões de equipe e abertura de espaços de discussão nas reuniões gerais são estratégias que

poderiam contribuir para identificação de prioridades e corresponsabilização dos profissionais, já que no dito, o acolhimento foi visto como dispositivo capaz de contribuir para reorganização do processo de trabalho e reconstrução de práticas.

Entre possibilidades, o dito, o realizado e o teorizado, ficamos com as implicações que as falas nos proporcionaram e esperamos contribuir para o debate sobre como motivar, como criar sentidos, como mobilizar os trabalhadores da saúde a apostarem mais no cuidado e menos no descuido. Lutemos pelo SUS que desejamos! ■

Referências

ANDRADE, C. S. et al. Acolhimento: Uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 106-115, jul./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação

de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem. *Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70, 1977.

BECKER, H. S. M. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BOFF, L. *Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRACOLLI, L. A. et al. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 5 n. 2 p. 68-72, 2003.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GUISARDI, P. J.; FRACOLLI, L. A. Acolhimento e reorganização das práticas em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 23, 2005.

MACEDO, C. A. et al. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-62, jul./set. 2011.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO R.; (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 113-50.

MINAYO, M. C. *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Saúde. *Cuidados Primários em Saúde: agora mais que nunca*. Lisboa, 2008.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.).

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 65-112.

POLI, P.; NORMAN, A. H. Acolhimento e (des)medicalização: reflexões sobre essa prática em um Centro de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 8., Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. *Anais...* São Paulo: USP, 2006. p. 246.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária (SMSDC). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128 p.

SILVA, R. M. et al. O acolhimento no PSF: da proposta teórica para a operacionalização na prática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 245-246, 2005.

Recebido para publicação em outubro de 2014
Versão final em março de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde

Evaluability study of the Carioca Health Academy Program: challenges for health promotion

Monique Alves Padilha¹, Cátia Martins de Oliveira², Ana Cláudia Figueiró³

RESUMO Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados do estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde visando ampliar a compreensão sobre a intervenção e maximizar a utilidade da avaliação. Foram realizadas as seguintes etapas: análise documental, entrevista com informantes-chave, modelização da intervenção e formulação das perguntas avaliativas. A construção do Modelo Lógico do Programa permitiu descrever as dimensões e os componentes do programa, as ações estratégicas e os efeitos esperados com ênfase no acesso regular às práticas corporais e de atividade física, nos grupos de promoção da saúde e no fortalecimento da participação comunitária.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas; Promoção da saúde; Planos e programas de saúde.

ABSTRACT *This article aims to present the results of the evaluability study of the Carioca Health Academy Program in order to expand the comprehension about the intervention and to maximize the utility of the evaluation. The study was divided into the following steps: documental analyses, interviews with key informants, intervention modeling and elaboration of the evaluative questions. The construction of the Logic Model allowed to describe the dimensions and components of the program, the strategic actions and expected results with emphasis on the regular access to body practices and physical activities, on the health promotion groups and on the strengthening of community participation.*

KEYWORDS *Program evaluation; Health promotion; Health programs and plans.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro, Brasil.
monique.padilha@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro, Brasil.
Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo, Brasil.
catia@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro, Brasil.
anaclaudiafigueiro@gmail.com

Introdução

Atualmente, a maioria dos países em desenvolvimento está passando por importantes mudanças em seu perfil demográfico e epidemiológico, reflexo das transformações sociais e econômicas que vêm ocorrendo desde o último século. Se por um lado ainda persistem as doenças transmissíveis, por outro há uma forte carga de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), constituindo um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna (SCHMIDT *ET AL.*, 2011).

Em 2008, cerca de 63% das mortes por todas as causas no mundo foram atribuídas às DCNT, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que uma parcela expressiva ocorreu principalmente nos países de baixa ou média renda. Dentre os dez principais fatores de risco para as DCNT, o sedentarismo está em quarto lugar, atrás do tabagismo, da alimentação inadequada e do uso prejudicial de álcool, o que indica a importância do fortalecimento de políticas públicas com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHMIDT *ET AL.*, 2011; WHO, 2009). No Brasil essa situação é bastante preocupante, tendo em vista que em 2009 as DCNT representaram 72% da mortalidade geral e foram responsáveis nos últimos anos por cerca de 69% dos gastos com internações, gerando um alto custo para o sistema de saúde (FRAGA *ET AL.*, 2013; RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2011B).

Os padrões de atividade física começaram a ser estudados no Brasil mais recentemente e, desde 2006, sua prática tem sido monitorada pelo Vigitel, pesquisa por telefone realizada anualmente pelo Ministério da Saúde (SCHMIDT *ET AL.*, 2011). Dados produzidos por esse estudo indicaram que, em 2009, 16,4% dos adultos brasileiros eram sedentários — não faziam atividade física no tempo livre, durante deslocamentos ou em tarefas como limpeza da casa e trabalho pesado.

Dentre os múltiplos efeitos benéficos proporcionados pela atividade física regular, destacam-se: redução da gordura corporal em razão de um maior gasto calórico, aumento da sensibilidade das células à insulina, diminuição dos níveis de pressão sistólica e diastólica e fortalecimento do sistema imunológico (BRASIL, 2011B). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a prática de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, em cinco ou mais dias por semana.

Em decorrência do alcance global do sedentarismo, principalmente pelas consequências não só para a área de saúde, mas também para os setores econômicos, ambientais, culturais e sociais, o Ministério da Saúde elegeu essa área temática como prioritária, destacando a importância de uma atuação de forma interdisciplinar e intersectorial (KOHL, 2012).

A fim de investir no incentivo a práticas de atividade física, o Brasil tem conduzido diversas iniciativas guiado pelo principal marco de referência da promoção da saúde, a Carta de Ottawa, e pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde discutidos no mesmo ano na VIII Conferência Nacional de Saúde. Cerca de 10 anos depois, foi lançada uma das propostas pioneiras nessa direção denominada Programa Agita São Paulo tendo como objetivo aumentar a prática de atividade física e o conhecimento sobre ações de promoção da saúde pela população do Estado de São Paulo (HALLAL, 2009). Esse programa, apesar de reconhecido pela OMS como modelo para promoção da saúde, sofre alguns questionamentos relacionados a uma aparente culpabilização do sujeito ao determinar padrões de comportamento, entretanto não cabe neste estudo abordar detalhadamente essa questão (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Posteriormente, outros projetos foram surgindo com foco para além da prática de atividade física, ou seja, envolvendo outros hábitos e comportamentos de vida saudáveis. Na cidade de Curitiba há registros da

formulação de políticas públicas articulando promoção da saúde e atividade física com a reestruturação do espaço urbano, que resultaram em diversas ações e programas de sucesso como o Programa CuritibaAtiva, iniciado em 1998, e que tem resultados positivos até hoje (HALLAL, 2009).

A partir de 2000, projetos com essa perspectiva foram se expandindo para várias cidades do País, como em Recife que, em 2002, desenvolveu uma proposta com base comunitária, articulando a Estratégia Saúde da Família (ESF) com a área de saúde mental, denominada Programa Academia da Cidade (PAC). Já em 2005 foi a vez de Maringá, com a implantação do Projeto Maringá Mais Saudável, uma experiência de incentivo a atividade física semelhante a que ocorre há mais de 15 anos nas praças das cidades da China, país com tradição na prática de atividades corporais ao ar livre como prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2011A).

Em 2006, com a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde, os projetos de atividade física desenvolvidos no País foram alinhados às suas diretrizes, destacando-se aqui os projetos Pratique Saúde, no referido ano, e a campanha Time Mais Saúde, em 2008 (MALTA, 2009). Com o objetivo principal de fortalecer a promoção da saúde e a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, foi instituído em 2011 o Programa Academia da Saúde (PAS), por meio da Portaria Ministerial nº 719 (redefinida pela portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013), com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde a partir da produção de modos de vida saudáveis por meio da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

O PAS é constituído por espaços públicos que têm por objetivos configurarem-se como pontos de atenção da rede de assistência à saúde e estabelecerem-se como espaços de ressignificação de conhecimentos. Seus princípios são a participação popular e coletiva, interdisciplinaridade, integralidade,

intergeracionalidade e a territorialidade, tendo ainda como pressuposto ampliar o acesso da população às políticas de promoção da saúde e promover, junto às linhas de cuidado, atenção integral à população no território adscrito da ESF. A formulação do PAS é resultado de experiências exitosas de programas populacionais brasileiros de atividade física e, neste cenário, surgiram também as iniciativas de monitoramento e avaliação dessas intervenções, com destaque para o projeto de Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil (BRASIL, 2011A), conduzido pelo Ministério da Saúde em 2011.

No município do Rio de Janeiro, o PAS foi iniciado em 2009 com a denominação de Programa Academia Carioca da Saúde (Pacas) e em 2013 já estava presente em 172 Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo as Clínicas da Família (CF) (RIO DE JANEIRO, 2013). O Pacas trabalha de forma similar ao PAS e tem como perspectivas o aumento da prática regular de atividade física e da efetividade das ações de promoção da saúde na Atenção Básica, além do fortalecimento de ações intersetoriais e a capilarização de conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, sendo aberto à participação de todos, com prioridade à modalidade aparelho para pessoas idosas, portadoras de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, e excesso de peso (FRAGA ET AL., 2013).

Face aos benefícios que a atividade física proporciona na população e à projeção de expansão das Academias Carioca da Saúde (Acas) no município do Rio de Janeiro, torna-se fundamental acompanhar a sua implementação e subsidiar a gestão local quanto a estruturação e consolidação dessa estratégia no campo da promoção da saúde. Inserido nesse contexto, este artigo tem como finalidade apresentar os resultados de um estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos, visando ampliar a compreensão sobre o desenho da intervenção e favorecer a

utilização do processo avaliativo para melhoria do programa.

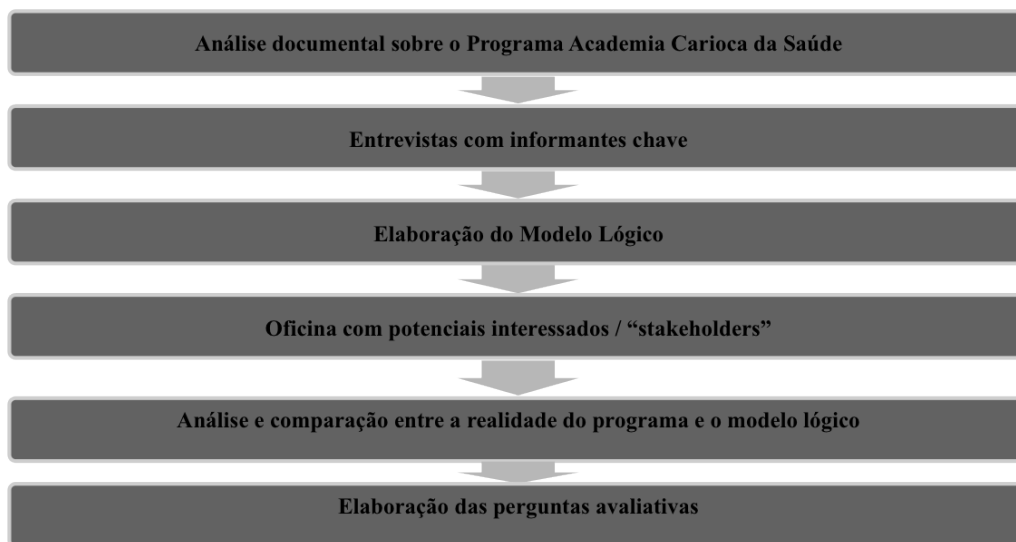
Metodologia

Trata-se de um estudo de avaliabilidade que é compreendido como um exame sistemático e preliminar, que antecede a avaliação de um programa, com a finalidade de identificar se o seu estágio de desenvolvimento permite sua avaliação, se os objetivos da intervenção respondem à situação-problema que o originou e quais aspectos do programa devem ser priorizados na avaliação (THURSTON; RAMALIU, 2005).

Optou-se por uma abordagem qualitativa com estudo de caso intrínseco, pois

o mesmo trata de uma única realidade que poderá ser estudada profundamente, a fim de explicar o objeto de estudo (OLIVEIRA, 2012). A unidade de análise foi o Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos. As etapas do plano de avaliabilidade realizadas nessa pesquisa foram as sugeridas por Leviton *et al.* (1998) e incluem: (a) análise documental para esclarecimento sobre os objetivos e metas do programa; (b) entrevista com os informantes-chave; (c) modelização da intervenção; (d) realização de oficina para pactuação do modelo lógico com os interessados; (e) formulação das perguntas avaliativas. A *figura 1* apresenta um fluxograma utilizado para operacionalização do estudo.

Figura 1. Etapas utilizadas para delinear o estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde em 2013



Fonte: Elaboração própria

Foram revisados os documentos publicados e/ou disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sobre a temática, no período compreendido entre 2009 e 2012. Os critérios de inclusão adotados foram

norteados pelos princípios básicos apontados por Richardson (1999): representatividade, adequação e exaustividade.

Para a entrevista face a face, o foco de interesse foi a opinião dos chamados *stakeholders* (atores interessados no processo avaliativo),

e a amostra da pesquisa foi do tipo intencional e não probabilística (MARCONI; LAKATOS, 2011). Na presente pesquisa foram considerados informantes-chave: profissionais da educação física do Programa Academia Carioca da Saúde, gestores e profissionais das Equipes de Saúde da Família de Manguinhos.

As informações foram coletadas por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturado, com dez perguntas relacionadas ao conhecimento sobre os objetivos e as ações desenvolvidas no programa, os insumos necessários, os contextos social, político e organizacional que permeiam a implementação dessa prática no território de Manguinhos, a importância do Programa Academia Carioca da Saúde para Promoção da Saúde e também sobre as ferramentas de monitoramento e avaliação do programa. Antecedendo à coleta de dados, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, realçando o sigilo e confidencialidade.

Com base na análise documental e nas entrevistas com os informantes-chave, foi elaborado o Modelo Lógico do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos, de forma a explicitar o funcionamento do programa e as etapas necessárias para transformação dos objetivos em metas, com base na proposição de Champanhe *et al.* (2011). Com o intuito de validá-lo, foi realizada uma oficina utilizando a técnica de consenso, com a perspectiva de auxiliar na produção de um resultado que seja de comum acordo entre os participantes do programa. Para esse processo foram convidados os informantes-chave que participaram da entrevista, além do coordenador municipal do programa e especialistas em avaliação de programas, que analisaram o modelo lógico de acordo com os critérios de clareza na descrição dos objetivos do programa, pertinência das dimensões e adequação dos insumos e ações/atividades para a operacionalização da intervenção. Os atores envolvidos validaram o conteúdo e a plausibilidade das relações estabelecidas no modelo lógico.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz sob o parecer 177.223, no dia 20/12/2012, e CAAE: 10709012.8.0000.5240.

Resultados e discussão

Cenário da intervenção

O Complexo de Manguinhos é um bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro, localizado na Área Programática (AP) 3.1 e formado por 13 comunidades. Com população de 44.051 habitantes, é uma localidade que se caracteriza por apresentar um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, situando-se em 122º lugar dentre os 126 bairros (CASANOVA; TEIXEIRA; ENGSTROM, 2014). A ESF foi implantada em 2000, porém a maior expansão ocorreu em 2010 com a implantação da Clínica da Família, alcançando uma cobertura de 100% da população residente por meio da atuação de 13 equipes. Cada equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde e 01 agente de vigilância em saúde, além de 01 Equipe de Consultório na Rua, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), 01 Equipe de Atenção Domiciliar e uma Acas, objeto deste estudo (BRASIL, 2014).

A Acas está inserida no âmbito do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias), parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. O Teias – Escola Manguinhos orienta-se pelo reconhecimento do território e da comunidade como atores agindo articuladamente, para a compreensão dos determinantes sociais da saúde a partir da realidade local. Nesse sentido, organiza-se para produzir novos conhecimentos aplicáveis a diversas realidades e necessidades do território, visando sempre ampliar a participação comunitária e intersectorial, com coleta de dados sistemáticos

que permitam apoiar a gestão na tomada de decisão. Sendo o Pacas/Escola a única Acas inserida em um Território Escola no município do Rio de Janeiro, foi definida a utilização da terminologia 'Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos' (ENGSTROM; FONSECA; LEIMANN, 2012).

Análise documental e entrevistas

A análise documental permitiu identificar um conjunto de informações coerentes e consistentes para delimitar os objetivos e metas do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos, que são: fortalecer as práticas interdisciplinares no território com foco nas ações de promoção da saúde, aumentar a adesão da população à prática de atividade física regular, contribuir para melhorar o acesso da comunidade às informações sobre hábitos e comportamentos mais saudáveis e estimular o vínculo com a mesma, fortalecendo a participação social.

Cabe mencionar que o Pacas, no município do Rio de Janeiro, passou por algumas reformulações desde sua implantação. O programa foi implementado em 2009, por meio de uma Resolução Conjunta da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – Resolução nº 002/2009 –, assim como os Projetos Academia da Terceira Idade e Academia Carioca da Saúde e Envelhecimento Saudável. O primeiro caracterizava-se por um projeto com instalações em logradouros públicos e o segundo por unidades básicas de saúde, porém ambos tinham o propósito de conscientização dos idosos sobre a importância da prática regular de exercícios físicos, no sentido de melhorar sua qualidade de vida e prevenir doenças e agravos não transmissíveis. O programa Envelhecimento Saudável foi rebatizado de Academia Carioca da Saúde (Acas) e hoje faz parte da Superintendência de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, sob a coordenação da Assessoria de Atividade

Física. Cotejando-o com a proposta do Programa Academia da Saúde, de âmbito ministerial, percebem-se similaridades em relação à proposta de estímulo à prática de atividade e promoção da saúde, vinculado a uma unidade da ESF, porém existem diferenças quanto ao formato dos aparelhos utilizados.

A etapa de entrevistas com atores interessados no programa revelou aspectos importantes relacionados à organização do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos no território, bem como sobre os fatores contextuais que permearam a sua implementação.

Trata-se de um programa público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o usuário, para participar, pode ser inserido a partir de uma demanda espontânea ou através de referência da Clínica da Família. Na demanda espontânea, o usuário procura voluntariamente o educador físico do Pacas e manifesta seu interesse em participar das atividades do programa e, no caso do encaminhamento, passa por uma avaliação para ser direcionado ao protocolo de atividades desenvolvidas. Em ambas as situações é realizada a anamnese que, além de buscar identificar informações socioeconômicas e de qualidade de vida do usuário (SF-36 – instrumento genérico que abrange alguns componentes, como capacidade funcional e estado geral), analisa a prontidão dele para a prática de atividade física, assim como a entrada dos dados no sistema de prontuário eletrônico. Com relação ao contexto, os fatores facilitadores relacionados ao Pacas citados pelos entrevistados foram: o fato da academia ter sido uma solicitação da comunidade, o aumento de vínculo entre a população da área e as Equipes de Saúde da Família – o que ajudou a traçar melhor as necessidades de saúde do território – e o incentivo à busca ativa de usuários faltosos na unidade de saúde. Ademais, observou-se nas entrevistas que essa estratégia fortaleceu o apoio institucional e induziu maior autonomia para a equipe planejar o seu processo de

trabalho. Também foram referidas possíveis barreiras para a consolidação do programa: a violência no território, a forma de contratação dos profissionais, a dificuldade de manutenção dos equipamentos do módulo da academia, a insistência de uma cultura de medicalização e a qualificação de alguns profissionais envolvidos no programa.

Entender como se dá a relação com o ambiente político e social (contexto externo) em que o programa se insere e o ambiente organizacional (contexto institucional) é importante para refletir sobre as potencialidades, bem como sobre os aspectos que podem interferir negativamente nas condições de implantação da intervenção e nos processos de produção dos efeitos. Ao analisar os determinantes contextuais do Pacas em Mangueiras, é possível compreender que existem condições do meio que tornam plausível sua implantação integral. No entanto, é preciso ficar atento às barreiras existentes, principalmente aquelas relacionadas às questões estruturais da sociedade e, portanto, mais complexas em sua resolubilidade, como a violência, por exemplo.

Modelização da intervenção e formulação das perguntas avaliativas

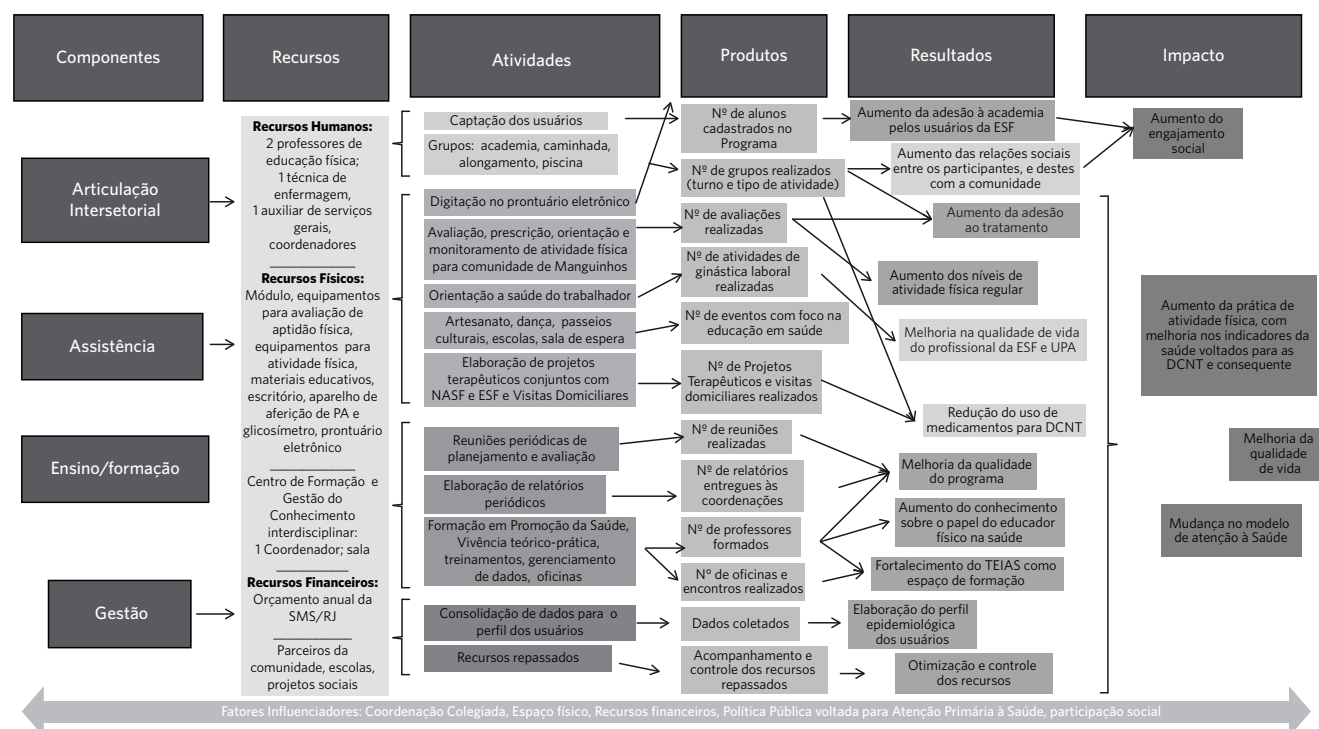
A construção do modelo lógico do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Mangueiras ajudou a identificar as relações

entre os insumos, as atividades do programa e os efeitos esperados com a perspectiva de potencializar a estratégia no âmbito da promoção da saúde. A identificação dos componentes estruturais baseou-se nos objetivos do programa, e as hipóteses são de que os recursos certos serão transformados em ações necessárias para os beneficiários, e isso, em um contexto favorável, irá levar aos resultados que o programa pretende alcançar (CHEN, 1990).

No campo da promoção da saúde, diversas pesquisas foram conduzidas com o intuito de realizar a modelização da intervenção e, entre essas, cabe mencionar um estudo do Ministério da Saúde em parceria com diversas universidades brasileiras, o *Center For Disease Control (CDC)* norte-americano e o Projeto Guia, que apontou a importância do modelo lógico para definir o que deve ser avaliado, na medida em que a representação visual expressa a forma de implementação do programa para atingir os objetivos propostos (BRASIL, 2011A).

A estrutura e funcionamento do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Mangueiras, bem como os resultados esperados, podem ser visualizados de maneira mais clara e objetiva no modelo lógico do programa apresentado na *figura 2*, onde se destacam os seguintes componentes: 1) Articulação Intersetorial; 2) Assistência; 3) Ensino/Formação; 4) Gestão.

Figura 2. Modelo Lógico da Academia Carioca da Saúde / Escola Manguinhos, 2013



Fonte: Elaboração própria

No componente Articulação Intersetorial, observou-se que as atividades têm enfoque mais amplo do que somente o incentivo à prática de atividade física. Incluem, por exemplo, a articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE) e com os dispositivos institucionais de gestão participativa, que se reúnem para pensar a complexa questão da saúde em Manguinhos: Colegiados das Unidades de Saúde, Conselho Gestor Intersetorial, Seminário Temáticos de Saúde, Conferências Territoriais de Saúde, Ouvidoria e Ferramentas de Comunicação e espaços de participação social (ENGSTROM; FONSECA; LEIMANN, 2012).

Trata-se, portanto, de um componente fundamental para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, pois envolve atividades que requerem um movimento mais complexo e abrangente, englobando diferentes setores da sociedade que se corresponsabilizam pela garantia da saúde

como direito fundamental do cidadão. É fundamental reconhecer que o Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos pode ganhar maior amplitude a partir de interlocuções da política, da gestão, das práticas assistenciais e das relações com a população, com enfoque interinstitucional e intersetorial. Com relação ao componente Assistência, foram identificadas atividades próprias do Pacas, tais como: atendimentos individuais para avaliação física; atendimento diário para aferição da pressão arterial, antes e após o exercício; grupos de caminhada e alongamento na comunidade; atividades de ginástica, alongamento e dança; atividades na piscina (ou aquáticas), como hidroginástica e natação; grupos como de controle do tabagismo; passeios culturais; além das atividades de ginástica laboral e dicas ergonômicas para o ambiente de trabalho da CF. Foram também incluídas as ações relacionadas ao Nasf, com destaque para discussão de

caso dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com ênfase nas ações de promoção da saúde.

Esse cenário reforça a intenção da implementação do Pacas no território, que é oferecer atividades físicas suficientes para que seus usuários se aproximem ou alcancem as recomendações mínimas da prática regular de atividade física sugerida para a manutenção de bons níveis de saúde, além de estimular a realização de algumas atividades de maneira autônoma, principalmente nos dias em que os profissionais não desenvolvem suas programações em Manguinhos. No entanto, para a sustentabilidade dessa prática é de fundamental importância que haja um ambiente favorável à adoção de um estilo de vida mais ativo, o que pressupõe, além da disponibilidade dos equipamentos, a presença de praças, parques públicos, pavimentação de calçadas, pistas de caminhada e ciclovias, bem como dar prioridade à questão da segurança, o que evidencia a necessidade do envolvimento de vários setores da sociedade (SAELEN, ET AL., 2003).

Quanto ao componente Ensino/Formação, existem atividades de apoio pedagógico aos educadores físicos da rede do Pacas, desenvolvidas por meio do Centro de Formação e Gestão do Conhecimento Interdisciplinar, que conta com um professor/coordenador e ocorre tanto nos espaços físicos internos da Clínica de Família quanto no espaço do próprio Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos. As atividades são voltadas para o treinamento de novos profissionais e a educação continuada, e ainda contam com reuniões periódicas para formação em promoção da saúde com foco no programa. De fato, trata-se de uma estratégia importante, tendo em vista a necessidade de constituir um espaço de reflexão coletiva sobre a liberdade de escolha dos indivíduos, no âmbito da promoção da saúde, o que inclui a prática de atividade física. Assim, a educação se integra e se articula no intuito de promover a produção de conhecimentos

norteados pela necessidade de transformações na vida das pessoas e, consequentemente, na realidade de uma sociedade.

No Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos, o componente Gestão é composto por atividades com foco no gerenciamento e monitoramento do programa. Como a consolidação dos dados dos usuários é registrada e arquivada em um banco de dados, essas informações são discutidas com a coordenação, profissionais e gestores, permitindo a reorientação das ações do programa com o olhar na integralidade da assistência prestada ao usuário, à família e à comunidade. Trata-se também de um registro da produção dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações do Pacas em Manguinhos. Cabe ressaltar que o monitoramento do programa ocorre no âmbito do planejamento, por meio de instrumentos de gestão e indicadores específicos, os quais servirão de referência para avaliar, em longo prazo, a efetividade do programa na população.

Após a construção da primeira versão do modelo lógico, este foi pactuado em uma oficina de validação, com o uso da técnica de consenso, a fim de verificar a consistência lógica interna do programa, auxiliando na produção de um resultado que seja de comum acordo dos participantes. Devemos considerar que são estes atores – as organizações que possuem relação direta com o programa – assim como os atores que financiam e também apoiam tecnicamente, que podem ser positiva ou negativamente afetados, sendo capazes de influenciar a sua sustentabilidade (JOPPERT; SILVA, 2012).

A apresentação do modelo lógico permitiu acordar entre os interessados aquilo que deve ser mensurado e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados esperados, facilitando o diálogo sobre o entendimento dos interesses de cada um (NOAA, 2010). Mesmo com as limitações “o desenho do modelo lógico possibilita aos gestores e avaliadores uma visão mais clara acerca da

racionalidade da construção da intervenção e das relações causais empregadas na sua elaboração” (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010, P. 77).

Com efeito, o modelo lógico final mostrou o percurso do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos para que a população de Manguinhos seja mais ativa e estimulou a coordenação a procurar formas de fortalecer o papel da estratégia no âmbito da política de promoção da saúde. Identificou-se a necessidade de incentivar as parcerias interinstitucionais e promover maior investimento em cursos que possam capacitar os profissionais na discussão da promoção da saúde, visando aumentar a potencialidade do programa, principalmente no que tange a participação comunitária. Outro ponto que merece destaque é o investimento na construção de alianças com outras áreas técnicas que permitam ampliar o escopo das atividades de promoção da saúde, principalmente com áreas como de alimentação e nutrição e controle do tabagismo, visando fortalecer a sustentabilidade do programa no território em médio e longo prazos.

Por fim, a validação permitiu ter mais clareza sobre as perguntas avaliativas necessárias para um estudo avaliativo mais sistemático, colaborando com um realinhamento estratégico e contínuo das ações. A partir do modelo lógico, foram identificadas algumas perguntas avaliativas, tais como: Qual o grau de implantação do programa Academia Carioca da Saúde no território de Manguinhos? As atividades são realizadas de acordo com o preconizado? Qual o grau de adesão da população ao Programa Academia Carioca da Saúde? Quais facilitadores e barreiras foram percebidos no processo de implementação? Além disso, outros desenhos de estudos avaliativos serão necessários para responder às perguntas avaliativas com efeitos mais finalísticos, tais como: A estratégia de promoção da saúde no território é custo-efetiva? Qual o impacto das ações do Programa Academia Carioca da Saúde no território de Manguinhos?

Considerações finais

A análise de avaliabilidade empreendida no estudo permitiu evidenciar a adequação do desenho do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos, uma vez que implementa as diretrizes da Política de Promoção da Saúde nos seguintes aspectos: ampliação do acesso regular às práticas de atividade física e corporais; estímulo à criação de grupos de educação em saúde que promovam modos de vida saudáveis; estímulo à participação comunitária, rodas de convívio social; integração com a rede intersectorial de serviços de apoio no território, com foco não só no controle das doenças crônicas não transmissíveis, como também na melhoria da qualidade de vida da população.

Embora ainda em fase de consolidação, o que não permitiria empreender uma avaliação dos seus resultados em longo prazo, é possível e recomendável a realização de estudos mais sistemáticos sobre o processo de implementação do Pacas no território de Manguinhos, como por exemplo, quanto ao grau em que as atividades previstas estão sendo implementadas com os recursos previstos, em quantidade e com a qualidade esperada; quanto à cobertura e acesso, à satisfação dos usuários, à inserção na Política de Promoção da Saúde no município do Rio de Janeiro e ao diálogo com outras políticas, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Esse processo avaliativo poderá ser útil para analisar os diferentes fatores em jogo na dinâmica interna do programa e como interação para facilitar ou bloquear o alcance dos objetivos pretendidos. Recomenda-se que, a partir deste trabalho, seja feito um investimento maior na avaliação do programa, com o uso das perguntas avaliativas mencionadas na pesquisa, de forma a buscar uma intervenção de qualidade, eficiente e efetiva, para a melhoria do padrão de cuidado prestado à população. ■

Referências

- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org). *Avaliação em Saúde: bases conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.
- CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; ENGSTRON, E. M. O apoio institucional como pilar na co-gestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa Teias-Escola Manguinhos no Rio de Janeiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.14702013>>. Acesso em: 1 dez. 2014.
- CHAMPAGNE, F. et al. Análise Estratégica. In: HARTZ, Z. et al. (Org). *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 95-104.
- CHEN, H. T. *Theory-Driven Evaluations*. Newbury Park: Sage, 1990.
- ENGSTROM, E. FONSECA, Z.; LEIMANN, B. *A experiência do território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- FERREIRA, M. S., CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 865-872, 2011.
- FRAGA, A. B. et al. (Org). *Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, 144 p.
- HALLAL, P. C. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas*, v. 14, n. 2, 2009.
- JOPPERT, M. P.; SILVA, R. R. *Guia Metodológico para Monitoramento e Avaliação Participativa de Ações Municipais*. Brasília, DF: CNM: Pnud, 2012.
- KOHL, H. W.; The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, London, v. 380, p. 294 - 305, Jul. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60898-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60898-8.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2012.
- LEVITON, L. C. et al. Teaching evaluation using evaluation assessment. *Evaluation*. London, n. 4, p. 389-409, 1998.
- MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 277 p.
- NATIONAL OCEANIC AND ATMOSPHERIC ADMINISTRATION (NOAA). *Introduction to Planning and Facilitating Effective Meeting*. 2010. Disponível em: <https://coast.noaa.gov/digitalcoast/sites/default/files/files/1366310745/planning_and_facilitating_effective_meetings.pdf?redirect=301ocm>. Acesso em: 7 jan. 2015.
- OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2012. 232 p.
- RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2015.
- RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. *A Reforma da Atenção Primária no Rio de Janeiro 2009-2012*. Rio de Janeiro: SMSDC, 2013. 52 p.

SAELEN, B. E. et al. Neighborhood-Based Differences in Physical Activity: Na environment Scale Evaluation. Research and Practice. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 9, Sep. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448009/pdf/0931552.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. *Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil*: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil. Maio, 2011, p. 65-74. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability Assessment of survivors of a torture program: Lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Renfrew, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

World Health Organization (WHO). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genebra, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em janeiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária

Perception of users and health professionals in the Federal District: the attributes of primary care

Rosânia de Lourdes Araújo¹, Ana Valéria Machado Mendonça², Maria Fátima de Sousa³

RESUMO O presente artigo analisa os atributos da Atenção Primária à Saúde em duas regiões do Distrito Federal, focalizando o cuidado integral à criança. Compara-as a partir dos usuários e profissionais de Unidades Básicas Tradicionais e da Estratégia Saúde da Família. O método utilizado foi o qualiquantitativo. Os dados foram coletados por meio de inquérito, através do *PCATool-Brasil*, aplicado a profissionais e usuários. Os participantes apontaram insatisfação com o cuidado à saúde integral da criança nas duas regiões. O acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação são limitados na teoria e na prática dos profissionais, nos dois modelos de atenção. Ambos demandam aprofundamento dos processos organizativos da saúde integral da criança.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Integralidade em saúde.

ABSTRACT *The present article analyses the attributes of Primary Health Care in two regions of the Federal District, focusing on integral care to child. It compares them from users and professionals of Traditional Basic Units and Family Health Strategy. The method used was quali-quantitative. Data were collected by means of survey, through the PCATool-Brazil, proposed to professionals and users. Participants pointed out dissatisfaction with the care to the integral health of the child in the two regions. Access, longitudinality, entirety and coordination are limited in theory and practice of the professionals, in the two models of attention. Both demand deepening the organizational processes of the integral health of the child.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family Health Strategy; Integrity in health.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
rosaniaa@gmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.
valeriamendonca@gmail.com

³Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.
fatimasousa@unb.br

Introdução

No Brasil, vários foram os ciclos sucedidos na tentativa de organizar a Atenção Básica (AB) como base estruturante do modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012). Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fortaleceu-se a ideia de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é base estruturante para os sistemas em todos os níveis organizacionais; e, nesta direção, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada em 2006 e atualizada em 2011, estabelece diretrizes e normas a serem seguidas em todo o País (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, a APS está definida como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Para Sousa e Hamann (2009), a APS é uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e as suas diretrizes organizativas, e é incorporada pelo Programa Saúde da Família (PSF), o qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Iniciado em 1994, o PSF passou a ser considerado a principal estratégia da PNAB para a organização e expansão da APS no País (BRASIL, 2012).

A sistematização do conceito de atenção primária, elaborado por Starfield (2002), é considerada um marco referencial para análise da APS em todo o mundo. A autora parte da compreensão da APS como:

[...] aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas,

fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, P. 28).

Com relação aos serviços da APS, é caracterizada a presença de sete atributos, também chamados dimensões, como eixos estruturantes, que estão associados à qualidade, à efetividade e à eficiência de suas intervenções: o acesso, a longitudinalidade, a integralidade da atenção, a coordenação da atenção – considerados atributos primários; a atenção à saúde centrada na família, a orientação para a comunidade e a competência cultural – como atributos derivados. Dessa forma, quanto maior for a presença e a força desses atributos, mais forte é a sua orientação para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

A partir dessa base conceitual, Starfield, Xu e Shi (2001) desenvolveram uma ferramenta que permite a mensuração desses atributos, denominada *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. Esse instrumento foi adaptado e validado para a realidade brasileira, denominando-se *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010).

Estudos nacionais e internacionais constataram o alcance dessas dimensões na avaliação dos serviços de APS (ROMERO; COLLANTES; RAMIREZ, 2009; MACINKO ET AL., 2006; ELIAS ET AL., 2006; IBANEZ ET AL., 2006). Outros estudos concluíram que os escores do *PCATool* podem ser utilizados como indicadores de qualidade de atenção, contribuindo como um instrumento para investigação dos serviços de saúde, assim como um instrumento de avaliação comparativo do grau de orientação à atenção primária dos serviços de APS no Brasil (HARZHEIM ET AL., 2006; OLIVEIRA, 2007; CHOMATAS, 2009; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como passou a ser denominado o PSF, busca cumprir os princípios da APS definidos por

Starfield, Xu e Shi (2002), de forma a ser o primeiro contato da população com as ações e os serviços, com integralidade, ao longo do tempo, coordenando os usuários na rede de serviços.

A implantação dessa estratégia, no Distrito Federal (DF), ocorreu em 1997, e, ao contrário do movimento de expansão observado no resto do País, ao longo da sua história, a ESF, no DF, caracteriza-se pela descontinuidade e pela pouca cobertura populacional. Em abril de 2012, quando da realização do estudo, a ESF apresentava uma cobertura populacional em torno de 15,3%. No DF, coexistem os dois modelos de AB, com Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) – estas, presentes em quase todas as Regiões Administrativas (RA), com predomínio nas regiões com menor oferta de serviços de saúde e indicadores de saúde mais desfavoráveis.

Partindo desse entendimento, o estudo analisou os atributos da APS naquilo que afirma Starfield (2002), considerando, assim, os quatro principais atributos: o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Nesse caso, objetivou-se avaliar a presença e a extensão desses atributos no cuidado integral à saúde da criança, comparando as UBT que atuam com o modelo tradicional com as UBSF do DF, na percepção de usuários e profissionais.

Métodos

Para comparação dos modelos de APS no DF, foram escolhidas duas RA (R1 e R2), devido à predominância nos seus serviços básicos dos dois modelos de atenção primária. A R1 possui a terceira maior população do DF, com 4.989 crianças menores de dois anos, um elevado grau de urbanização e desenvolvimento social e ampla rede de serviços de saúde. A R2 é uma região em expansão, na qual os serviços públicos e sociais ainda encontram-se em processo de

estruturação, com uma população de 1.160 crianças menores de dois anos. Para comparação dos modelos de APS, optou-se pela combinação dos métodos quantitativo e qualitativo. Para os dados quantitativos, foi realizado um inquérito por meio do Instrumento *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010), de acordo com a metodologia validada por Harzheim *et al.* (2006), aplicado a profissionais médicos pediatras e de família, enfermeiros e cuidadores de crianças. Com relação às UBS, foi considerado todo o conjunto (oito UBT e as cinco UBSF, com 14 equipes da ESF). Para as crianças, foi calculada uma amostra aleatória simples, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A partir dessa amostra, foram definidos dois estratos homogêneos, segundo as duas RA. Como critério de inclusão, adotou-se a idade ‘menor de dois anos’, com, pelo menos, um atendimento na UBS, anteriormente.

Para os profissionais das UBT, foram selecionados o enfermeiro da sala da criança e um dos médicos pediatras. Foram excluídos os profissionais da ESF com menos de seis meses de atuação.

Para o estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, aplicadas a uma subamostra aleatória de 16 profissionais (representantes das oito UBT e das cinco UBSF, acrescidos de mais três profissionais, para igualdade da amostra). Optou-se pela avaliação dos atributos considerados essenciais aos serviços de atenção primária. Porém, por entendermos que a presença dos atributos Orientação Familiar e Comunitária, na base organizativa das práticas da saúde da família, no relato dos profissionais, poderia se tornar um viés para a análise comparativa com o modelo tradicional de atenção primária, estes foram desconsiderados na pesquisa qualitativa. O estudo foi realizado no período de junho a setembro de 2012.

O *PCATool-Brasil* é estruturado em blocos, cada um abrangendo as dimensões e subdimensões da APS, com respostas do tipo *Likert*, com escala de valores

preestabelecidos variando de 1 a 4 para cada um dos itens, de maneira que 1 é igual a ‘com certeza não’, 2 a ‘provavelmente não’, 3 a ‘provavelmente sim’ e 4 a ‘sim’. Os cálculos dos escores para cada dimensão – para o Escore Essencial, Derivado e para o Escore Geral da APS – foram feitos segundo orientação do ‘Manual do *PCATool*’ (BRASIL, 2010). Foram considerados alto escore valores maiores ou iguais a 6,6, o que representa respostas maiores ou iguais a 3 na escala de *Likert* (OLIVEIRA, 2007).

Para análise dos dados, foi utilizado o aplicativo *SPSS for Windows*, versão 17.0. Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviços, usou-se o teste ‘t’, de *Student*, com nível de significância de $p < 0,05$.

Para os dados qualitativos, usou-se a análise de conteúdo (MINAYO; SANCHES, 1993). Como auxílio para a organização e a codificação das informações, utilizou-se o *software QSR Nvivo9*, disponibilizado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública, da Universidade de Brasília.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (Fepecs-DF) sob número 184/2012.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 34 profissionais, 15 profissionais de UBT e 19 da ESF. Quatro médicos e quatro enfermeiros da ESF foram excluídos devido a licenças médicas, férias ou atuação menor de seis meses na equipe. Uma UBT não possuía enfermeiro na sala

da criança. Desses, 16 profissionais (oito por modelo de UBS) participaram do estudo qualitativo.

A amostra foi composta por 387 crianças, sendo que dez foram excluídas por desistência. Foram avaliadas, portanto, 377, sendo 306 acompanhadas pelas UBT e 71 pela ESF. Do total, 66% eram menores de um ano de idade, e 54,6% do sexo feminino. A idade média foi de 9,4 meses, não havendo diferença entre os dois estratos de crianças. Os cuidadores/acompanhantes, na grande maioria dos casos, eram as mães (94,2%). No estrato da R1, os cuidadores tinham entre 26 e 35 anos (47%), e 52% com ensino médio completo. Na R2, 47% a idade era entre 15 e 25 anos, e 22% possuíam ensino fundamental incompleto.

Observou-se que o conteúdo das falas dos profissionais, no conjunto das abordagens e no contexto da presença e da extensão de cada atributo, circundava a identificação de fatores que contribuíam para facilitar ou dificultar a presença dos atributos nos seus processos de trabalho. A análise dos resultados será apresentada em outro momento. Trechos de fala serão utilizados para dialogar com os resultados obtidos pelo *PCATool*.

Na *tabela 1*, são apresentados os escores avaliados para cada uma das dimensões e subdimensões e o escore geral da APS, na percepção dos cuidadores e dos profissionais, por modelo de serviço. Os valores de escores maiores ou iguais a 6,6, em negrito, foram definidos como altos, e os valores menores que 6,6 foram considerados baixos. As diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) também estão representadas com o asterisco.

Tabela 1. Dimensões da Atenção Primária à Saúde segundo cuidadores e profissionais de Unidades Básicas Tradicionais e Estratégia Saúde da Família. Distrito Federal, 2012

DIMENSÃO		Cuidadores				Profissional			
		N	Média	Desvio padrão	p	N	Média	Desvio padrão	p
Afiliação	UBT	306	5,47	2,89	0,00*	-	-	-	-
	ESF	71	6,80	3,22		-	-	-	-
Acesso de primeiro contato - Utilização	UBT	299	8,06	1,99	0,25	-	-	-	-
	ESF	71	8,37	2,01		-	-	-	-
Acessibilidade	UBT	302	5,45	2,22	0,75	15	3,21	0,96	0,12
	ESF	71	5,35	2,36		19	2,75	0,65	
Longitudinalidade	UBT	306	5,75	1,68	0,00*	15	7,53	1,24	0,64
	ESF	71	6,59	1,90		19	7,31	1,42	
Coordenação - integração de cuidados	UBT	62	5,56	3,52	0,74	15	7,61	1,60	0,13
	ESF	6	6,12	3,67		19	6,69	1,83	
Coordenação - Sistemas de informações	UBT	302	8,16	1,29	0,03*	15	9,19	0,88	0,04*
	ESF	69	8,50	1,12		19	8,37	1,36	
Integralidade - serviços disponíveis	UBT	236	6,13	1,31	0,00*	15	5,97	,97	0,07
	ESF	57	4,15	1,43		19	5,31	1,10	
Integralidade - serviços prestados	UBT	302	6,02	3,15	0,63	15	8,36	1,70	0,99
	ESF	71	5,79	3,51		19	8,35	1,53	
Orientação familiar	UBT	303	4,97	2,65	0,12	15	7,57	2,10	0,15
	ESF	71	5,51	2,65		19	8,55	1,64	
Orientação comunitária	UBT	187	3,04	2,31	0,00*	15	6,67	2,39	0,15
	ESF	62	6,93	2,59		19	5,61	1,57	
Essencial	UBT	-	6,32	0,48	0,95	-	6,98	0,64	0,63
	ESF	-	6,29	0,34		-	6,46	0,65	
Derivado	UBT	-	3,99	0,42	0,21	-	7,11	0,21	1,00
	ESF	-	6,22	0,28		-	7,08	0,64	
Geral	UBT	-	5,85	0,43	0,51	-	7,01	0,54	0,64
	ESF	-	6,28	0,43		-	6,62	0,61	

Fonte: Elaboração própria

*Teste 't', de Student, para diferença de média; diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Negrito: Média de escore acima de 6,6 (ponto de corte para valor considerado alto)

Para os usuários dos distintos serviços, o valor do Escore Geral da APS, que mede o grau de orientação para a atenção primária, foi considerado baixo nos dois modelos de serviço. A ESF apresentou um escore maior, mas sem diferença significativa em relação às unidades tradicionais. Com relação aos atributos, isoladamente, chama a atenção a predominância dos escores abaixo do valor 6,6 em ambos os serviços. Em geral, os dados apresentam melhor desempenho para as crianças que têm a ESF como fonte regular

de cuidado, no entanto, apenas nos atributos Longitudinalidade, Coordenação-Sistema de Informação e Orientação comunitária houve diferença significativa quanto às UBT no que tange aos dados coletados pelo PCATool. As UBT apresentam maiores disponibilidades de serviços (diferença significativa) e melhores serviços prestados do que as UBSF. Destaca-se o baixo desempenho dos cuidados direcionados à família pelas equipes da ESF, na opinião das mães, pelo seu papel estruturante nesse modelo de APS.

Diferentemente da opinião dos usuários do Distrito Federal, estudos utilizando o *PCATool*, comparando distintos modelos de serviços – e realizados em outros municípios brasileiros, entre eles, Porto Alegre (OLIVEIRA, 2007), São Paulo (ELIAS ET AL., 2006), Montes Claros (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011) e nove outros municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008) –, apontaram melhores resultados dos atributos da APS nos serviços prestados pelas unidades do saúde da família, em comparação com os tradicionais, na avaliação dos usuários.

A insatisfação dos usuários com os serviços da atenção primária também foi demonstrada em um estudo avaliativo realizado por meio do *PCATool*, em 62 municípios do estado de São Paulo, comparando as unidades do PSF com os modelos tradicionais. O mesmo estudo demonstra que, na opinião dos profissionais, a ESF apresentou um melhor desempenho (IBANEZ ET AL., 2006).

Já se sabe que a presença desses atributos nos serviços de atenção primária é fundamental para garantir seus resultados e a qualidade dos serviços à população. Para Facchini et al. (2006), a ausência de um ou mais desses

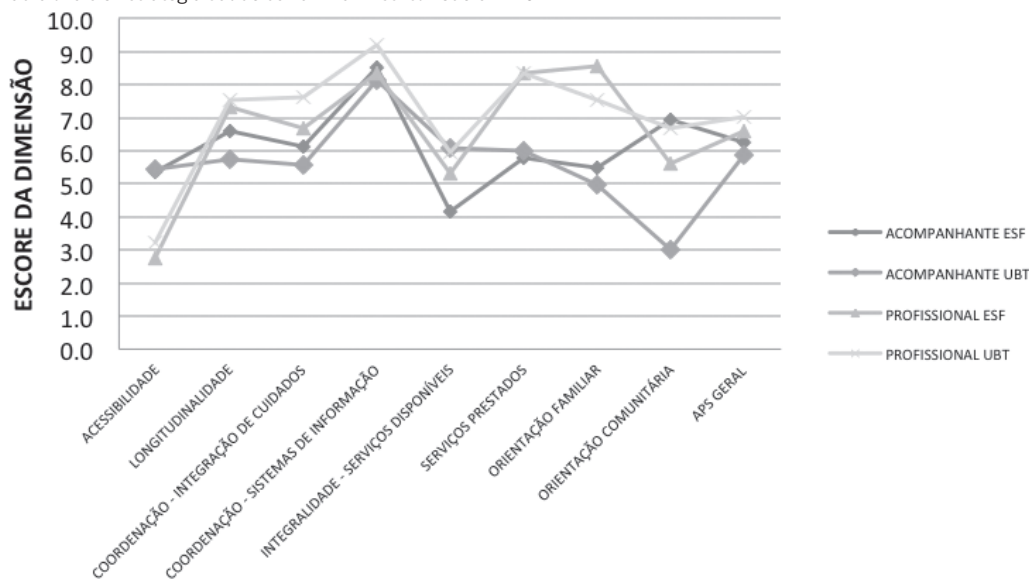
atributos pode ser a causa responsável pela heterogeneidade da qualidade da ESF.

No geral, observa-se que os profissionais costumam avaliar os seus serviços melhor do que os usuários, e, no Distrito federal, isso não foi diferente (ELIAS ET AL., 2006). Na opinião daqueles, os seus serviços vêm desempenhando esses atributos de forma satisfatória, como mostra a predominância dos escores acima do valor 6,6. O grau de orientação para a APS também foi avaliado como adequado para os dois modelos de APS.

Na avaliação dos atributos, isoladamente, apenas as dimensões Acessibilidade e Integralidade - serviços disponíveis apresentaram escores inferiores ao ponto de corte. Entretanto, para a ESF, também se observou que o atributo Orientação comunitária obteve baixo escore na avaliação dos seus profissionais. Destaca-se, também, o baixo desempenho do atributo Orientação comunitária, considerado estruturante da ESF, na avaliação dos seus profissionais.

O gráfico 1 apresenta a síntese dos resultados na opinião dos cuidadores de crianças e dos profissionais que trabalham nos dois modelos de serviços da APS no Distrito Federal.

Gráfico 1. Desempenho dos Atributos da APS na avaliação dos cuidadores e dos profissionais das Unidades Básicas Tradicionais e Estratégia Saúde da Família. Distrito Federal – 2012



Fonte: Elaboração própria

Com o intuito de ampliar a discussão final, faremos um diálogo sobre os resultados, mediante a combinação das informações colhidas nos dois métodos. No grau de afiliação, a ESF apresentou melhor desempenho. Assim, na percepção das mães, os serviços da ESF foram identificados, com mais facilidade, como fonte regular de atenção às suas crianças. Muito embora a identificação de um serviço como referência para o usuário esteja contemplada no atributo longitudinalidade, optamos por fazer uma avaliação dos resultados do Grau de afiliação.

Esses resultados se aproximam do que é preconizado nas suas bases organizativas, quanto à: vinculação territorial; organização da oferta de serviço pelas ações programáticas; proximidade da equipe com as famílias; e convivência dos profissionais, nos cotidianos das suas práticas, com os seus membros e em seu entorno (comunidade). E os resultados nas UBT nos fazem compreender que essas unidades se configuram de forma diferente, por não possuírem uma adstrição de clientela, pela extensão territorial, pela dispersão da população e, ainda, pelo formato do seu processo organizativo na oferta de ações e serviços de saúde, nos quais predomina a livre demanda de atendimento.

Em seus estudos, Elias *et al.* (2006), Oliveira (2007) e Ibanez *et al.* (2006), ainda que não mencionem diretamente a questão da afiliação dos usuários aos seus serviços, remetem ao vínculo entre eles e os profissionais de saúde em seus territórios trabalhados. Isso colabora com nossos achados, na medida em que a questão do vínculo é expressa por várias falas dos sujeitos entrevistados neste estudo.

Os estratos de falas abaixo revelam a identificação da unidade como um espaço do cuidado e nos instigam a pensar sobre a afiliação.

[...] a gente até teve uma mãe que morava na área. Fizemos o pré-natal dela, o Crescimento e Desenvolvimento (CD) do filho até um ano. Ela mudou da área, e o agente de saúde disse: 'Fulana, agora você é da equipe oito'. E a mãe respondeu: 'Não, eu quero continuar aqui, eu quero

a Dra. P, eu quero a Enfermeira M!'. Ai, a agente comunitária disse: 'ela não quer sair do meu pé, ela me procura, ela me cobra as consultas do filhinho dela. (E1 ESF).

[...] infelizmente, tem aquelas mães, que não são dos nossos endereços, que vêm uma vez ou outra, vêm só quando necessita. Mesmo assim, elas vêm com aquela certeza de que ela vai encontrar apoio, entende? (E3 UBT).

Em síntese, pode-se afirmar que a identificação dessas unidades por parte das mães se configura em uma relação positiva do ato de cuidar. O acesso como porta de entrada parece adequado, no entanto, o acesso às ações e aos serviços ainda está complicado, na percepção dos usuários e também dos profissionais dos distintos serviços. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Macinko *et al.* (2006), em Petrópolis, por Chomatas (2008), em Curitiba, e por Elias *et al.* (2006), no município de São Paulo. Em São Paulo, Elias *et al.* (2006) sugerem dificuldades estruturais na oferta de serviços, para além das de organização interna das unidades, observadas nos rígidos e limitados horários de funcionamento das UBS, principalmente nas grandes metrópoles, prejudicando o acesso de uma parcela da população trabalhadora aos serviços de atenção primária. Na opinião dos profissionais entrevistados no DF, a limitação do horário de funcionamento das unidades também foi considerada um dos fatores que dificultam o acesso, assim como a organização da agenda de atendimento das equipes da ESF, que disponibilizam um horário semanal para o atendimento à população infantil, limitando o acesso, principalmente, para assistência à criança doente.

No que diz respeito ao entendimento dos profissionais acerca do acesso, os entrevistados apontam para o direito dos pacientes de circular nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (Uesf). O acesso também se reflete nas formas de organização das UBS, no tocante ao acolhimento e à capacidade da resposta do serviço às necessidades do usuário.

De qualquer forma, as falas que se seguem nos faz refletir que a compreensão do acesso, no entendimento dos profissionais, restringe-se à chegada aos serviços, atrelada às dinâmicas organizacionais dos mesmos.

[...] O direito de ir e vir, de ser atendido naquele momento que, provavelmente, a paciente acha que deveria. Então, acesso, acessibilidade, é o contato que ele teria com a unidade, (o direito) de entrar e sair. (E2 ESF).

[...] aqui no centro de saúde? Eu entendo o acesso do usuário, assim, como um lugar que ele procura, que tem que ter a facilidade de atendimento, uma facilidade no acolhimento, para a gente tentar fazer o possível para ajudá-lo no que ele precisa. Para mim, é isso, o acesso dele aqui é isso, livre, para que a gente possa ajudá-lo em alguma coisa, na necessidade dele. (E3 UBT).

[...] acesso é quando o paciente vem ao serviço e ele é acolhido. Não necessariamente ele tem que ter a consulta imediata, no acolhimento que é feito, se há uma necessidade de atendimento imediato, se você pode agendar aquele paciente, colocando ele, mesmo na Atenção Básica, dentro ali de um protocolo de classificação. (M1 ESF).

Essa dinâmica funcional é impeditiva e impõe barreiras a um diálogo a ser estabelecido entre as demandas e expectativas da população, por um lado, e a sensibilidade dos serviços de estarem abertos a esse diálogo, por outro. Entre os fatores facilitadores para assegurar o acesso, os entrevistados revelam que a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ESF faz a diferença para a sua extensão, uma vez que estabelece a ponte entre os serviços e as famílias às quais estão vinculadas as suas áreas de atuação.

[...] Não existe dificuldade de acesso. A gente tem a captação pelos agentes comunitários, usando a ficha das crianças. Temos a monitorização da data do parto, justamente para a gente

poder captar e avaliar o RN [recém-nascido] e a puérpera o mais precoce. (M1 ESF).

[...] A criança, nesse centro de saúde, tem acesso [...] a gente faz, assim, o cronograma de acordo com o acompanhamento do CD, [...] então, esse acesso à saúde, eu falo que é privilegiado, a gente não deixa a criança desamparada aqui. (E2 UBT).

Os extratos das falas nos remetem a duas concepções do acesso e da acessibilidade: o primeiro, como porta de entrada aos serviços de saúde; e o segundo, como características organizativas dos seus serviços. No que afirma Starfield (2002), acessibilidade e acesso podem ser medidos a partir dos argumentos expressos tanto pela população quanto pelas unidades, que têm a responsabilidade pela oferta e pela prestação dos serviços.

Esses relatos auxiliam na compreensão de que, diferentemente do que apresenta a pesquisa, no tocante ao acesso, é preciso pensar naquilo que aponta Sousa (2007, p. 55):

o acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos e a família e a comunidade, gestores e equipes do PSF, permeada pelo vínculo e pela corresponsabilidade, no exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos no processo do cuidar da saúde - doença - morte - como expressões de respeito, autonomia e participação.

Verifica-se que os resultados desse estudo, para se aproximarem dos pressupostos defendidos pelos autores e mencionados nas falas dos entrevistados, provocam pensar que o acesso no DF ainda se constitui uma lacuna.

Para o cuidado ao longo do tempo, a ESF foi considerada a melhor opção na avaliação dos cuidadores. Já para os profissionais, os dois serviços apresentaram valores satisfatórios. Para esse atributo, é importante considerar a percepção dos cuidadores e dos profissionais, já que a essência da longitudinalidade é uma relação que se estabelece ao longo do tempo entre os indivíduos e um profissional ou a equipe de saúde.

A presença da equipe da ESF junto à população e a responsabilidade do cuidado estendido aos indivíduos e à família em seus ciclos de vida facilitaram a formação do vínculo com essas mães.

[...] a gente vê crescer, vê a gestação, vê a criança nascer, vê o desenvolver dela, vê as dificuldades da mãe com a pega, então, a gente acaba acompanhando sempre, porque está na nossa área, e, como a gente tem muito tempo na mesma área... A equipe não muda muito, é a mesma equipe há três anos, então, fica mais fácil. (E3 ESF).

Para os profissionais das UBT, o tempo do profissional no serviço favorece a extensão do vínculo.

[...] as mães conhecem a gente. Elas já chegam aqui e querem falar com a enfermeira, porque as mães já me conhecem, eu trabalho aqui há 20 anos, [...] eu cobro esse retorno das mães, eu quero saber o que aconteceu. Então, a criança, até os que fazem acompanhamento especializado no hospital de câncer, elas retornam, elas falam como é que estão. (E3 UBT).

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança é visto como uma estratégia para o estabelecimento do vínculo, ao mesmo tempo que se exercita a responsabilidade de toda a equipe.

[...] Primeiro, que eles vão ter essas consultas, pelo menos nos primeiros anos de vida, garantido, só pra acompanhar mesmo, e, quando tiver alguma coisa, tem que procurar [...] o agente de saúde faz o contato, o auxiliar de enfermagem participa, pelo menos, da triagem e da avaliação inicial da criança, a enfermeira e o médico fazem as consultas alternadas do crescimento e desenvolvimento. (M2 ESF).

Por outro lado, a pouca permanência da família na sua área está associada à dificuldade de adesão ao cuidado longitudinal e de criação do vínculo com a equipe cuidadora.

[...] Seria ótimo trabalhar com uma população que não mudasse nunca de endereço, porque a gente conseguiria ter maior domínio, maior conhecimento, maior vínculo, mas a realidade que a gente tem hoje é uma população muito mutável. (E4 ESF).

[...] bem, só no acompanhamento do CD que a gente vê que a falha maior é daqueles que moram mais longe e não têm condições de fazer o acompanhamento, [...] as que não fazem direito o CD são realmente as de fora. (E1 UBT).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento da criança será feito visando a estreitar o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidade de abordagem de promoção da saúde, prevenção de problemas e cuidado em tempo oportuno. Assim, constitui-se como uma estratégia importante para uma relação terapêutica mútua e duradoura entre os cuidadores e os profissionais. Nessa direção, observou-se que os profissionais das UBS do Distrito Federal percebem o acompanhamento do CD como estratégia de cuidado ao longo do tempo.

O cuidado longitudinal se constitui em um atributo essencial no contexto do cuidado infantil, no sentido de que a relação com uma fonte regular de cuidados implica a sua escolha para a atenção em cada novo problema. No entanto, e de acordo com Starfield (2002), os atributos se relacionam entre si, sendo necessário que essa fonte habitual de atenção seja integral e coordenadora. Apesar de sua importância como atributo estruturante da APS, a longitudinalidade não apresenta respostas para todas as demandas. A articulação com outros níveis de atenção e a intersectorialidade precisam estar presentes (CUNHA; ELENICE; GIOVANELLA, 2013). Nesse caso, a maior extensão da longitudinalidade na ESF também vai ao encontro dos seus princípios organizativos, como discutido no item afiliação.

A avaliação do leque de serviços disponíveis, pelos usuários, também não foi satisfatória. Porém, nessa dimensão, o desempenho das UBT foi sensivelmente superior ao das equipes da ESF. Nesse caso, também os

profissionais avaliaram que a oferta de serviços não está adequada. A prática da integralidade implica as respostas, por parte dos serviços, das necessidades de saúde dos indivíduos. No geral, as mães avaliaram que nem sempre esses serviços atendem às necessidades mais comuns das suas crianças.

O melhor desempenho das UBT, provavelmente, está associado às melhores estruturas, à presença diária de pediatras nas unidades e à melhor oferta de ações e atividades direcionadas às crianças, no comparativo com a ESF. Na ESF, algumas unidades não disponibilizam vacinas, e a inadequação das estruturas físicas impossibilita atividades de promoção em grupo. A utilização dos espaços comunitários nem sempre é adequada para atividades coletivas, como foi observado pelos pesquisadores. A organização da agenda, disponibilizando um único período para atendimento, também pode ser um fator limitador para a assistência à criança quando adoece.

As falas desses profissionais apresentam aspectos dificultadores para a extensão desse atributo nos dois modelos de serviços, o que nos remete a questões estruturais e organizacionais, como também a dificuldades para além das de organização interna.

[...] acho um absurdo a falta de vacina. Pelo fato de ser zona rural e o acesso ser complicado, o paciente tem que se deslocar mil e poucos quilômetros até uma pista para poder vacinar. É um trabalho integral pela metade, porque, realmente, vacina é primordial na saúde da criança. (E2 ESF).

[...] não conseguimos fazer as palestras educativas porque não tem local nem espaço [...] a unidade tem quatro equipes. O espaço é muito pequeno, até pra todo mundo atender, não tem espaço pra ninguém. (E3 ESF).

[...] ontem, pedi um raio-X de seio da face. Falei para a mãe: 'tenta fazer na Policlínica, que é mais rápido, e já traz para a gente ver. Vou deixar até seu prontuário aqui'. E à tarde ela veio: 'sim,

cadê o exame'? Ela fez, mas só dia vinte e tantos vai ficar pronto. É complicadíssimo! (M4 UBT).

[...] no nível da Atenção Básica, como médica de família, a gente tem tentado fazer o que é possível, o que é viável. Mas, já para o nível secundário e terciário, é preciso ter uma parceria maior, uma regulação melhor. (M1 ESF).

Diante desses relatos, conclui-se que o desafio para o alcance da integralidade está, principalmente, relacionado a problemas estruturais e organizacionais nos serviços avaliados. Por outro lado, a identificação das necessidades do indivíduo está relacionada à compreensão do conceito amplo de saúde, e a ESF tem maior reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença, com melhor percepção da compreensão de integralidade. Na fala desses profissionais, a integralidade se expressa na forma como eles vivenciam as suas práticas:

[...] A integralidade, para mim, está muito dentro do atendimento humanizado, de você ver desde a questão de saúde física da criança até os fatores envolvidos, que é a relação familiar, o ambiente que ela vive, quem é que cuida, questão da atenção a outras variáveis do atendimento. [...] as visitas domiciliares, no intuito de ver quando a gente detecta algum caso possível de violência física ou psicológica. [...] Para mim, a integralidade é isso, não só a questão do CD, da criança vir e acompanhar a saúde física, mas as outras variáveis da saúde, saúde mental e o ambiente, a estrutura da família também. (E4 RFII).

[...] Integralidade? A gente tenta, na verdade, a consulta muitas vezes. Com quinze minutos, é difícil você falar muitas coisas. Integralidade é ver alguma coisa de doença, se a criança tem alguma doença e falar sobre prevenção. O ideal, na verdade, era falar sobre prevenção. Então, se o menino está um pouco mais gordinho, e tudo, então você fala e dá um pouco mais de atenção. Aí, você vai falar sobre o problema da obesidade, do sedentarismo, hipertensão arterial. Você fala dos cuidados que a mãe tem que ter, cuidados devidos às intoxicações e tudo. (M4 UBT).

Para Sousa, Erdmann e Mochel (2010), a integralidade, como princípio da política de saúde, remete à compreensão de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam outros setores além da saúde. O modelo médico hegemônico, ainda prevalente nas práticas em saúde, expressa-se por ações prioritariamente curativas, centradas na doença e sem a complementaridade das ações de proteção, promoção e prevenção de agravos à saúde infantil. Observou-se que o enfoque forte na prevenção e na atenção às doenças dos profissionais das UBT reflete o modelo médico hegemônico dominante, repercutindo nas suas práticas de saúde. Por outro lado, para os profissionais da ESF, já se observa um novo olhar, em todas as dimensões do cuidado e na percepção das necessidades da criança, da família e da comunidade.

Como fator facilitador, os serviços da ESF têm a presença do ACS e a visita domiciliar:

[...] talvez, em um sistema tradicional, você vai fazer um cuidado só dentro do consultório e orientar só o que você está vendo. O cuidado integral envolve o agente comunitário que está lá todo mês, e ele sabe te dizer 'essa criança é bem cuidada, essa criança não é. Essa criança a mãe não faz a vacina'. Você visualiza a criança além do que a mãe fala. Quando você vai à casa você consegue enxergar coisas que elas te dizem que é o ideal, mas não é. (E1 ESF).

A insatisfação dos usuários com a oferta de serviços nos dois modelos reflete o não cumprimento do atributo na sua integralidade, no baixo escore atribuído (de comum acordo com os profissionais) e nas suas falas, quando remetem à situação de suas práticas, das questões estruturais e da rede de serviços da Secretaria de Saúde. Principalmente no caso da ESF, que já incorpora a compreensão do conceito de integralidade do cuidado, tendo na estrutura dos seus serviços fator impeditivo para a prática efetiva desse atributo.

Em coordenação dos cuidados, os escores obtidos foram baixos em ambos os serviços, segundo os usuários. Para a coordenação

cumprir com os seus princípios, precisa garantir a continuidade da atenção nos demais pontos de serviços, tendo, na sua essência, a informação e a utilização da informação e de uma rede de serviço capaz de dar respostas às demandas de saúde da população. Na percepção dos profissionais, existem vários desafios para a coordenação, em diferentes contextos.

[...] Existe uma dificuldade grande, porque, primeiro, a referência é complicada. É difícil porque falta vaga, falta profissional. Quando o problema precisa ser enviado para o nível secundário, às vezes, se perde, o cuidado fica interrompido, porque a pessoa, às vezes, não tem acesso nunca, fica um ano ou anos esperando. (M2 ESF).

[...] a gente não tem aquele feedback, a gente encaminha a criança e... Muitas vezes, eu pergunto pra mãe: 'e aí, teve a consulta com o neurologista? A senhora já pediu?'. 'Não ou já teve', mas não foi anotado nada. 'Não, ele passou exame, fez isso...', quando a mãe sabe falar, porque, quando a mãe não sabe, você fica sem saber de nada. (M4 UBT).

Sem adequada coordenação do cuidado, a longitudinalidade perde muito do seu potencial, a integralidade fica comprometida, e o primeiro contato torna-se um ato meramente administrativo. Os problemas relacionados à coordenação dos cuidados em saúde, à fragmentação da rede assistencial e à falta de comunicação entre os níveis de serviços se constituem em desafios para os sistemas de saúde no DF, na perspectiva de uma APS coordenadora do seu sistema de saúde.

Conclusão

Nosso estudo partiu da análise da presença e da extensão dos atributos da APS, sendo direcionado ao processo de cuidado integral à saúde da criança, comparando-o, nas UBT e na ESF, no âmbito do Sistema Único de Saúde do DF.

De início, é clara a diferença existente entre a avaliação dos usuários e dos profissionais de

saúde. Tanto na avaliação geral da APS como em quase todas as suas dimensões, os usuários a consideram menos positiva nos dois modelos de serviços.

Percebe-se que o exercício das práticas dos profissionais, tanto das unidades tradicionais quanto das equipes da ESF, e a compreensão sobre a base conceitual e operacional do acesso, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação apresentam-se difusos, confusos e, às vezes, numa relação de dependência com as formas de organização balizadas por conceitos tradicionais.

Assim, no cotidiano do trabalho, observa-se que os profissionais dos dois modelos vêm se esforçando no sentido de facilitar o acesso como porta de entrada e o cuidado ao longo do tempo, e que considera-se potencialidades. Entretanto, nas práticas dos profissionais, verificam-se fragilidades no acesso aos cuidados disponíveis, na coordenação do cuidado e na integralidade.

Também observa-se que, no conjunto de ações de intervenção direcionadas à criança, as equipes da ESF já a visualizam no seu contexto familiar e a família como o sujeito da atenção. Nesse sentido, destaca-se a extensão do cuidado no domicílio, que tem se constituído como espaço relevante para o desenvolvimento de ações de cuidado e promoção de saúde, de reconhecimento dos problemas não apenas no âmbito biológico, mas, também, psicológico e social, ampliando o seu leque de serviços e, ao mesmo tempo, favorecendo o fortalecimento do vínculo entre a família e seus cuidadores.

No tocante às facilidades, há algumas causas que circulam entre as relações estabelecidas na oferta e na demanda das ações e dos serviços de saúde, onde os ACS apresentam-se como mediadores dessa relação. Estes, passando a atuar como facilitadores do acesso, em particular. O fato de os ACS circularem com mais ‘propriedade’ nos territórios de atuação das ESF é fator que facilita a coordenação e o desenvolvimento na busca da integralidade.

No geral, a força de orientação para a APS no DF foi considerada baixa, na opinião dos usuários dos distintos serviços, porém, mais favorável à ESF, sem diferença estatisticamente significativa em relação às UBST. Entretanto, apesar de a amostra do estudo ser representativa de duas RA, com modelos distintos de APS, não se pode estender os resultados para as demais RA, muito embora seja possível que as demais RA possam repetir as conclusões apresentadas. Para finalizar, considera-se importantes os estudos científicos que possam contribuir para uma melhor avaliação da APS em outras RA do DF, contribuindo, assim, para subsidiar a construção de um modelo consistente de APS.

Agradecimentos

Luciani Martins Ricardi, que participou como pesquisadora de campo e contribuiu para a discussão dos resultados. Rackynelly Alves, pela sua valiosa análise dos dados quantitativos. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CHOMATAS, E. R. V. *Avaliação da Presença e extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde no Município de Curitiba em 2008*. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro

[internet]. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700036&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 dez. 2014.

ELIAS, P. E. et al. A Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

LEÃO, C. D. A. ; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Londres v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C.; SANCHEZ, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

OLIVEIRA, M. M. C. *Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção*

Primária em Porto Alegre: uma análise agregada. 2009. 118f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2007.

ROMERO, R. V; COLLANTES, J. M; RAMIREZ, N. A. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud-APS. *Rev. gerenc. políticas salud*, Bogotá, v. 8, n.16, p. 165-190, 2009.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUSA, M. F. *Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2007.

SOUSA, F. G. M; ERDMANN, A. L; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde [internet]. *Rev. Gaúcha Enferm.* v. 31, n. 4, p. 701-707, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400013>. Acesso em: 20 dez. 2014.

VAN STRALEN, C. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região do Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 148-158, 2008.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the longitudinality in Primary Health Care units

Bruna Regina Bratti Frank¹, Cláudia Silveira Viera², Cláudia Ross³, Phallcha Luízar Obregón⁴, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso⁵

RESUMO Estudo para avaliar a efetividade da Atenção Primária à Saúde direcionada a crianças, por meio do atributo longitudinalidade, em unidades de saúde com e sem Estratégia Saúde da Família em município do Oeste do Paraná. Pesquisa quantitativa, descritiva, com utilização do instrumento de coleta de dados *PCATool*-Brasil, versão criança, aplicado a 61 familiares de crianças menores de 12 anos. A longitudinalidade foi mais bem avaliada na Unidade Básica de Saúde no tocante à saúde da família, demonstrando a necessidade de mudanças profundas no processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família para melhoria da qualidade da atenção e efetiva implementação das diretrizes propostas pela Estratégia.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Saúde da criança; Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT Study to evaluate the effectiveness of Primary Health Care directed to children through the longitudinality attribute, in health units with and without Family Health Strategy in a western municipality of Paraná State. Descriptive quantitative, research, with the use of the data collection instrument *PCATool* – Brazil, child version, applied to 61 family members of children under 12 years old. The longitudinality was best evaluated in the health unit with regard to the family health, demonstrating the relevance of deep changes in the work process in the Family Health Units, for the improvement of the attention quality and an effective deployment of the proposed guidelines by the Strategy.

KEYWORDS Primary Health Care; Child health; Continuity of patient care.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
brunabratti@gmail.com

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
clausviera@hotmail.com

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
claudiross@gmail.com

⁴ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
phallcha@terra.com.br

⁵ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
beatriz.oliveira@unioeste.br

Introdução

De acordo com a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO), a efetividade é definida como o grau com que uma determinada intervenção beneficia a população definida, sob condições regulares de uso. Segundo o Comitê de Qualidade da Atenção Primária na América, a efetividade constitui um atributo do cuidado em saúde que se baseia no uso de evidências adquiridas para determinar se uma intervenção produz melhores resultados do que outras possibilidades de ação. Em síntese, a efetividade é o grau com que a assistência, os serviços e as ações prestadas atingem os resultados esperados (VIACAVA, ET AL. 2012).

A efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) é capaz de assegurar à população a universalização do acesso aos serviços de saúde, promovendo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. A APS é considerada o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde. Por esse motivo, é necessário que a atenção seja de fácil acesso a toda a população. A Atenção Básica como porta de entrada encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), que assegura aos cidadãos acesso de forma ordenada e organizada aos sistemas de saúde, prioritariamente, por meio dos serviços de atenção primária encontrados em locais próximos à moradia dos usuários (STARFIELD, 2002).

A APS busca implementar outros modelos de assistência à saúde, considerando que o modelo hospitalocêntrico não atende às transformações do mundo moderno e às necessidades de saúde da população e de suas famílias. A frequente busca de mudanças no modelo de atenção à saúde resultou, em 1994, na criação do Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde designado Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma estratégia operacional do governo para implementar a APS no País (ROECHER; BUDÓ; MARCON, 2012).

A APS abrange quatro atributos essenciais: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e três atributos derivados: a orientação comunitária, a orientação familiar e a competência cultural. Entre os atributos essenciais para a APS e, conseqüentemente, para a ESF, destaca-se a longitudinalidade, que tem visa o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). A continuidade não é obrigatória para que a relação exista, pois interrupções na continuidade não interrompem a relação.

Os serviços de APS são considerados ambientes preferenciais para a promoção da saúde infantil, e foi a partir do atributo longitudinalidade que a pesquisa avaliou a efetividade da APS em unidades de saúde com e sem ESF, influenciando na saúde da criança em município do Oeste do Paraná.

Metodologia

Trata-se de pesquisa de avaliação dos modelos de APS (unidade de saúde com e sem ESF) relativa à extensão do atributo longitudinalidade nos cuidados primários à saúde da criança, em município do Oeste do Paraná, utilizando a abordagem quantitativa.

No momento da pesquisa, o município em estudo apresentava apenas uma unidade de saúde com ESF na região urbana, que foi selecionada para a pesquisa. Já para a escolha de uma representante entre as 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem ESF existentes no momento da coleta de dados, efetuou-se um sorteio.

Assim, a população do estudo foi composta de familiares e/ou cuidadores/representantes legais de crianças com idade até doze anos incompletos, atendidas por médicos e/ou enfermeiros nas unidades selecionadas em um período de seis meses anteriores à etapa de coleta de dados, totalizando 2.773 atendimentos para a UBS sem ESF e 1.092

para a UBS com ESF. A partir desses dados, foi estimado o tamanho da amostra nos serviços elencados por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade, resultando em 44 sujeitos da UBS com ESF e 17 da UBS sem ESF, totalizando 61 sujeitos (responsáveis das crianças), selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica ou puericultura.

A coleta de dados se deu por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária denominado *PCATool (Primary Care Assessment Tool)*, versão criança, validado no Brasil em 2010 (BRASIL, 2010).

Os critérios de inclusão da amostra foram: ser residente em área urbana do município; ter condições para ser o respondente do formulário, tais como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); o acompanhante da criança na unidade deveria ser seu principal cuidador; idade da criança até doze anos; o cuidador/respondente deveria conhecer a unidade que iria avaliar, sendo assim, foi incluído aquele que já havia levado a criança para atendimento naquela unidade pelo menos duas vezes antes da abordagem; apenas respondentes moradores da região de abrangência da unidade; e, ainda, moradores respondentes residentes fora da territorialização, mas que utilizavam o serviço por opção.

As variáveis analisadas relativas ao atributo longitudinalidade, um dos componentes do formulário de avaliação *PCATool*, foram: D1 – Regularidade de atendimento pelo profissional; D2 – Possibilidade de tirar dúvidas pelo telefone; D3 – Entendimento do profissional sobre as perguntas dos responsáveis/principais cuidadores; D4 – Entendimento da resposta do profissional por parte dos responsáveis/principais cuidadores; D5 – Disponibilidade de tempo para o responsável/principal cuidador expor as preocupações e os problemas com relação à saúde da

criança; D6 – Responsável/principal cuidador se sente livre para expor suas preocupações e seus problemas com relação à saúde da criança; D7 – Profissional conhece a criança como pessoa ou como problema de saúde; D8 – Profissional conhece a história completa da criança; D9 – Profissional conhece os medicamentos que a criança toma/tomou; D10 – O responsável/principal cuidador mudaria de serviço de saúde, mesmo que isso fosse muito fácil; D11 – Profissional conhece a família bastante bem; D12 – O profissional de saúde sabe quais são os problemas mais importantes para o responsável/principal cuidador e sua família; D13 – O profissional de saúde sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares da criança; D14 – O profissional saberia de alguma forma se o responsável/principal cuidador tivesse problemas para obter ou pagar pelos medicamentos de que sua criança precisa. De acordo com cada variável, têm-se as seguintes respostas: Certo que não, Provável que não, Provável que sim, Certo que sim, Não sei/Não lembro.

Os dados foram analisados quantitativamente sob a forma de estatística descritiva de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, sendo apresentados em forma de tabela para posterior comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão.

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob parecer nº 044/2012-CEP. Em dezembro de 2012, entrou em vigor a Resolução 466/12, sendo que os preceitos éticos em questão foram mantidos.

Resultados e discussão

Os resultados da avaliação dos modelos de APS, de acordo com a opinião dos responsáveis/representantes legais das crianças, são apresentados na *tabela 1* a seguir.

Tabela 1. Avaliação do atributo longitudinalidade em Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família (USF) de acordo com os responsáveis de crianças atendidas em 2012/2013

Itens avaliados	Unidades de Saúde			
	USF		UBS	
	N	%	N	%
D1 - Regularidade do atendimento pelo profissional				
Certo que não	0	0,0	9	20,4
Provável que não	2	11,7	1	2,3
Provável que sim	3	17,6	3	6,9
Certo que sim	12	70,6	30	68,2
Não sei/Não lembro	0	0,0	1	2,3
Total	17	100	44	100
D2 - Possibilidade de tirar dúvidas pelo telefone				
Certo que não	7	41,1	18	40,9
Provável que não	0	0,0	3	6,9
Provável que sim	1	5,8	5	11,3
Certo que sim	6	35,1	9	20,4
Não sei/Não lembro	3	17,5	9	20,4
Total	17	100	44	100
D3 - Entendimento do profissional sobre as perguntas do responsável				
Certo que não	1	5,8	1	2,3
Provável que não	1	5,8	1	2,3
Provável que sim	1	5,8	2	4,5
Certo que sim	14	85,3	39	88,6
Não sei/Não lembro	0	0,0	1	2,3
Total	17	100	44	100
D4 - Entendimento da resposta do profissional				
Certo que não	2	11,6	0	0,0
Provável que não	1	5,8	0	0,0
Provável que sim	1	5,8	2	4,5
Certo que sim	13	76,4	42	95,4
Não sei/Não lembro	0	0,0	0	0,0
Total	17	100	44	100
D5 - Tempo para o responsável expor as preocupações e os problemas				
Certo que não	2	11,6	1	2,3
Provável que não	1	5,8	4	9,1
Provável que sim	2	11,6	0	0,0
Certo que sim	12	70,5	39	88,6
Não sei/Não lembro	0	0,0	0	0,0
Total	17	100	44	100

Tabela 1. (cont.)

D6 - Responsável sente-se livre para expor suas preocupações e seus problemas				
Certo que não	3	17,5	3	6,8
Provável que não	2	11,6	1	2,3
Provável que sim	1	5,8	1	2,3
Certo que sim	11	64,5	39	88,6
Não sei/Não lembro	0	0,0	0	0,0
Total	17	100	44	100
D7 - Profissional conhece criança como pessoa ou como problema de saúde				
Certo que não	6	35,1	14	31,8
Provável que não	5	29,4	6	13,6
Provável que sim	1	5,8	3	6,8
Certo que sim	5	29,4	19	43,2
Não sei/Não lembro	0	0,0	2	4,5
Total	17	100	44	100
D8 - Profissional conhece história completa da criança				
Certo que não	3	17,5	8	18,2
Provável que não	1	5,8	2	4,5
Provável que sim	1	5,8	2	4,5
Certo que sim	12	70,4	31	70,4
Não sei/Não lembro	0	0,0	1	2,3
Total	17	100	44	100
D9 - Profissional conhece os medicamentos que a criança toma/tomou				
Certo que não	2	11,6	14	31,8
Provável que não	3	17,5	0	0,0
Provável que sim	2	11,6	6	13,6
Certo que sim	10	58,7	24	54,5
Não sei/Não lembro	0	0,0	0	0,0
Total	17	100	44	100
D10 - Responsável mudaria de serviço de saúde				
Certo que não	5	29,4	22	50,0
Provável que não	3	17,5	2	4,5
Provável que sim	4	23,4	2	4,5
Certo que sim	5	29,4	16	36,3
Não sei/Não lembro	0	0,0	2	4,5
Total	17	100	44	100
D11 - O profissional conhece a família bastante bem				
Certo que não	10	58,7	23	52,3
Provável que não	3	17,5	7	15,9
Provável que sim	2	11,6	3	6,8
Certo que sim	2	11,6	11	25,0
Não sei/Não lembro	0	0,0	0	0,0
Total	17	100	44	100

Tabela 1. (cont.)

D12 - O profissional sabe quais são os problemas mais importantes para o responsável				
Certo que não	12	70,4	21	47,7
Provável que não	2	11,6	5	11,3
Provável que sim	2	11,6	5	11,3
Claro que sim	1	5,8	12	27,3
Não sei/Não lembro	0	0,0	1	2,3
Total	17	100	44	100
D13 - Profissional de saúde sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares				
Certo que não	13	76,4	29	65,9
Provável que não	0	0,0	2	4,5
Provável que sim	0	0,0	4	9,1
Certo que sim	2	11,6	6	13,6
Não sei/Não lembro	2	11,6	3	6,8
Total	17	100	44	100
D14 Profissional saberia se o responsável tivesse problemas para pagar pelos medicamentos				
Certo que não	14	82,3	22	50,0
Provável que não	0	0,0	0	0,0
Provável que sim	1	5,8	7	15,9
Certo que sim	1	5,8	15	34,1
Não sei/Não lembro	1	5,8	0	0,0
Total	17	100	44	100

Fonte: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), versão criança: atributo longitudinalidade (BRASIL, 2010)

A avaliação da qualidade da longitudinalidade na APS baseia-se em mensurar a capacidade dos usuários de reconhecer sua fonte de atenção primária, sendo que esta deveria ser capaz de identificar sua população assistida. Além disso, os usuários utilizariam essa fonte habitual para todos os problemas, com exceção daqueles que exigem encaminhamento médico por seu maior grau de complexidade (STARFIELD, 2002).

A pesquisa, nesse sentido, buscou identificar a opinião dos responsáveis/principais cuidadores das crianças, usuários de dois modelos de APS, com a finalidade de reconhecer os pontos positivos e as dificuldades existentes quanto ao atributo longitudinalidade.

Os resultados positivos encontrados no tocante à regularidade de atendimento

pelo mesmo profissional (D1), em ambos os modelos, sugerem o estabelecimento de um forte vínculo com as unidades em questão (70,6% na UBS com ESF e 68,2% na UBS sem ESF). Tal fato demonstra que esses usuários reconhecem as UBS como uma fonte regular de cuidados, significando que a população tem esses serviços como referência habitual para suas necessidades de saúde. Sendo assim, como pontua Starfield (2002), o acompanhamento do usuário por essa fonte regular, ao longo do tempo, traduz uma relação de responsabilidade, vínculo e confiança na equipe de saúde, possibilitando diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, promovendo maior resolutividade dos problemas de saúde da população.

Esse vínculo entre o serviço e a comunidade é evidenciado em outro dado apontado na

pesquisa, que revela que em 7 (41,1%) casos de UBS com ESF e em 18 (40,9%) de UBS sem ESF, os responsáveis não esclarecem dúvidas sobre o tratamento da criança pelo telefone (D2). Uma possível explicação para esse fato pode advir do desconhecimento de cuidadores e responsáveis das crianças dos serviços e ações oferecidos na UBS com ESF, como, por exemplo, o sistema de telefonia, presente em algumas unidades. Contudo, essa realidade não é comum em todas as regiões do Brasil, já que muitas vezes esse tipo de serviço não está disponível. Para além desses aspectos, tem-se ainda a fragilidade do vínculo entre profissional e usuário, o que dificulta o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo, a qual permitiria aos profissionais conhecer os pacientes e vice-versa, implicando, possivelmente, em menor número de consultas, pois muitos problemas poderiam ser resolvidos pelo telefone (STARFIELD, 2002).

As questões relacionadas à comunicação profissional/usuário demonstram resultados satisfatórios para ambos os serviços. A pesquisa encontrou que em 14 (85,3%) casos na UBS com ESF e em 39 (88,6%) na UBS sem ESF, o profissional de saúde entende o que o responsável pergunta (D3), da mesma forma que há entendimento por parte dos responsáveis acerca das respostas do profissional (76,4% para UBS com ESF e 95,4% para UBS sem ESF) (D4). Ainda foi possível observar que o responsável tem tempo suficiente para expor suas preocupações e seus problemas (70,5% para UBS com ESF e 88,6% para UBS sem ESF) (D5) e que sente-se livre para expô-los ao profissional (64,5% para UBS com ESF e 88,5% para UBS sem ESF) (D6).

Apreende-se que a longitudinalidade refere-se ao atendimento em saúde de uma determinada equipe ao paciente, acolhendo-o de forma holística por anos. Para Baratieri, Mandu e Marcon (2012), isso resulta na promoção de familiaridade e confiança entre as partes, e essa interação se constrói especialmente pelo diálogo. Isso não significa a

resolução completa dos problemas de saúde infantil, porém, o envolvimento da escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades, a fim de acolher, orientar ou direcionar o atendimento para serviços que exijam maior complexidade (RIBEIRO; ROCHA; JORGE, 2010), são aspectos imprescindíveis para o atendimento humanizado e que contribuem para a resolutividade dos problemas de saúde infantil.

Segundo Mello *et al.* (2012), é de extrema importância proporcionar oportunidade às mães/principais cuidadores de falarem sobre seus medos, dificuldades, desejos e interesses, assim como contribuir para que conheçam seus filhos e compreendam suas necessidades, atentar-se às singularidades de cada família, promover o seguimento da criança, fortalecendo o vínculo profissional-usuário, e preparar as famílias para o cuidado de si e da criança.

Como já é conhecida, a atenção primária é aquele nível de atenção que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre o indivíduo (não apenas direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (BOSI; MERCADO, 2004 APUD GOMES; SILVA, 2011). Porém, os dados apresentados com relação ao reconhecimento da criança, por parte do profissional, como pessoa e não como apenas um problema de saúde (D7), demonstram que, para os serviços avaliados, essa atenção sobre o indivíduo não ocorre de forma coerente com os princípios da APS. E, nesse caso, observa-se, ainda, uma discrepância significativa entre os serviços. Para a UBS com ESF, 11 (64,5%) dos responsáveis afirmam que o profissional conhece a criança mais como um problema de saúde. Já para UBS sem ESF, 22 (50%) declaram que o profissional conhece a criança mais como indivíduo/pessoa, respeitando suas condições e sua totalidade.

Os dados apresentados pela unidade com ESF mostram-se diferentes do esperado para o modelo, refletindo a hegemonia do modelo de atenção biomédico e curativo, característico dos serviços de saúde sem ESF em nosso País. Esse aspecto demonstra que o modelo de ESF está indo de encontro às diretrizes propostas para a estratégia, de atenção integral ao usuário em seu contexto social e familiar. A substituição desse modelo por um baseado na focalização do indivíduo e da família como centro da atenção é uma das premissas da reestruturação da APS.

Segundo Starfield (2002), uma das principais dificuldades da resolatividade dos serviços prestados pela APS encontra-se na postura dos profissionais frente aos usuários dos serviços, muitas vezes direcionando as atividades assistenciais para a doença e não para a pessoa, ao número de atendimentos e não para a qualidade da atenção, impedindo a formação de vínculos e serviço integral.

Ainda, a estabilidade dos profissionais nas UBS com ESF deveria garantir maior número de desfechos nos tratamentos instituídos, melhoria da compreensão dos profissionais ao avaliar as necessidades de uma pessoa, além de proporcionar maior satisfação dos usuários durante os atendimentos, pela consolidação da relação médico-paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Essa característica constitui-se como elemento fundamental do modelo direcionado à saúde da família, a qual não foi identificada nesta pesquisa. A alta rotatividade de profissionais é considerada um dos aspectos críticos para o sucesso do modelo de ESF, pois pode comprometer a efetividade do serviço, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário (GIOVANI; VIEIRA, 2013). Nesta pesquisa, esse argumento pode ter contribuído para os dados apresentados pela ESF, visto que, no município em questão, a carga horária dos trabalhadores que atuam no serviço é diferente da dos trabalhadores das unidades sem ESF, acarretando uma maior rotatividade dos profissionais e,

por conseguinte, uma maior fragilidade do vínculo com o usuário.

Por outro lado, a pesquisa demonstra que 12 (70,4%) dos responsáveis/principais cuidadores na UBS com ESF certificam-se de que os profissionais têm conhecimento a respeito da história clínica completa das crianças (D8). Da mesma forma 10 (58,7%) afirmam que os profissionais sabem quais medicamentos a criança toma/tomou durante os últimos meses (D9). Valores similares foram verificados para a UBS sem ESF: 31 (70,4%) e 24 (54,5%), respectivamente. A interação entre o profissional de saúde e o cuidador/responsável e a história de vida da criança é aspecto essencial para um atendimento de qualidade (BRAZ, ET AL., 2013). Nesse sentido, pode-se inferir que em ambos os modelos de atenção ocorre a valorização da história clínica dos usuários para o planejamento do cuidado.

Nesses casos, salienta-se o papel que a APS desempenha na coordenação e na organização dos fluxos de assistência, em que se observa um sistema de referência e contrarreferência dos próprios profissionais dentro do estabelecimento, mesmo tendo em vista a alta rotatividade, mantendo as informações a respeito do atendimento prestado juntamente ao sistema de informações relativo a cada usuário, ou seja, em seu prontuário (MENDES, 2011).

Quando se analisou se o responsável/principal cuidador mudaria de serviço de saúde (D10), observou-se, novamente, avaliação positiva por parte da UBS sem ESF, em que 22 (50%) dos usuários não mudariam de serviço. Já na UBS com ESF, poucos afirmaram que não mudariam de serviço, correspondendo a apenas 5 (29,4%) sujeitos.

Baratieri e Marcon (2012) afirmam que, quando os vínculos entre população e profissionais são estabelecidos, o acompanhamento ao longo do tempo é favorecido, levando a população a identificar na UBS com ESF sua fonte regular de cuidados. Contudo, muitas vezes, o usuário não tem opção de mudar de

serviço, pois encontra barreiras no acesso (SILVA, *ET AL.*, 2013).

Constituindo-se a ESF em modelo que visa a reorganizar a produção dos cuidados de saúde, reorientando a prática assistencial para uma assistência voltada essencialmente à família, em seu contexto físico e social (ROECHER; BUDÓ; MARCON, 2012), os valores significativamente baixos apresentados pela UBS com ESF sugerem que essa fonte regular de cuidados à saúde da criança não está fornecendo atenção em conformidade com os atributos essenciais da APS, gerando insatisfação na população adscrita.

Resultados negativos foram observados em ambos os serviços para os aspectos D11, D12, D13 e D14. Os dados apresentaram diferenças entre as unidades, sendo que a UBS com ESF apresentou os valores mais baixos. A pesquisa demonstra que os profissionais não conhecem bem a família da criança: 10 (58,7%) na UBS com ESF e 23 (52,3%) na UBS sem ESF), assim como, respectivamente, 12 (70,4%) e 21 (47,7%) não sabem quais são seus problemas mais importantes, nem sobre o emprego/trabalho dos familiares (76,4% na UBS com ESF e 65,9% na UBS sem ESF) e, ainda, não saberiam se a família tivesse problemas em pagar pelos medicamentos de que a criança precisa (82,3% na UBS com ESF e 50,0% na UBS sem ESF).

Os baixos valores atribuídos indicam que, apesar de a avaliação da longitudinalidade ter sido positiva, até então, pode-se afirmar que as práticas de saúde voltadas ao conhecimento do contexto familiar ainda são frágeis e reforçam o modelo assistencial biomédico, principalmente na UBS com ESF. Diante disso, observa-se a necessidade de estreitar a relação e a consequente aproximação entre profissional e população adscrita, para possibilitar maior conhecimento, por parte dos profissionais, sobre os problemas de seus usuários, contribuindo para maior satisfação e resolutividade das necessidades da população.

Baratieri e Marcon (2012) destacam que conhecer quais são as dificuldades envolvidas na realização da atenção longitudinal e os elementos propulsores de mudanças é fundamental para que a ESF possa compreender a importância da longitudinalidade, as formas para realizá-la e melhorá-la no cotidiano profissional.

Os dados apresentados neste estudo com relação à longitudinalidade vão ao encontro do argumento de Costa *et al.* (2011), quando mencionam que a ESF não tem conseguido funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, e, sim, como mais uma opção de atendimento ao usuário, o que faz prevalecer o modelo centrado no procedimento e na atenção médica. Dessa forma, não é possível observar o desenvolvimento do papel da APS em sua total abrangência, ou seja, ela não se configura como estratégia efetiva na busca de maior promoção da saúde, prevenção de doenças, melhor qualidade de saúde das crianças e maior satisfação dos cuidadores (STARFIELD, 2002).

O modo como a ESF tem sido implementada em várias regiões do País tem se mostrado pouco efetivo, uma vez que, sem modificar a organização do processo de trabalho e o foco do cuidado que deve passar da doença para o usuário e sua família, pautado no trabalho multiprofissional e nas ações de educação, prevenção e promoção de saúde, torna o serviço de saúde fragmentado e com baixa resolubilidade, o que acaba por inviabilizar a ESF como proposta de fortalecimento da APS (STARFIELD, 2002).

Considerações finais

A partir dos resultados, identificou-se que, para os cuidadores, a longitudinalidade do cuidado na UBS sem ESF foi mais bem avaliada em relação à UBS com ESF, fato que pode ter como uma de suas razões a não ocorrência de mudanças no modelo de

atenção, apesar de a unidade ter passado a ser ESF. Assim como a maior rotatividade de profissionais nesse serviço dificulta o vínculo com a população ou, ainda, que o modo de cuidar na ESF vá de encontro ao que se passa no imaginário da população e, muitas vezes, do próprio profissional de saúde, os quais podem considerar que não ter mais na unidade de saúde o especialista constitui uma perda para o atendimento à saúde. Como o processo de implementação da ESF no município ainda está em fase inicial, é evidente que a avaliação realizada não apresente dados tão elevados, relativos a uma melhor qualidade do cuidado, em relação ao modelo da UBS sem ESF.

Diante dos resultados, identifica-se a necessidade de mudanças profundas no processo de trabalho das unidades de saúde com ESF, para melhoria da qualidade da atenção e efetiva implementação das diretrizes propostas na Estratégia.

Ainda há muito a se produzir com o propósito de avaliar os serviços de saúde em território nacional, inclusive para proporcionar comparações regionais entre os desempenhos da APS, tendo como finalidade aperfeiçoar os atendimentos prestados em todo o País. Sendo assim, enfatiza-se a utilização do *PCATool* como ferramenta efetiva para avaliar os serviços de APS, uma vez que contempla todos os seus atributos, possibilitando identificar a extensão destes nos serviços avaliados, bem como reconhecer os aspectos frágeis de cada um nos referidos serviços, para que se possa intervir de forma mais efetiva e direcionada.

Nessa direção, apontamos a necessidade de repensar o atendimento oferecido pelas unidades de saúde, priorizando o foco no estabelecimento dos atributos da atenção primária em todas as direções, tornando-a, dessa forma, fonte segura de atendimento à saúde da criança e promovendo a melhoria dos serviços de saúde pública no município. ■

Referências

BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: Identificando dificuldades e perspectivas de transformações. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n.3, jul./set. 2012, p.549-57. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

BRAZ, J. C. et al. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 416-23, 2013. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp>

br/2013/vol46n4/AO_a%20Longitudinalidade%20e%20integralidade%20no%20cuidado%20a%20menores%20de%20um%20ano.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios01.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde: Primary Care Assessment Tool. PCATool Brasil. Brasília, DF: MS, 2010.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da

criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011, p. 3229-3240. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/22.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, supl. 1, 2011, p. 1029-1042. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *RECIIS Rev. Eletr. de Com. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011, p. 893-902. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700021>. Acesso em: 19 jun. 2013.

MELLO, D. F.; FURTADO, M. C. C.; FONSECA, L. M. M.; PINA, J. C. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 65, n. 4, jul./ago. 2012, p. 675-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a18v65n4.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; JORGE, M. L. R. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde:

um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, dez. 2010, p. 2316-2322. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010>. Acesso em: 20 maio 2013.

ROECHER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho Educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.3, jun. 2012, p. 641-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

SILVA, R. M. M. et al. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.26, n.4, 2013, p.382-388. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400013>. Acesso em: 16 mar. 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/ue000039.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abril 2012, p. 921-934. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014>. Acesso em: 29 mar. 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em novembro de 2014

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: Recorte de pesquisa financiada pelo CNPq, Edital Universal 014/2012, processo nº 474743/2011-0

Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade

Satisfaction of hypertensive women assisted in primary care with regard to family and community essential attributes

Juliana Sousa Soares de Araújo¹, Christiana Souto Silva², Neir Antunes Paes³, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁴, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁵

RESUMO A Estratégia Saúde da Família propõe assistência integral e resolutive por meio da interação entre usuários, profissionais de saúde e comunidade no cuidado ao hipertenso. Utilizou-se uma adaptação do *Primary Care Assessment Tool* para avaliar a satisfação das usuárias com relação a duas dimensões essenciais da atenção primária: o ‘Enfoque na Família’ que apresentou índice composto satisfatório, enquanto a ‘Orientação para a Comunidade’ revelou menor satisfação em um dos Distritos Sanitários. A avaliação permitiu identificar os distritos que apresentam o melhor e o pior desempenho. Sugere-se a intervenção dos gestores de saúde para a melhoria da assistência às hipertensas assistidas na área com o pior desempenho.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão.

ABSTRACT *The Family Health Strategy proposes a comprehensive and effective care of hypertensive patients by means of the interaction among users, health professionals and community. An adaptation of the Primary Care Assessment Tool was applied to assess users' satisfaction with respect to two key dimensions of primary care: 'Focus on Family' showed satisfactory composite index, while 'Community Guidance' revealed a lesser satisfaction index in one of the health districts. This study provided for the identification of the districts presenting the best and the worst performances. We suggest that health care managers take action so to improve care for hypertensive users in the district presenting the worst performance.*

KEYWORDS *Health evaluation; Primary Health Care; Hypertension.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. jusousasoares1@yahoo.com.br

²Faculdades Associação Paraibana de Ensino Renovado (Asper) – João Pessoa (PB), Brasil. christianasouto@yahoo.com.br

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística – João Pessoa (PB), Brasil. antunes@de.ufpb.br

⁴Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas – Campina Grande (PB), Brasil. taniaribeiro_2@hotmail.com

⁵Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil. anatmc8@yahoo.com.br

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) contribui para a elevada mortalidade cardiovascular em todas as regiões do País. Apesar de a aferição da pressão arterial ser um método simples para o diagnóstico da HAS, muitos hipertensos desconhecem a sua condição e, embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da hipertensão, apenas um terço dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tensionais controlados (CIPULLO *ET AL.*, 2010).

Nos últimos 20 anos, observou-se a prevalência de HAS acima de 30% no Brasil. Considerando-se valores de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg, a prevalência variou entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), atingindo mais de 50% em pacientes entre 60 e 69 anos e 75% naqueles acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Tais índices são atribuídos à crescente inserção do gênero feminino no mercado de trabalho e à sua maior exposição a outros agravos no modo de reproduzir a vida, resultados do movimento de urbanização e de desenvolvimento econômico e social das últimas décadas (MACHADO, 2008).

O aumento da incidência e prevalência da HAS nessa população tem enfatizado a atenção às questões de saúde para as mulheres. O rápido processo de envelhecimento do Brasil, sem serviços apropriados, constitui um dos problemas que preocupa os governos, tanto municipal, quanto estadual e federal. Desse modo, observa-se o crescente movimento pelo bem-estar e por aspectos que contribuem para a promoção da saúde e ampliação da qualidade de vida, principalmente das mulheres, dado que representam a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA *ET AL.*, 2008).

Contandriopoulos *et al.* (1997) entendem que a ajuda na tomada de decisões depende de julgamento de valor a respeito

de determinada intervenção ou qualquer um de seus componentes.

Um dos aspectos centrais da avaliação em saúde está relacionado à qualidade dos serviços prestados. No Brasil, observa-se um destaque para as iniciativas de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) em prol da melhoria da qualidade dos serviços (BRASIL, 2005; ALMEIDA; MACINKO, 2006; CASTRO *ET AL.*, 2012; ELIAS *ET AL.*, 2006; JORGE, 2007; MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; MORAES; BERTOZZI; HINO, 2011). Desse modo, a satisfação do paciente tornou-se um dos elementos-chave na avaliação da qualidade em saúde e uma meta a ser alcançada pelos serviços. No País, os estudos sobre satisfação têm se desenvolvido por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A assistência integral e resolutiva depende da adequada interação entre usuários, profissionais de saúde e comunidade durante o processo de cuidado integral. A família representa o elo afetivo do paciente e o alicerce de sua identidade social, de sua sobrevivência material e espiritual, por meio da qual se constrói seu modo de vida. A atenção voltada para o núcleo e dinâmica familiar foi retomada a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a possibilitar acesso mais igualitário e inclusivo segundo os princípios doutrinários do SUS, com ênfase na integralidade, equidade e universalidade.

A família brasileira é predominantemente nuclear, mas apresenta divergências no contexto socioeconômico e cultural. Além dos estreitos laços afetivos pode existir, também, um círculo de amigos considerado parte da família, mesmo sem consanguinidade, formando uma rede de suporte (CECAGNO; SOUZA; JARDIM, 2004). A saúde da família está interligada à saúde de seus membros. Por exemplo, a comunicação ineficaz no seio familiar pode influenciar negativamente a saúde de seus membros, dificultando as relações com outras pessoas que não pertencem ao círculo familiar (ELSEN, 1994).

A integralidade da assistência pode ser alcançada por meio da identificação do usuário em seu núcleo familiar e inserida em contexto sociocultural específico. A equipe de saúde deve conhecer a estrutura e a dinâmica da família, de modo a possibilitar a inclusão participativa e o envolvimento da família no cuidado ao hipertenso para que, em conjunto, possam estabelecer a coparticipação e responsabilidade no processo terapêutico (NOGUEIRA ET AL., 2011).

A avaliação das dimensões 'Enfoque na Família' e 'Orientação para a Comunidade' nos serviços de atenção primária se faz necessária para promover transformações que possam refletir na qualidade, além de reforçar o compromisso e o envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade.

Considerando a importância da HAS no âmbito da APS e da participação da mulher no contexto social do núcleo familiar e comunitário, o objetivo deste estudo é o de avaliar essas duas dimensões e sua influência no controle pressórico de mulheres usuárias da ESF.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico, de base populacional, realizado de maneira aleatória e probabilística por meio de amostra com 340 usuários (do sexo masculino e feminino) da ESF com idade acima de 19 anos, no município de João Pessoa (PB), nos anos de 2006 e 2007 e acompanhados pelo serviço durante o ano de 2008. O Município de João Pessoa apresentava cobertura de saúde da família de 89,2% no período do estudo, representando o acompanhamento de 626.728 pessoas. No Município, a saúde é descentralizada e organizada em cinco Distritos Sanitários, compostos por 180 Unidades de Saúde da Família e cinco Unidades Básicas de Saúde com 43.953 pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Atenção Básica (Siab) até 2006.

A amostra dos participantes foi selecionada aleatoriamente nas Unidades de Saúde da Família, contemplando os cinco Distritos Sanitários do município no período de novembro de 2009 a março de 2010. Os dados foram obtidos a partir de um recorte do estudo 'Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção da ESF e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil', que compõe a primeira etapa de uma coorte iniciada em 2008. Do universo do estudo, 273 são mulheres.

O instrumento elaborado para o estudo foi baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, validado para avaliar os aspectos críticos da APS em países industrializados (STARFIELD, 2002). No Brasil, a adaptação e revalidação foram feitas por meio de estudo realizado no município de Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Para este estudo foi feita uma adequação e validação do instrumento para avaliar doentes de hipertensão arterial, usuários da ESF (PAES, 2014).

Desse modo, tomaram-se como base as oito dimensões da atenção primária: Saúde do Caso Confirmado de HAS; Acesso ao Diagnóstico; Acesso ao Tratamento; Adesão/Vínculo; Elenco de Serviços; Coordenação; Enfoque na Família; Orientação para a Comunidade.

Cada dimensão foi representada por perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala do tipo *Likert*), atribuindo-se valores de um a cinco para as respostas 'nunca', 'quase nunca', 'às vezes', 'quase sempre' e 'sempre', respectivamente, além das opções 'não se aplica' e 'não sabe/não respondeu' para captar todas as possibilidades.

Segundo recomendação do Ministério da Saúde, o acompanhamento pelo serviço foi considerado quando o indivíduo compareceu a pelo menos três consultas durante o ano, com registro da pressão arterial no prontuário (BRASIL, 2006). Além disso, agregou-se

mais um recorte de acompanhamento considerando todos os valores da pressão arterial constantes no prontuário, independente do número de consultas em 2008.

Para as dimensões ‘Enfoque na Família’ e ‘Orientação para a Comunidade’, o perfil dos hipertensos foi investigado no instrumento por meio das variáveis: sexo, faixa etária, tipo de usuário, etnia, escolaridade, situação conjugal e indicador de satisfação.

Para a dimensão ‘Enfoque na Família’, considerou-se o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde enfatizou o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. A dimensão ‘Orientação para a Comunidade’ implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (SHI; STARFIELD; XU, 2001).

Para avaliar o grau de satisfação das usuárias quanto às dimensões analisadas, utilizou-se a curva ROC e o índice de *Youden*, de modo a identificar o ponto de corte do valor que seria considerado satisfatório para a obtenção do controle pressórico.

O teste de *Kruskal-Wallis* verificou a diferença entre os índices compostos das dimensões dos Distritos Sanitários, considerando evidência estatística valores abaixo de 5% de significância. Em seguida, realizou-se o teste de comparações múltiplas ou *post-hoc* de *Dunnnett* para identificar quais Distritos Sanitários diferiram significativamente entre si.

Para a construção do banco de dados, utilizaram-se os *softwares Microsoft Office Access*®, *Microsoft Office Excel*® e para as análises estatísticas, o *software IBM SPSS Inc PASW Statistics* versão 18.0. O projeto de

pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, protocolo n.º 0101 de 29/04/2009.

Resultados

O perfil das participantes do estudo pode ser visualizado na *tabela 1*, que apresenta a distribuição das usuárias por Distrito Sanitário. A faixa etária predominante foi de adultas, com idade acima de 18 anos, com exceção dos Distritos 1 e 3, que apresentaram maior percentual de idosas.

Com relação à etnia, observou-se um predomínio de não brancas em todos os Distritos Sanitários do Município. Neste estudo, 17,3% das entrevistadas declararam não saber ler nem escrever e 78,3% moravam com o companheiro. Ao investigar o número de consultas realizadas em um ano, observou-se que em apenas 27,8% dos casos houve mais de três consultas, destacando-se o Distrito Sanitário 3, onde 75,9% das mulheres realizaram mais de três consultas ao ano.

A análise da curva ROC e o cálculo do índice de *Youden* permitiram mensurar o ponto de corte para o valor do índice composto satisfatório para se alcançar controle pressórico. Para a dimensão ‘Enfoque na Família’, o ponto de corte foi 1,50, enquanto para a ‘Orientação para a Comunidade’, 1,16. Desse modo, valores superiores a esses indicaram satisfação com o serviço para as respectivas dimensões. Quando as duas dimensões foram avaliadas em conjunto, o ponto de corte foi de 1,50.

A dimensão ‘Enfoque na Família’ apresentou índice composto satisfatório para todos os Distritos Sanitários. O Distrito 1 revelou menor satisfação com relação à dimensão ‘Orientação para a Comunidade’ (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização da amostra de mulheres por Distrito Sanitário

Variáveis	Distrito 1		Distrito 2		Distrito 3		Distrito 4		Distrito 5		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Sexo												
Feminino	63	75,9	59	73,8	81	74,3	30	69,8	20	71,4	253	73,7
Faixa Etária												
Adulta (20 a 59 anos)	27	42,8	30	50,8	49	60,4	15	50,0	9	45,5	130	51,3
Idosa (mais de 60 anos)	36	57,2	29	49,2	32	39,6	15	50,0	11	55,5	123	42,5
Etnia												
Branca	16	26,2	20	33,8	30	37,0	12	40,0	5	25,5	83	33,0
Não Branca	45	73,8	39	66,2	51	63,0	18	60,0	15	75,5	168	67,0
Escolaridade												
Analfabeta	12	19,0	9	15,2	11	13,6	7	24,2	5	25,0	44	17,3
Escolarizada	51	81,0	50	84,8	70	86,4	22	75,8	15	75,0	208	89,1
Situação Conjugal												
Mora com companheiro	52	82,6	47	79,7	68	83,9	21	72,5	11	55,0	199	78,3
Mora sem companheiro	11	17,4	12	20,3	13	15,9	8	27,5	9	45,0	53	20,9
Número de Consultas												
Três consultas	34	47,3	39	39,8	59	24,1	32	49,2	20	64,6	201	79,1
Mais de três consultas	38	52,7	59	60,2	185	75,9	33	50,8	11	35,4	52	27,8
Enfoque na Família												
Satisfatório	54	65,1	66	82,5	94	86,2	34	79,1	20	71,4	268	78,1
Não Satisfatório	28	33,7	11	13,8	14	12,8	7	16,3	8	28,6	68	19,8
Missing	1	1,2	3	3,8	1	0,9	2	4,7	0	0,0	7	2,0
Orientação para a comunidade												
Satisfatório	33	39,8	63	78,8	94	86,2	23	53,5	18	64,3	231	67,3
Não Satisfatório	49	59,0	13	16,3	14	12,8	17	39,5	10	35,7	103	30,0
Missing	1	1,2	4	5,0	1	0,9	3	7,0	0	0,0	9	2,6

Fonte: Elaboração própria

O teste de *Kruskal Wallis* não evidenciou qualquer relação entre as variáveis que compuseram o perfil sócio demográfico e a satisfação com o serviço (índice composto das dimensões) ao avaliar a distribuição regional por Distritos Sanitários.

A *tabela 2* mostra os indicadores estatísticos descritivos: média, desvio padrão e intervalo de confiança de cada item correspondente à dimensão analisada. O padrão de respostas variou de 1 a 5, sendo 1 = Nunca e 5 = Sempre. Na dimensão Enfoque na Família, o primeiro item (M1) se refere à importância de os profissionais da unidade conhecerem

as pessoas que moram com a paciente. A média de respostas mais baixa correspondeu ao Distrito 1, indicando que a resposta mais frequente era a de que os profissionais não procuravam conhecer as pessoas que moravam com a usuária. O segundo item (M2) indagou se os profissionais conversavam com as pessoas que moravam com a usuária sobre HAS, estilo de vida, tratamento e outros problemas de saúde. A média mais baixa ocorreu no Distrito 1, indicando insatisfação. O terceiro item questionou se os profissionais conversavam sobre a importância do envolvimento da família no

tratamento e, novamente, a média de respostas mais baixa ocorreu no Distrito Sanitário 1, sugerindo insatisfação também quanto a esse requisito.

Na dimensão 'Orientação para a Comunidade', todas as médias foram mais baixas que a dimensão anterior. Esta dimensão trata do questionamento sobre a participação em instituições da comunidade como apoio para resolução de problemas de saúde

(N1), sobre ações desenvolvidas pelo serviço de saúde na comunidade (N2) e sobre a influência dos amigos/colegas no tratamento (N3). O Distrito Sanitário 1 apresentou pior desempenho dentre os Distritos Sanitários. O item que aborda a integração dos serviços de saúde com igrejas, associações de bairros, escolas e sociedade civil organizada (N2) apresentou menor aproveitamento dentre os itens explorados (*tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição dos índices nos questionamentos das dimensões estudadas, por Distritos Sanitários

	Distrito 1		Distrito 2		Distrito 3		Distrito 4		Distrito 5	
	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%
M1*	2,78	1,83 (2,1;3,0)	3,54	1,72 (3,0; 3,9)	3,99	1,50 (3,6; 4,3)	3,59	1,61 (3,0; 4,3)	3,60	1,95 (2,5; 4,4)
M2*	2,29	1,74 (1,8; 2,8)	3,22	1,76 (2,7; 3,6)	3,35	1,55 (2,9; 3,6)	2,90	1,72 (2,3; 3,7)	2,60	1,90 (1,6; 3,5)
M3*	2,35	1,67 (1,7; 2,6)	3,19	1,76 (2,7; 3,6)	3,31	1,57 (2,9; 3,6)	2,70	1,72 (2,0; 3,4)	2,60	2,01 (1,7; 3,6)
N1**	1,79	1,41 (1,4; 2,1)	2,58	1,71 (2,1; 3,0)	2,70	1,28 (2,4; 3,0)	2,00	1,57 (1,6; 2,8)	2,50	1,67 (1,6; 3,3)
N2**	1,32	1,23 (0,9; 1,6)	2,46	1,54 (2,0; 2,8)	2,24	1,26 (1,9; 2,5)	1,65	1,26 (1,1; 2,1)	2,37	1,46 (1,6; 3,0)
N3**	1,90	1,43 (1,4; 2,1)	2,83	1,65 (2,4; 3,6)	2,35	1,29 (2,0; 2,5)	2,20	1,54 (1,6; 2,9)	2,05	1,63 (1,1; 2,6)

Fonte: Elaboração própria

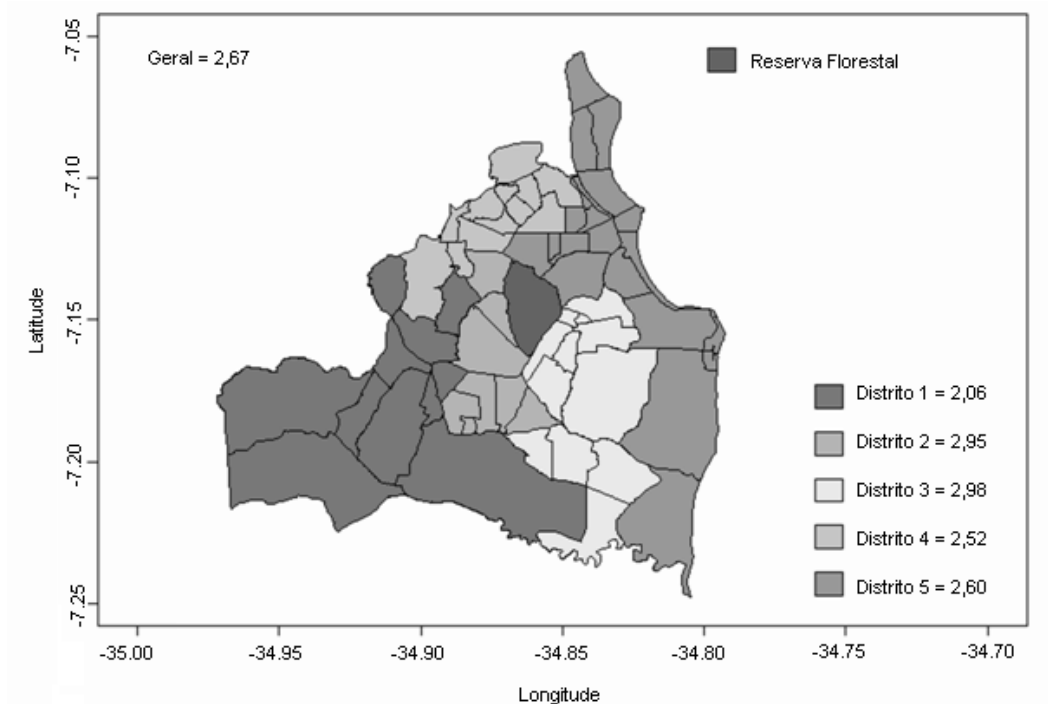
*M1, M2, M3 questões da dimensão Enfoque na Família

**N1, N2, N3 questões da dimensão Orientação para a Comunidade

A distribuição geográfica do índice composto pelas dimensões 'Enfoque na Família' e 'Orientação para a Comunidade', por Distrito Sanitário, é apresentada na *figura 1*.

Observa-se maior índice na região central e sul do Município, correspondendo aos Distritos Sanitários 2 e 3, e menor índice na periferia da cidade, onde se localiza o Distrito Sanitário 1.

Figura 1. Mapa espacial dos Distritos Sanitários em João Pessoa (PB)



Fonte: Elaboração própria

Esses índices compostos referem-se à média das duas dimensões avaliadas em conjunto e foram identificadas por cores no mapa. O desempenho do Distrito Sanitário 1 apresenta o índice de 2,06 (pior desempenho). Localiza-se na região sudoeste, sendo composto por 48 unidades de saúde da ESF, representa 14 bairros do Município, tem um Centro de Assistência Integrada à Saúde (Cais), duas Farmácias Populares, 94,5% de hipertensos cadastrados e cobertura da ESF de 86%.

O quarto desempenho calculado diz respeito ao Distrito Sanitário 4. Localiza-se na região Nordeste do município de João Pessoa, é composto por 26 unidades da ESF, representa 12 bairros, tem uma farmácia Popular e não tem Cais. Esse Distrito Sanitário possui 88,9% de hipertensos cadastrados e apenas 58,1% com cobertura da ESF.

O Distrito Sanitário 5 foi classificado como

o terceiro melhor desempenho. Localizado no litoral do Município, tem 18 unidades da ESF e representa 20 bairros. Nesse distrito, 80,2% dos hipertensos estão cadastrados e 28,1% possuem cobertura da ESF.

O Distrito Sanitário 2 foi classificado como segundo melhor desempenho. Está localizado no Noroeste do município de João Pessoa, possui 37 unidades da ESF e contém quatro bairros. O Distrito Sanitário disponibiliza para a população, nessa região, um Cais, uma Farmácia Popular e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

O Distrito Sanitário 3 obteve o melhor desempenho para as dimensões em conjunto. Seu índice composto é de 2,98, fica localizado na região sudeste do município de João Pessoa, é composto de 53 unidades da ESF e 13 bairros. Apresenta 80,2% de hipertensos cadastrados e 90,5% de cobertura da ESF.

O teste de *Dunnet* permitiu a análise de comparações múltiplas, identificando quais Distritos Sanitários diferiam entre si. Analisando-se isoladamente a dimensão ‘Enfoque na Família’ (*tabela 3*), obteve-se diferença significativa entre os Distritos Sanitários 2 e 3, sendo considerados os

melhores índices em comparação ao Distrito Sanitário 1.

Abordando-se a dimensão ‘Orientação para a Comunidade’, obteve-se diferença significativa entre os Distritos Sanitários 2 e 3 (melhores desempenhos) e entre os Distritos Sanitários 1 e 4 (piores desempenhos).

Tabela 3. Análise do índice composto das dimensões conjuntas por Distrito Sanitário (Comparações múltiplas - *Post Hoc*)

	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3	Distrito 4	Distrito 5
D1	-	0,003*	0,001*	0,928	0,547
D2	0,003*	-	1,000	0,381	0,972
D3	0,001*	1,000	-	0,145	0,871
D4	0,928	0,381	0,145	-	0,998
D5	0,547	0,972	0,871	0,998	-

Fonte: Elaboração própria

* Resultado Significativo, $p < 0,05$

Esses resultados foram reafirmados quando se avaliaram as duas dimensões em conjunto. O teste de *Dunnet*, representado pela matriz da *tabela 3*, identifica os Distritos Sanitários 1, 2 e 3, que apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre eles.

Discussão

O Brasil tem experimentado mudanças significativas na organização de seu sistema de saúde por meio das ações desenvolvidas na ESF. O novo enfoque enfatiza a APS e se estabelece a partir de dimensões que o qualificam e o avaliam. A família e a comunidade assumem destaque no controle da HAS na tentativa de tornar as pessoas envolvidas com essa patologia, quer seja o paciente, equipe, terapêutica ou família, sujeitos ativos na busca por condições de vida saudável. Nessa perspectiva, este estudo avaliou a

influência da família e da comunidade para o controle da hipertensão arterial sistêmica de mulheres usuárias dos serviços de saúde do município de João Pessoa.

O foco do estudo foi a atenção aos usuários por meio das ações básicas de saúde e o direcionamento para ações específicas das comunidades dos distritos estudados, incluindo dimensões que não abrangiam apenas o tratamento clínico da doença (LOPES ET AL., 2012).

No estudo realizado em São Luís utilizando os indicadores dos usuários na dimensão ‘Orientação para a Comunidade’, observou-se uma elevada porcentagem de ‘não sabe’ como resposta, o que chamou a atenção para a falta de conhecimento da comunidade acerca das atividades realizadas na ESF ou a sua incipiente participação nos processos democráticos ou, ainda, a quase inexistência dessas ações na ESF do município de São Luís (ALENCAR ET AL., 2014).

Os resultados desse estudo revelaram que as mulheres constituem maioria entre os usuários hipertensos da ESF. A responsabilidade pelas atividades domésticas, além do trabalho fora de casa, coloca essa população em uma tripla jornada de trabalho, aumentando sua carga de *stress*, o que gera a necessidade de inclusão da família e da comunidade na elaboração de um projeto terapêutico diferenciado. Nesse sentido, os serviços devem estar atentos para que o tratamento da hipertensão não se restrinja ao fato de ‘tomar remédios’, mas à mudança de comportamentos. Torna-se imprescindível uma abordagem específica da equipe de saúde direcionada à família para a melhoria da assistência às mulheres portadoras de HAS.

O estudo evidenciou também que não há relação entre os indicadores sociais e demográficos mais precários e o menor desempenho das equipes. Da mesma forma, observou-se que o perfil sócio-demográfico não influenciou o desempenho das equipes de saúde na realização de ações integradas com a família e a comunidade para melhorar a assistência das mulheres portadoras de HAS. A influência da equipe integrada com a comunidade, da gestão participativa e da integralidade entre profissionais da ESF entre si podem ser fatores norteadores para justificar tais achados (CRESWELL; FETTERS; IVANKOVA, 2004).

Em relação à enquete com os usuários dos Distritos Sanitários, observou-se que as ações dos serviços de saúde têm sido efetivas na responsabilização da família e da comunidade para o apoio no tratamento da HAS das mulheres em João Pessoa. Ao mesmo tempo, a família e a comunidade influenciam de tal maneira o controle da hipertensão arterial que há diferença entre os Distritos Sanitários de saúde no Município como apresentado nos resultados. A equipe de enfermagem, quando comprometida com suas competências, desenvolve vínculo com os portadores de doenças crônicas, promovendo a

corresponsabilização do tratamento pela família (FORTIN ET AL., 2010).

Para Starfield (2002), o Enfoque na Família pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, devendo a avaliação das necessidades de saúde considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos recursos familiares limitados. O fato de não se observar diferença entre os dois maiores e menores desempenhos implica reconhecer que as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração, direcionando para a reorganização da saúde na esfera pública (GOHN, 2004).

Considerar o Distrito Sanitário 1 como o de pior desempenho sugere que as unidades que o compõem possam estar atendendo a demanda maior que sua área de abrangência. Deve-se considerar que o Distrito Sanitário 1 tem cobertura da assistência da ESF abaixo da porcentagem de hipertensos cadastrados na região. Fica evidente também que, nessas unidades, não há uma interação com a comunidade atendida, dificultando o vínculo com o usuário (GOMES; MERHY, 2011).

O valor médio dos índices evidenciou uma melhor relação entre os profissionais e a família da usuária hipertensa, bem como relação satisfatória da equipe de saúde direcionada à Orientação para a Comunidade no Distrito Sanitário 3, sugerindo a existência de processo de trabalho interrelacional e educativo em prol do desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas para o enfrentamento da doença nesse distrito (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

O estudo permitiu verificar a efetividade das ações dos serviços de saúde na responsabilização da família e da comunidade para o apoio no tratamento da HAS das mulheres em João Pessoa por meio da identificação dos Distritos Sanitários que apresentaram melhor e pior desempenho. Segundo Batista e Melo (2011), o incentivo à participação popular pode interferir positivamente nesse

processo. Sugere-se a intervenção prioritária dos gestores de saúde no desenvolvimento de ações que incentivem à participação da comunidade no processo terapêutico.

Atualmente, novos indicadores estão sendo produzidos para avaliar também a qualidade da assistência ou o cuidado em saúde. O enfoque qualitativo complementa, com seus julgamentos e atribuições de valor e significado, novos sentidos à dimensão quantitativa, enriquecendo-a. Este estudo merece ser aprofundado com novas pesquisas de enfoque qualitativo para identificar de maneira aprofundada a influência da família e da comunidade no controle da hipertensão arterial, associada ou influenciada pela rede de assistência e pelos movimentos sociais que atuam na comunidade.

Conclusão

O Brasil tem experimentado mudanças significativas na organização de seu sistema de saúde, que se traduz no SUS. O novo enfoque enfatiza a Atenção Básica e se estabelece a partir de programas e estratégias que o qualificam como um conjunto de instituições inter-relacionadas – dentre as quais a família e a comunidade assumem destaque no controle da HAS –, na tentativa de tornar as pessoas envolvidas com essa patologia – paciente, equipe, terapêutica ou família – sujeitos ativos na busca por condições de vida saudável. Nessa perspectiva, este estudo avalia a influência da família e da comunidade para o controle da hipertensão arterial sistêmica de

mulheres usuárias dos serviços de saúde do município de João Pessoa.

Os resultados sugerem, entretanto, que os profissionais do Distrito Sanitário 3 estabeleceram melhor relação com os usuários. Do ponto de vista dos usuários, os profissionais das ESF do Distrito Sanitário 3 são mais orientados para abordar a família e a comunidade do que aqueles que atuam no Distrito Sanitário 1.

Durante a execução deste estudo, observou-se atuação das equipes com graus diferenciados de comprometimento com suas funções tanto na atenção como no acompanhamento do usuário. Em algumas unidades, era perceptível o desconhecimento das ações desenvolvidas durante as atividades diárias das equipes. Sugere-se um acompanhamento ou fiscalização rotineira das ações desenvolvidas nos serviços e atividades dos profissionais por parte da gestão para que os trabalhos sejam desenvolvidos de maneira uniforme em todos os distritos.

Trabalhos exploratórios podem contribuir com um enfoque qualitativo sobre o modo de operar de algumas unidades dos Distritos Sanitários com pior desempenho. Nesse sentido, os gestores e profissionais poderiam ter subsídios que os ajudariam no processo de tomada de decisão para auxiliar na identificação das ‘melhores práticas’ a serem adotadas nas demais unidades. Esses serviços podem representar um exemplo ou um ‘modelo’ possível de ser alcançado pelas outras unidades da ESF, que, supostamente, por terem a mesma estrutura podem ter o mesmo potencial. ■

Referências

- ALENCAR, M. N. et al., Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília: [s.n.]. p. 1-215, 2006.
- BATISTA, E. C.; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): Conquistas e desafios do setor de saúde. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011.
- BRASIL. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde*. Brasília: [s.n.]. p. 36, 2005.
- . *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: [s.n.]. p. 1-58, 2006.
- CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.
- CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde : comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.
- CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta scientiarum. Health sciences*. Maringá, v. 26, n. 1, p. 07-112, jan./jun. 2004.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação da área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 519-526, abr. 2010.
- CRESWELL, J. W.; FETTERS, M.; IVANKOVA, N. Designing a mixed methods study in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, Cleveland, v. 2, n. 1, p. 7-12, 2004.
- ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde : comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários : considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) *Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- FORTIN, M. et al. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC Family Practice*, London, v. 11, p. 84, 2010.
- GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.
- JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 2, p. 258-268, 2007.
- LOPES, R. E. et al. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 18-26, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/educa%C3%A7%C3%A3o-saude-territorios-responsabilidade-comunidade-demandas-sociais/id/55812460.html>. Acesso em: 3 out. 2012.
- MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 220-221, 2008.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health policy and planning*, Oxford, v. 22, n. 3, p. 167-77, maio 2007.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

NOGUEIRA, J. D. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose Family focus and community orientation in tuberculosis control. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: Prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 241-249, 2008.

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica*, Washington D. C., v. 36, n. 2, ago. 2014.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 1-66, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em setembro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto 'Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil'. Edital: MCT/CNPq/MS - SCTIE - DECIT/MS No. 37/2008 - Avaliação de Tecnologias em Saúde, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq - Temática 'Doenças do aparelho circulatório' - Processo nº 576671/2008-8

Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão

Evaluation of the coverage of Primary Health Care in detecting adults with diabetes and hypertension

Bárbara Radigonda¹, Regina Kazue Tanno de Souza², Luiz Cordoni Junior³

RESUMO O presente estudo documental avaliou a detecção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), identificadas em estudo de base populacional. Entre os 606 indivíduos incluídos, 386 (63,7%) apresentaram registro de hipertensão e/ou diabetes na Ficha A, no Sishiperdia ou nos prontuários. A frequência de detecção foi significativamente mais elevada entre as pessoas de pior estrato econômico, que não exerciam atividade ocupacional e utilizavam a UBS. Os resultados mostram cobertura regular, predominantemente dos que utilizam os serviços e apontam necessidade de estratégias que ampliem o reconhecimento da população-alvo da atividade programática.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; *Diabetes mellitus*; Hipertensão.

ABSTRACT *This documentary study evaluated the detection of people with hypertension and/or diabetes by Basic Health Units (UBS), identified in a populational based study. Among the included 606 individuals, 386 (63.7%) of them had a record of hypertension and/or diabetes on Record A, in Sishiperdia or in the charts of UBS. The detection frequency was significantly higher among people with a worse economic stratum, who did not have an occupation and used the UBS. The results show regular coverage, predominantly those who use the services and point to the need of strategies to enhance the recognition of the target population of the program activity.*

KEYWORDS *Health evaluation; Health services; Primary Health Care; Diabetes mellitus; Hypertension.*

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
barbara_2887@hotmail.com

²Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
reginatanno@hotmail.com

³Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
cordoni@sercomtel.com.br

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial (HA) e *Diabetes Mellitus (DM)*, apresentam número crescente de casos na população, constituem importantes causas de hospitalizações no sistema público de saúde e resultam em sérios problemas de saúde pública. As políticas de enfrentamento desses agravos têm priorizado a organização de serviços pautados na longitudinalidade do cuidado com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2012).

O controle da hipertensão e do diabetes, no âmbito da Atenção Básica, pode evitar o agravamento e o surgimento de complicações cardiovasculares, com redução do número de internações hospitalares e mortes por essas doenças (SCHMIDT ET AL., 2011). Entretanto, apesar de instituído o padrão de cuidado aos indivíduos com esses agravos, estudos indicam que há um baixo percentual de controle da pressão arterial e glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; ROSÁRIO ET AL., 2009).

A detecção precoce dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes pelos serviços da área adscrita é um dos elementos imprescindíveis para o sucesso do controle, pois a partir do reconhecimento a Equipe de Saúde da Família (EqSF) pode realizar o acompanhamento periódico com a finalidade de atender de forma integral às necessidades dos grupos sociais de responsabilidade do território (CAMPOS; MISHIMA, 2005), conforme as diretrizes gerais determinadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012). Todavia, vários estudos mostram que os serviços de saúde encontram dificuldades na captação da população-alvo que necessita de acompanhamento periódico. Assim sendo, a avaliação constante do desempenho do serviço é fundamental para identificar problemas na atenção e nortear os direcionamentos e aprimorar a qualidade da atenção à saúde (SALA; NEMES; COHEN, 1998).

Frente a tais aspectos, o Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, propõe várias iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica, com destaque para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), visando à institucionalização da cultura avaliativa na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) e a gestão com base no acompanhamento de processos e resultados (BRASIL, 2012).

Assim, considerando-se a importância da avaliação na qualificação da assistência, o objetivo central do estudo é avaliar a cobertura de detecção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de médio porte.

Material e método

A pesquisa está inserida no contexto do estudo de base populacional de indivíduos residentes na área urbana 'Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações – VigiCardio', que buscou verificar o perfil de risco cardiovascular de adultos com 40 anos ou mais (SOUZA ET AL., 2013). O VigiCardio foi realizado em Cambé, município da região norte do Paraná com aproximadamente 100 mil habitantes, onde a ESF está implantada em todas as unidades com 87,4% de cobertura populacional.

O presente artigo consiste em uma pesquisa avaliativa de base normativa cuja população de estudo foi constituída por 687 indivíduos com hipertensão e ou diabetes identificados entre os 1.180 participantes da amostra do VigiCardio (SOUZA ET AL., 2013). Após consulta ao banco de dados do VigiCardio, de posse da listagem contendo dados de identificação e o endereço dos indivíduos com hipertensão e ou diabetes, foram identificados os prontuários e a UBS/ESF de referência no sistema informatizado

da Secretaria Municipal de Saúde. Foram excluídos aqueles que faleceram, mudaram de endereço entre a coleta de dados do VigiCardio (primeiro semestre de 2011) e a análise documental (último trimestre de 2012) ou não residiam na área de cobertura da ESF. Após identificação dos indivíduos incluídos no estudo, procedeu-se à coleta de dados na unidade da área de abrangência de cada indivíduo.

Para fins de cálculo da cobertura de detecção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pela UBS da área de abrangência, foi realizada análise do prontuário, consulta ao Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Sishiperdia) e à ficha de cadastro (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). O indivíduo foi considerado detectado pela unidade quando a condição de hipertensão e/ou diabetes, verificada no VigiCardio, estava registrada em pelo menos um desses documentos da UBS da área de abrangência. Dados sobre condições socioeconômicas (sexo, idade, situação conjugal, ocupacional, classificação econômica, escolaridade), de

saúde (autopercepção de saúde, classificação de risco cardiovascular individual) e de utilização da UBS foram obtidos no banco de dados do VigiCardio (SOUZA ET AL., 2013).

Os dados foram duplamente digitados no *software Epi Info 2010*, versão 3.5.2 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos), tendo sido realizada comparação dos dados e corrigidas as inconsistências. A análise estatística foi realizada com o auxílio do *software SPSS®*, versão 19.0, para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, Estado Unidos).

Para o cálculo da taxa de cobertura, foram considerados no numerador os indivíduos com registro da condição nas fontes consultadas e no denominador a totalidade dos indivíduos considerados com hipertensão e ou diabetes no VigiCardio. Para avaliar a detecção, foi construída uma matriz de indicadores cujos resultados foram comparados ao padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006A; 2006B) e julgados de acordo com os percentuais obtidos: ‘excelente’ (100-90%), ‘satisfatório’ (89-70%), ‘regular’ (69-50%) e ‘crítico’ (<50%) (quadro 1).

Quadro 1. Matriz de indicadores para avaliação da cobertura de detecção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	Reconhecimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (cobertura de detecção)	1A. Proporção de pessoas com hipertensão e ou diabetes detectada	1Aa. N.º de indivíduos com hipertensão com diagnóstico registrado em pelo menos um dos documentos/ total de indivíduos com hipertensão e ou diabetes x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes reconhecidos pela UBS da área de abrangência	Excelente: 90 a 100% Satisfatório: 70 a 89% Regular: 50 a 69% Crítico: < 50%

Fonte: Elaboração própria

Após, procedeu-se a análise dos fatores associados à detecção (variável dependente do estudo). As variáveis independentes foram: sexo, idade, situação conjugal, ocupacional,

escolaridade, classificação econômica, auto-percepção de saúde, risco cardiovascular individual e utilização da UBS. A variável idade foi agrupada em faixas etárias (40-59 anos e 60 ou

mais) e a escolaridade em anos completos de estudo (0-7 anos e 8 anos ou mais). A situação conjugal foi categorizada em ‘com companheiro’ e ‘sem companheiro’ e a ocupacional em ‘trabalha’ e ‘não trabalha’. A classe econômica dos indivíduos foi analisada utilizando-se os critérios da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (Abep) (ABEP, 2012), sendo as categorias agrupadas em A+B e C+D+E. Para verificar a autopercepção de saúde, os indivíduos responderam à seguinte pergunta: ‘Como você classifica seu estado de saúde?’. Essa variável foi categorizada em ‘Muito bom/bom’ e ‘Regular/ruim/muito ruim’. Para determinar o risco cardiovascular global individual, foi utilizado o escore de Framingham (FRAMINGHAM HEART STUDY, 1998). Após o cálculo, os indivíduos foram considerados com alto, moderado ou baixo risco cardiovascular. A variável utilização do serviço foi categorizada em ‘nenhum’, ‘somente plano’ — para os que utilizam somente plano de saúde — e ‘UBS’ (com ou sem plano de saúde).

Na análise bruta, calculou-se a razão entre as taxas de cobertura, valor de *p* e IC 95% por meio de regressão de Poisson para verificar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho. Para o modelo ajustado, por meio da regressão múltipla de Poisson, foram inseridas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bruta. Foram consideradas estatisticamente significativas as associações que apresentaram valor de $p < 0,05$.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CAEE nº: 07831212.9.0000.5231), sendo respeitadas as normas das resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em todas as etapas.

Resultados

Dos 1.180 indivíduos entrevistados no VigiCardio, 687 foram considerados com hipertensão e/ou diabetes pelos critérios estabelecidos. Desses, excluíram-se 55 (8%) que mudaram de endereço, 7 (1%) que faleceram e

19 (2,8%) que não residiam na área de cobertura do PSF. A amostra final foi composta por 606 indivíduos, sendo 78,7% com hipertensão, 3,5% com diabetes e 17,8% com ambas as condições. A maioria era do sexo feminino (54,1%), tinha de 40-59 anos (59,1%), possuía de 0 a 7 anos de estudo (69,4%), vivia com companheiro (73,1%), pertencia à classe C (53,8%) e exercia atividade remunerada (53,1%). Além disso, 52,4% consideravam sua saúde regular, ruim ou muito ruim; 54,1% utilizavam somente UBS; 3,0% não utilizavam qualquer serviço e 41,6% apresentavam baixo risco cardiovascular individual.

Do total de participantes, verificou-se que em 386 (63,7%) havia registro da condição em pelo menos um dos documentos analisados. Desses, 305 (79,0%) tinham o diagnóstico de hipertensão registrado, 17 (4,4%) o diagnóstico de diabetes e 64 (16,6%) ambos os diagnósticos. O cálculo dos indicadores dos critérios 1A e 1B (*quadro 1*), referentes à proporção de pessoas com hipertensão e diabetes, resultou em 63,1% e 62,8%, respectivamente. Essas proporções indicam que a detecção tanto das pessoas com hipertensão quanto com diabetes pelas UBS foi ‘regular’.

Em relação aos fatores associados à detecção, a análise bruta mostrou que a frequência de reconhecimento foi significativamente mais elevada entre as mulheres, indivíduos com 60 anos ou mais, com baixa escolaridade (0-7 anos), que consideraram seu estado de saúde regular, ruim ou muito ruim, que não possuem atividade remunerada e que pertenciam a menor estrato econômico (*tabela 1*). Quanto à utilização de serviços de saúde, a frequência de reconhecimento foi maior entre os que utilizam a UBS, quando comparada aos que utilizam somente plano de saúde.

Após análise ajustada, permaneceram associadas à detecção pela UBS as variáveis referentes à classe econômica, situação ocupacional e utilização da UBS. Assim, observou-se que a UBS detecta mais aqueles que pertencem à menor classe econômica (C, D ou E), não exerce atividade remunerada e utilizam a UBS (*tabela 1*).

Tabela 1. Características da população estudada, cobertura de detecção (%), análise bruta e ajustada dos fatores associados à detecção pela Atenção Básica de pessoas com hipertensão e/ou diabetes (n=606). Cambé (PR), 2012

Características	Total		Cobertura de Detecção		Análise bruta		Análise Ajustada	
	n	%	n	%	Razão (IC 95%)	Valor de p	Razão (IC 95%)	Valor de p
Sexo								
Masculino	278	45,9	161	57,9	1	0,00	1	0,57
Feminino	328	54,1	225	68,6	1,18 (1,05-1,34)		1,03 (0,91-1,17)	
Faixa etária								
40 - 59 anos	358	59,1	210	58,6	1	0,00	1	0,58
60 anos ou mais	248	40,9	176	71,0	1,21 (1,08-1,36)		1,03 (0,91-1,17)	
Escolaridade*								
8 anos ou mais	185	30,6	84	45,4	1	0,00	1	0,07
0 a 7 anos	420	69,4	301	71,7	1,58 (1,33-1,87)		1,16 (0,98-1,37)	
Classe econômica†								
A+B	204	33,8	92	45,1	1	0,00	1	0,04
C+D+E	400	66,2	292	73,0	1,62 (1,38-1,90)		1,18 (1,00-1,39)	
Situação Conjugal								
Com companheiro	443	73,1	272	61,4	1	0,06	1	0,52
Sem companheiro	163	26,9	114	69,9	1,14 (1,01-1,29)		1,03 (0,92-1,16)	
Exerce algum trabalho								
Sim	322	53,1	171	53,1	1	0,00	1	0,00
Não	284	46,9	215	75,7	1,43 (1,26-1,61)		1,26 (1,1-1,46)	
Autopercepção de Saúde*								
Muito boa/ boa	288	47,6	162	56,2	1	0,00	1	0,15
Regular/ ruim/ muito ruim	317	52,4	224	70,7	1,26 (1,11-1,42)		1,08 (0,96-1,22)	
Utilização dos serviços de saúde‡								
Somente plano	80	13,3	18	22,5	1		1	
UBS	505	83,7	360	71,3	3,17 (2,10-4,78)	0,00	2,68 (1,75-4,09)	0,00
Nenhum	18	3,0	5	27,7	1,23 (0,53-2,88)	0,86	1,19 (0,52-2,69)	0,67
Risco cardiovascular§								
Baixo risco	199	41,6	127	63,8	1		-	-
Risco moderado	195	40,8	125	64,1	1,00 (0,87-1,16)	0,96	-	-
Alto risco	84	17,6	59	70,2	1,10 (0,92-1,31)	0,36	-	-

Fonte: Elaboração própria

*Excluído 1 caso; †Excluídos 2 casos; ‡Excluídos 3 casos; §Excluídos 128 casos

Discussão

Os resultados obtidos por meio dos cálculos dos indicadores dos critérios 1A- ‘Proporção de indivíduos com hipertensão detectados’ e 1B- ‘Proporção de indivíduos com diabetes

detectados’ mostraram que as UBS detectaram 63,1% das pessoas com hipertensão e 62,8% das pessoas com diabetes.

Apesar de a meta pactuada ser 100%, estudos apontam dificuldades na detecção desses indivíduos. A detecção ‘regular’ dos

indivíduos com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades de saúde pode estar relacionada à dificuldade de operacionalização das ações de detecção, já aventada por Sala, Nemes e Cohen (1998) no estudo realizado em uma unidade de saúde do município de São Paulo, e mais recentemente por Louvison (2011), em uma pesquisa longitudinal, na qual foram reentrevistados idosos da comunidade, em 2006, no município de São Paulo. Entre as dificuldades na detecção pelos serviços de saúde, o autor destaca a identificação precoce, cuja fragilidade advém não só porque os idosos não procuraram o serviço, mas também porque o serviço não estava atento ao momento oportuno do diagnóstico (LOUVISON, 2011).

Avaliação normativa realizada com uma amostra representativa de 73 EqSF no município de Recife, que analisou o grau de implantação das ações de atenção ao *diabetes mellitus*, também mostrou que um dos principais problemas foi a fragilidade das ações de diagnóstico precoce. Entre os indicadores que não foram implantados, conforme Pereira (2007), encontrava-se o rastreamento do diabetes.

No presente trabalho, as coberturas de detecção chamam a atenção pelo fato de a ESF se constituir no eixo estruturante no município e encontrar-se implantada em todas as UBS com cobertura populacional de 87,4%. O principal foco das EqSF é a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades da população adstrita (MENDES, 2012). Além disso, esse modelo de atenção pauta-se na ação programática, que é uma lógica compreendida como de importância primordial na continuidade da atenção integral (ROSA FILHO, 2006).

Todavia, não foi encontrado nenhum artigo no qual estudo de base populacional tenha constituído a linha de base na identificação de pessoas da comunidade com hipertensão e ou diabetes para, posteriormente, verificar em que medida os serviços estruturados na lógica programática têm captado a

população-alvo. No presente estudo, apesar da cobertura obtida apresentar-se aquém da meta pactuada, a maior frequência de detecção das pessoas economicamente desfavorecidas sugere avanços importantes no município estudado, pois indica maior alcance do SUS como política pública de inclusão de pessoas com menor acesso às ações e serviços de saúde. Desse modo, é possível supor que, de certo modo, a ESF tem contribuído para a redução das iniquidades na atenção.

A maior cobertura, já esperada, dos indivíduos que utilizam a UBS reforça que a identificação ainda ocorre principalmente no serviço entre aqueles que constituem demanda espontânea do sistema. Por esse lado, pode-se considerar ponto positivo o fato de estarem sendo detectados os indivíduos que utilizam a UBS. Por outro, indica que há necessidade de aprimorar as ações para que os serviços sejam capazes de captar também as pessoas que não utilizam a UBS, especialmente as que não dispõem de nenhum outro serviço alternativo ao SUS. Vale destacar que a taxa de detecção foi de apenas 27,7% entre as pessoas que referiram utilizar nenhum serviço de saúde. Embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, provavelmente devido à casuística reduzida, esses resultados sugerem existência de problemas tradicionais relacionados às barreiras organizacionais e de funcionamento. Segundo Ribeiro *et al.* (2006), para boa parte da população usuária SUS, os hospitais e prontos-socorros ainda são importantes portas de entrada para assistência à saúde.

Reforça tal suposição a taxa de detecção mais elevada entre aqueles sem atividade ocupacional verificada na presente investigação, pois em pesquisa realizada por Pedraza e Costa (2014) constatou-se que fatores organizacionais, como o tempo de espera para marcar uma consulta e para o atendimento em geral, constituem importantes barreiras de acesso e utilização do serviço, que se estendem a

outros aspectos assistenciais apontados por diferentes estudos, como o sistema de marcação de consultas (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010), a obtenção de medicamentos, a realização de exames e o acesso à assistência especializada (MENDES ET AL., 2012).

Ressalta-se que, embora o PSF tenha avançado de programa para estratégia — com vistas a superar a insuficiência dos arranjos organizacionais, falência das práticas profissionais e representar uma proposta de reorganização da Atenção Básica como eixo de reorientação do modelo assistencial —, a universalização da atenção ainda não está satisfatória (MENDES, 2012). Apesar de estudos apontarem que os desempenhos das unidades com PSF implantado são melhores quando comparados às UBS com modelo tradicional (FACCHINI ET AL., 2006), os resultados do presente estudo permitem aventar que a proposta do modelo centrado na saúde da família ainda não foi incorporada pelos profissionais, uma vez que se supõe que os indivíduos detectados são aqueles que utilizam a UBS.

Ainda que um dos objetivos dos protocolos de saúde do adulto com ênfase na hipertensão e diabetes seja a busca, a detecção e inserção no programa de atendimento de todos os portadores da doença (BRASIL, 2006A; 2006B), os resultados mostram que há necessidade de avançar no processo de institucionalização da ESF nos diferentes espaços e na organização do serviço.

Avanços nos fatores organizacionais do serviço, como a acessibilidade organizacional, poderiam melhorar a utilização e, por consequência, a cobertura de detecção. Nesse sentido, a abertura da UBS em horários alternativos facilitaria a utilização por parte dos trabalhadores que não procuram serviços de saúde da rede básica devido à incompatibilidade temporal (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Além disso, a capacitação da equipe para implementar ações educativas junto à população no sentido de difundir informações sobre os principais agravos à

saúde, com destaque nas estratégias de promoção da saúde e controle dos fatores de risco das DCNT, poderia ampliar as possibilidades de autocuidado e deliberação dos indivíduos sobre os diversos determinantes de sua saúde.

Há necessidade, também, de maiores investimentos no processo de captação, seja mediante busca ativa nos domicílios pelas EqSF, aconselhamento dos que desconhecem a sua condição para procurarem serviços de saúde ou, ainda, no rastreamento dos casos pelos profissionais de saúde em todas as oportunidades de atenção.

Além dos aspectos mencionados, frente aos resultados obtidos, há que se considerar como limitação do presente trabalho o fato de não ter sido possível a discriminação dos casos que podem corresponder a indivíduos sem diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, pois no estudo de base populacional foram adotados critérios de rastreamento, com alta sensibilidade. Dessa forma, é possível que a prevalência de hipertensão e diabetes esteja, em certa medida, superestimada, com consequente subestimativa da taxa de cobertura de detecção.

Conclusões

Os resultados sobre a detecção regular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pela Atenção Básica e menor cobertura dos indivíduos que não utilizam a UBS ou com atividade ocupacional reiteram a importância da pesquisa avaliativa na reflexão sobre o alcance da população-alvo dos serviços e sobre as principais estratégias vigentes de detecção e de atenção aos grupos programáticos. Considerando-se que os programas de controle da hipertensão são os mais estruturados na atenção primária à saúde, com propostas iniciais de implantação há quatro décadas, é possível inferir que a situação observada seja traçadora da qualidade da atenção prestada pelas UBS

no enfrentamento de outras DCNT e a realidade do município estudado, com ampla cobertura do PSF, também se aproxime à de outras localidades do País. Reforçam, desse modo, a necessidade de investimentos que aprimorem os mecanismos de captação que ultrapassem os limites

tradicionalmente instituídos de atuação do serviço de saúde, o que envolve mudança cultural na concepção do sistema de saúde brasileiro em busca da concretização dos princípios do SUS, com ampla aceitação e incorporação pelo sistema, profissionais e população. ■

Referências

- ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *CCEB: Critério Brasil*. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 53 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 15).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 16).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.
- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006.
- FRAMINGHAM HEART STUDY. A Project of the National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University. *Coronary Heart Disease (10-years risk)*. 1998. Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org/risk/coronary.html#tab3>>. Acesso em: 26 out. 2012.
- LOUVISON, M. C. P. *Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2012, 512 p.
- MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.
- PEDRAZA, D. F.; COSTA, G. M. C. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: uma visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista eletrônica trimestral de Enfermaria*; n. 33, p. 279-91, 2014.
- PEREIRA, P. M. H. *Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife, 2007.
- RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários

e não usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

ROSA FILHO, L. A. *Determinantes e efeitos da continuidade na atenção à saúde: estudo de base populacional em Pelotas, RS*. 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Estadual de Pelotas, Pelotas, 2006.

ROSÁRIO, E. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 671-678, 2009.

SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 741-751, out./dez. 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA;
SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Saúde no Brasil 4: Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, p. 61-74, maio, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

SOUZA, R. K. T. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. *Epidemiologia Serviços e Saúde*; Brasília, DF, v. 22, n. 3, jul./set. 2013.

Recebido para publicação em março de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde

Quality of life of people with high blood pressure at the Primary Health Care

Ícaro José Santos Ribeiro¹, Rita Narriman de Oliveira Boery², Cezar Augusto Casotti³, Ivna Vidal Freire,⁴ Eduardo Nagib Boery⁵

RESUMO Objetivou-se analisar a Qualidade de Vida de hipertensos em Jequié-BA, e identificar possíveis fatores depressores. Trata-se de um estudo de corte transversal no qual aplicaram-se dois questionários e examinou-se cada indivíduo. A média da Qualidade de Vida geral foi de 67,5 [IC: 64.21-70.78]. O domínio manifestações psicológicas apresentou média de 88.01 [IC: 86.57-89.44] e o domínio manifestações somáticas 91.84 [IC: 90.76 - 92.91]. A Qualidade de Vida dos usuários acometidos por hipertensão arterial foi satisfatória. Quanto aos fatores depressores da Qualidade de Vida identificou-se que a escolaridade e a raça/cor dos entrevistados influenciam de forma acentuada nesta quantificação.

PALAVRAS-CHAVE Hipertensão; Qualidade de vida; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the quality of life of hypertensive patients in Jequié-BA, and identify possible factors depressants. This is a cross-sectional study in which were applied two questionnaires and examined each individual. The overall quality of life mean was 67.5 [CI: 64.21-70.78]. The psychological manifestations domain showed an average of 88.01 [CI: 86.57-89.44] and the somatic manifestations domain average 91.84 [CI: 90.76-92.91]. The Quality of Life of users affected by hypertension was satisfactory. Regarding factors that influence quality of life it was identified that education and race/color of the respondents influence in this quantification.*

KEYWORDS *Hypertension; Quality of life; Primary Health Care.*

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié - (BA), Brasil. icaro.ribeiro@ymail.com

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié - (BA), Brasil. rboery@gmail.com

³Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié - (BA), Brasil. cacasotti@uesb.edu.br

⁴Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié - (BA), Brasil. vidal.ivna@gmail.com

⁵Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié - (BA), Brasil. eboery@ig.com.br

Introdução

O modelo brasileiro de atenção à saúde originou-se de um processo de descentralização e regionalização, que entre outras medidas, implementou o Programa Saúde da Família (PSF). A atuação das equipes multiprofissionais em áreas adstritas, na assistência, prevenção e promoção da saúde aproximou a população dos serviços. Entre os programas englobados pelo PSF, o Hiperdia destaca-se, por atender usuários acometidos por duas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes, a hipertensão e o diabetes, que pelo caráter crônico, podem afetar a qualidade e o estilo de vida destes usuários.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a DCNT de maior relevância clínica e a maior causadora de eventos cardíacos agudos, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A prevalência global estimada de HAS em 2000 era de 26% e em 2025 poderia aumentar em 24% nos países desenvolvidos e 80% em países em desenvolvimento (KEARNEY *ET AL.*, 2005). No Brasil, em 2010, a prevalência auto referida de HAS, na população adulta, variou de 13,8 a 29,2% (BRASIL, 2011).

O estilo de vida de pessoas acometidas por HAS deve ser alvo de modificações de caráter não apenas curativo, mas principalmente, preventivo. Desta forma, mudanças de estilo de vida potencialmente controlam os níveis da Pressão Arterial (PA) podendo diminuir a mortalidade cardiovascular. Entre as principais recomendações para prevenção e controle da HAS estão a alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (VI DBHA, 2010).

A HAS contribui significativamente para modificações na Qualidade de Vida (QV) das pessoas por interferir na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (RABELO *ET AL.*, 2011).

A QV é um elemento que tem sido alvo de crescente interesse científico e público

em geral por ser um conceito inerentemente humano, relacionado ao grau de satisfação nas diferentes esferas (familiar, amorosa, social e ambiental). Compreende conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que se relacionam em diferentes momentos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante dessa problemática, este estudo objetivou analisar QV de usuários do programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Jequié (BA), além de identificar fatores possivelmente depressores da QV.

Material e método

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado em uma UBS localizada no bairro Jequezinho-Jequié-BA, no período de janeiro a março de 2011.

Os participantes do estudo foram os usuários acometidos por HAS, cadastrados no programa Hiperdia, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizada por pesquisador padronizado.

O cálculo amostral foi realizado com o programa Epi Info™ Versão 3.5.3 (2011), adotando a estimativa do fator QV de 69,7% (MELCHIORI *ET AL.*, 2010), erro de 5% e nível de confiança de 95%. Sendo a população de hipertensos cadastrados na unidade de saúde da família de 203 indivíduos, a amostra necessária foi de 125 hipertensos.

Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente, sendo entrevistados no dia agendado para consulta de enfermagem do Hiperdia. Após autorizar a participação e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicaram-se os questionários sócio-econômico-demográfico acrescido de questões referentes a hábitos de vida e o Minichal-Brasil (SCHULZ *ET AL.*, 2008), questionário de avaliação da QV devidamente validado e adaptado no Brasil, bem como realização de exame clínico.

Por meio do questionário sócio-econômico-demográfico e de hábitos de vida obtiveram-se as variáveis, gênero, idade em anos,

escolaridade, raça/cor, uso de tabaco e álcool e prática de atividade física. Para a análise, estes dados foram categorizados, respectivamente, em feminino e masculino, adulto e idoso, sem e com escolaridade, branco e não branco. As questões referentes aos hábitos de vida foram dicotomizadas em sim ou não.

O Minichal-Brasil vem sendo utilizado para avaliar a QV e utiliza uma escala do tipo *Likert* variando de 0 a 3 pontos. Para o cálculo do somatório dos domínios, os escores foram convertidos para uma escala de 0 a 100, onde quanto mais próximo a 100 melhor a QV. O ponto de corte para a boa QV foram valores acima de 69,7 pontos (MELCHIORI ET AL., 2010).

As mensurações de peso (Kg) e estatura (cm) foram obtidas por meio de balança mecânica com estadiômetro acoplado, devidamente calibrada, disponibilizada na UBS, sendo estas medidas empregadas para cálculo do IMC por meio da fórmula 'peso/estatura²'.

A Pressão Arterial (PA) foi aferida pelo método indireto com uso de aparelho de pressão oscilométrico automático (Omron™), em ambiente com temperatura controlada e de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (VIDBHA, 2010) que recomenda entre outras orientações a medida da pressão arterial na posição sentada, com repouso prévio de 5 minutos em ambiente calmo.

Os participantes do estudo foram caracterizados em relação a aspectos sócio-econômicos-demográficos, modo de vida, por

meio de frequências para dados categóricos e de médias, e desvios-padrão e medianas e intervalos para os dados contínuos com distribuição paramétrica e não paramétrica, respectivamente.

Utilizou-se o *software* estatístico Stata™, versão 12.0, na análise dos dados. O nível de significância adotado foi de 95%. Por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov* constatou-se a não normalidade da amostra, e desta forma os testes estatísticos não paramétricos foram empregados.

Estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/Uesb), Protocolo nº 135/2008. Cumprindo as normas da Resolução 196/96 os indivíduos eram esclarecidos quanto aos aspectos da pesquisa e quando de acordo, autorizaram a coleta de dados, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram avaliados 125 usuários acometidos por HAS que passaram pela consulta de enfermagem do Hipertensão. A idade média foi de 60,39 anos (dp ±13,24), com valores, máximo e mínimo, de 89 e 28 anos, 1º e 3º quartis de 52 e 70 anos. A *tabela 1* apresenta os dados referentes ao perfil sócio-econômico-demográfico dos usuários acometidos por HAS participantes.

Tabela 1. Caracterização da amostra de indivíduos hipertensos estudada

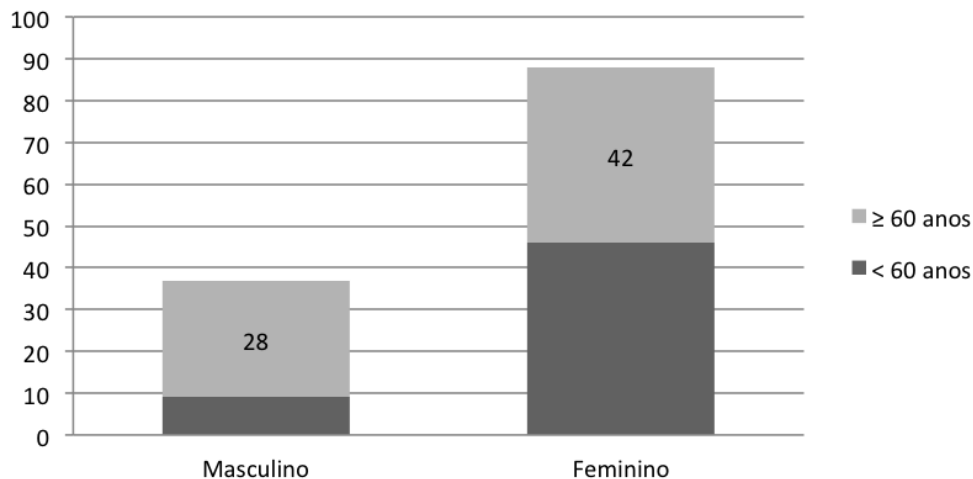
Categoria	Variável	n	%
Sexo	Masculino	37	29,6
	Feminino	88	70,4
Escolaridade	Sem escolaridade	34	27,2
	Fundamental completo e/ou incompleto	68	54,4
	Médio completo e/ou incompleto	23	18,4
Raça/cor	Branco	40	32,0
	Preto	39	31,2
	Pardo	46	36,8

Fonte: Elaboração própria

A partir dos dados exibidos na *tabela 1* verificou-se que os usuários acometidos por HAS da UBS, que participaram do estudo, são, em sua

maioria, mulheres (70,4%), de baixa escolaridade e da cor parda (36,8%). O *gráfico 1* apresenta a distribuição do gênero por grupo etário.

Gráfico 1. Distribuição da idade de pacientes hipertensos de acordo com o sexo



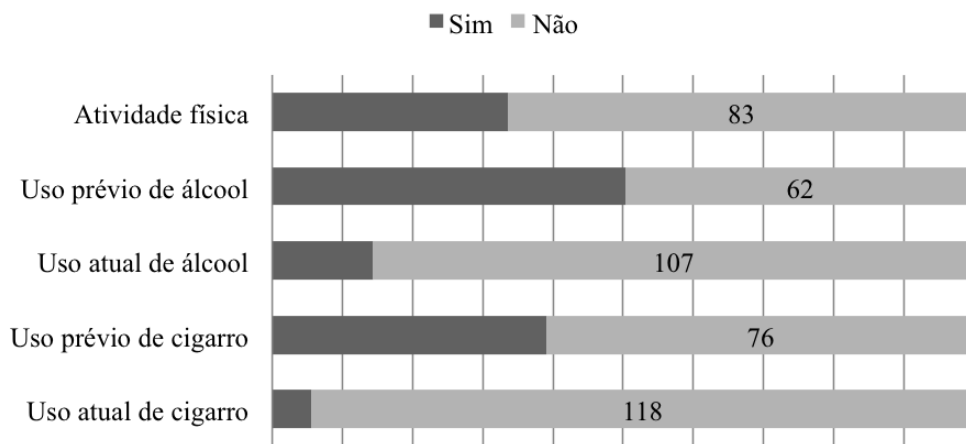
Fonte: Elaboração própria

Verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0.006$) entre as variáveis, idade e gênero. Vale ressaltar que 60 % ($n=42$) dos 70 usuários com idade acima de 60 anos de idade eram do gênero feminino.

A investigação dos hábitos de vida

evidenciou que 93 % ($n=117$) não faziam uso atual de cigarro, porém 38,4% ($n=48$) afirmaram já ter feito uso em algum momento da vida. A mesma abordagem em relação ao álcool mostrou que 84,8 % não fazem uso atual, mas 52,8 % ($n=66$) já o fizeram (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Hábitos de vida dos indivíduos acometidos ou não por hipertensão



Fonte: Elaboração própria

Conforme observado no *gráfico 2*, a prevalência do uso de tabaco, álcool, e de realização de prática de atividade física entre os hipertensos, acompanhados na UBS, foi respectivamente 39,2 %, 50,4 % e 33,6 %.

Foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre uso de álcool e tabaco de maneira conjugada. Ademais, identificou-se também, diferença

estatisticamente significativa entre gênero e uso de tabaco ($p = 0.002$).

Quanto às medidas antropométricas, peso e altura, e o indicador antropométrico Índice de Massa Corporal (IMC), foi possível identificar que uma leve relação negativa ($r = -0.307$) na qual o aumento da idade acarreta diminuição do IMC, a *tabela 2* apresenta os resultados:

Tabela 2. Valores das médias das medidas antropométrica dos hipertensos assistidos pela Unidade Básica de Saúde

	N	$\bar{\chi}$ (Kg)	Dp	$\bar{\chi}$ (cm)	Dp	$\bar{\chi}$ IMC	Dp
> 60 anos	55	72	±14,77	154	±8	30,05	5,38
≤ 60 anos	70	65	±12,73	155	±10	26,86	4,26

Fonte: Elaboração própria

Em relação a PA, 64% dos pacientes apresentaram valores considerados normais e 36% apresentaram elevada. A média da PA sistólica foi de 138 mmHg (dp ±25,5) e a diastólica de 83 mmHg (dp ±12,78). Os níveis pressóricos oscilaram entre o mínimo de 110x60 mmHg a um máximo de 220x120 mmHg, mostrando que mesmo em tratamento medicamentoso os usuários apresentam picos hipertensivos.

Os resultados do Minichal-Brasil foram categorizados em dois domínios: manifestações psicológicas e somáticas. O domínio manifestações psicológicas apresentou média de 88.01 [CI: 86.57 - 89.44] (dp ±8,27), com valor máximo e mínimo de 100 e 56, sendo o 1º e 3º quartis, 84 e 94 pontos. Já no domínio manifestações somáticas a média foi de 91.84 [CI: 90.76 - 92.91] (dp ±6,94), com valor máximo e mínimo de 100 e 56, sendo o 1º e 3º quartis 88 e 96 pontos.

Ao aplicar o teste de correlação de *Spermann* entre os domínios do Minichal (manifestações somáticas e o estado mental),

foi possível evidenciar relação de força mediana e positiva ($r = 0.497$).

Utilizando-se uma escala do tipo *Likert*, os entrevistados responderam a seguinte pergunta 'Quanto a HAS e o tratamento da mesma interferem na sua vida?'. Foi obtido o seguinte valor da média 1.976 (dp ±0,94). Estes valores correspondem ao pior resultado da QV obtido neste estudo, uma vez que 67,2 % (n=84) dos entrevistados responderam que a HAS interfere muito ou bastante em suas vidas.

Avaliando o escore total do Minichal-Brasil (soma dos dois domínios e a questão única), e comparando aos resultados encontrados, foi possível identificar que a população apresenta boa QV com média geral de 67,5 [CI: 64.21-70.78]. Ao aplicar o teste de *Wilcoxon* verificou-se que não houve diferença estatisticamente significante na QV do grupo que apresentou pressão elevada e o de níveis pressóricos normais ($p > 0,05$).

Ainda buscando resultados relevantes à pesquisa optou-se por comparar as variáveis para mensurar o grau de dependência entre elas e a QV (*tabela 3*).

Tabela 3. Associação entre as variáveis estudadas nos pacientes hipertensos assistidos pela Unidade Básica de Saúde, segundo a Qualidade de Vida

Variável	Categoria	Qualidade de vida				Valor p	χ^2 *
		Baixa		Alta			
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	13	10,4	24	19,2	0.1954	1,68
	Feminino	42	33,6	46	36,8		
Raça/cor	Branco	13	10,4	27	21,6	<0.001	13.18
	Não brancos	57	45,6	28	22,4		
Escolaridade	Alfabetizado	26	20,8	65	52	0.001	9.74
	Não alfabetizado	20	16	14	11,2		
Idade	Adulto	26	20,8	29	23,2	0.4151	0.66
	Idoso	28	22,4	42	33,6		
Uso de álcool	Bebe	32	25,6	31	24,8	0.1222	2.38
	Não bebe	23	18,4	39	31,2		
Uso de tabaco	Fuma	22	17,6	27	21,6	0.8709	0.03
	Não fuma	33	26,4	43	34,4		
Atividade física	Sim	15	12	27	21,6	0.1843	1.76
	Não	40	32	43	34,4		
Hipertensão	Normal	31	24,8	49	39,2	0.1805	1.79
	Elevada	23	18,4	22	17,6		
IMC	Eutrófico	14	11,2	17	13,6	0.8806	0.02
	Distrófico	41	32,8	53	42,4		

Fonte: Elaboração própria

*Chi quadrado de Person

Discussão

O acometimento da QV mediante o aparecimento de diferentes patologias vem sendo investigado por diversos estudos (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2008; BRITO ET AL., 2008; CORSO ET AL., 2009; LEMOS, 2008; RABELO ET AL., 2011). Os achados evidenciam que uma diminuição na QV está normalmente associada a casos mais graves das doenças e que a manutenção da boa QV é de grande relevância para que estas comorbidades não afetem sobremaneira a vida das pessoas acometidas por elas.

Todavia, a subjetividade do conceito e mensurações da QV são fatores potencialmente limitantes dos resultados obtidos. Também, a utilização de questionário validado diminui as discrepâncias metodológicas potencialmente existentes.

Neste estudo, assim como em outras pesquisas envolvendo hipertensos (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008; CIPULLO ET AL., 2010; COSTA ET AL., 2007; JESUS ET AL., 2008), identificou-se um maior percentual de mulheres acometidas por hipertensão (70,4%). A média de idade dos entrevistados foi de 60,4 anos, sendo este um fator de risco e grande contribuinte para a epidemiologia da HAS, pois existe relação direta e linear entre a PA e idade (VI DBHA, 2010).

Alguns fatores biológicos intrínsecos influenciam na prevalência e na gravidade da hipertensão, sendo estas maiores nos negros (COSTA ET AL., 2007; LIMA ET AL., 2010; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006; PESSUTO; CARVALHO, 1998), o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. De forma semelhante ao apresentado pela literatura, o maior percentual de entrevistados foi da etnia 'não branca' (68%).

Entre as variáveis analisadas, o uso de álcool e tabaco foram os que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$), sendo que 28,8% ($n=36$) dos informantes fumam e bebem de forma associada. Associação semelhante entre fumo e consumo de álcool foi encontrado numa pesquisa realizada em São Paulo (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Foi possível efetuar o cálculo da prevalência do uso de tabaco na amostra estudada evidenciando que 5,6% fumam e 39,2% já fumaram algum tempo em suas vidas. No Brasil, as diferenças metodológicas na abordagem ao uso do cigarro dificultam sobremaneira a comparação dos achados. Todavia, estudos que comparam apenas o *status* de fumante ou não, encontraram prevalências variando de 11,9% (MATOS; LADEIA, 2003) a 30,7% (COSTA ET AL., 2007).

De forma semelhante, a prevalência do uso de álcool foi de 14,4% e 50,4% afirmaram que beberam no passado. No Brasil, o uso de álcool é prática bastante difundida. Estudos realizados apontaram o consumo de bebidas alcoólicas oscilando entre 23,7% (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010) e 53,7% (CONCEIÇÃO ET AL., 2006).

A prática de atividade física foi negada por 66,4% ($n=83$) dos informantes. Esse dado também foi constatado por estudo (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010) no qual de 147 indivíduos, 106 (72,1%) não praticam nenhum tipo de atividade física e num outro (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010) onde 71,1% dos hipertensos entrevistados não praticavam atividade física.

O Índice de Massa Corpórea dos informantes desta pesquisa apontou que 44% ($n=55$) estavam com sobrepeso e 31,2% ($n=39$) obesos, evidenciando que 75,2% ($n=94$) estavam acima do peso recomendado à sua compleição física. Outros estudos encontraram 53% e 52,5% dos participantes com sobrepeso ou obesidade (COSTA ET AL., 2007; SARNO; MONTEIRO, 2007).

No que concerne à QV, ainda são incipientes os estudos que utilizam o Minichal-Brasil,

todavia, pode-se evidenciar que a média da QV foi de 67,82 numa escala de 0 a 100, pouco abaixo da média encontrada no estudo de validade interna do instrumento. Os domínios, 'psicológico e manifestações somáticas', apresentaram médias respectivamente de 88,01 e 91,84. Em estudo que utilizou o Minichal-Brasil, a média da QV, foi de 69,7. As médias por domínios foram 'estado mental' de 69,1 e no domínio 'manifestações somáticas' de 69,9 (MELCHIORI ET AL., 2010).

A análise de dependência entre as variáveis evidenciou diferença estatisticamente significativa entre QV e raça/cor ($p=0.0002$). A maior deterioração da QV tem sido apontada entre os adolescentes pertencentes às minorias étnicas. Um estudo demonstrou que a auto-avaliação da saúde foi melhor entre os adolescentes da raça branca ($p < 0,05$) (HUANG, 2004).

Por fim, a variável escolaridade, também apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0.001$). Diferença similar foi encontrada (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2008) utilizando, todavia um instrumento diferente para medida da QV, sendo que os não alfabetizados apresentaram menores médias em todos os domínios.

Foi possível evidenciar que a QV dos informantes apresenta níveis considerados normais de acordo com a literatura vigente. Ademais, o teste de hipótese mostrou que mesmo entre os grupos que apresentavam níveis elevados de PA e normais no momento do exame, não houve diferença. Há a necessidade de acompanhamento e novos estudos para confirmar os achados, entretanto os resultados deste estudo podem evidenciar que o convívio com a HAS não é, isoladamente, um fator depressor da QV.

Conclusão

O estilo de vida dos informantes é composto, predominantemente, por bons hábitos de vida, como o fato de em sua maioria não

serem fumantes e nem usuários de álcool, sem história do uso de cigarro ou álcool. Todavia foi possível identificar que a grande maioria não possui o hábito de praticar atividade física regular, considerado de suma importância para o controle da HAS. O perfil comportamental da amostra justifica os bons níveis de QV apresentados pela amostra, todavia, alguns fatores que influenciam na mesma puderam ser identificados.

Os aspectos da QV avaliados mostraram a existência de correlação entre os aspectos somáticos e os mentais. Este fato mostra que a já fadada ligação entre a saúde mental

e corporal encontra-se presentes na população estudada, sendo um dos potenciais fatores depressores da saúde física dos indivíduos por consequência do acometimento da saúde mental e também da depreciação da QV.

Quanto aos demais fatores que influenciam na QV pôde-se identificar que a escolaridade e a raça/cor dos entrevistados influenciam de forma acentuada nesta quantificação, sendo que 52 % dos que foram classificados com boa QV eram alfabetizados, e 45,6% dos avaliados como baixa QV eram da categoria não brancos. ■

Referências

- ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 326-332, dez. 2008.
- BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *VIGITEL BRASIL 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 152 p.
- BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Quality of life and perception of illness among individuals with high blood pressure. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.
- CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 519-526, abr. 2010.
- CONCEIÇÃO, T. V. et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 26-31, jan. 2006.
- CORSO, A. N. et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 59-65, jan. 2007.
- HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, set. 2010.
- HUANG, G. H. Self-rated Health among Young People with Type 1 Diabetes in Relation to Risk Factors in a Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 159, n. 4, p. 364-372, 15 fev. 2004.
- JESUS, S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos : aspectos biossociais , conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.
- KEARNEY, P. M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, London v. 365, n.

9455, p. 217-223, 2005.

LEMOS, S. S. *Fatores que interferem na qualidade de vida com diabetes : a opinião dos portadores*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2008.

LIMA, H. P. et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 170-178, 2010.

MATOS, A. C.; LADEIA, A. M. Avaliação de Fatores de Risco Cardiovascular em uma Comunidade Rural da Bahia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 291-296, 2003.

MELCHORS, A. C. et al. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 94, n. 3, p. 357-364, mar. 2010.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

OLIVEIRA, A. F. C.; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 388-394, jun. 2010.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com Hipertensão Arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.

RABELO, D. F. et al. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 115-130, mar. 2011.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 788-796, out. 2007.

SCHULZ, R. B. et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 139-144, fev. 2008.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Revista Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2010.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em novembro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal

Home visit and home care in the Primary Care: a look on oral health

Alessandro Diogo De-Carli¹, Mara Lisiane de Moraes dos Santos², Albert Schiaveto de Souza³, Vera Lúcia Kodjaoglianian⁴, Adriane Pires Batiston⁵

RESUMO O objetivo do presente trabalho foi analisar o processo de atenção domiciliar nas Equipes de Atenção Básica que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Realizou-se um estudo a partir do banco de dados do programa relativos à dimensão que avaliou a realização de visita domiciliar e cuidado domiciliar, com ênfase nas práticas das Equipes de Saúde Bucal. Quase 100% das Equipes de Saúde da Família avaliadas realizam visita domiciliar. O cuidado no domicílio é realizado por mais de 90% dos profissionais da equipe mínima, e por aproximadamente 50% dos profissionais da saúde bucal. A saúde bucal tem desafios a superar em direção a novas práticas na Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Visita domiciliar; Saúde bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The objective of the present work was to analyze the process of home care within the primary care teams that joined the National Program for Access and Quality Improvement. A study was conducted from the database of the program related to the dimension that has evaluated the accomplishment of home visit and home care, with emphasis on the practices of the oral health team. Almost 100% of the evaluated family health teams perform home visits. The home care is performed by more than 90% of the professionals of the minimum team, and by approximately 50% of professionals of the oral health team. The oral health team has challenges to overcome towards the new practices in primary care.*

KEYWORDS *Home visit; Oral health; Primary Health Care.*

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
alessandrodecarli@hotmail.com

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
maralisi@globo.com

³Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
albertss@hotmail.com

⁴Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul - Campo Grande (MS), Brasil.
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

⁵Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
apbatiston@hotmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), possivelmente o maior patrimônio de política pública do País, foi idealizado e constituído por um movimento da sociedade brasileira. Adota os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), e coloca a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, com papel central para a reorganização do modelo assistencial. Contudo, os avanços políticos no setor saúde e a implantação de um número expressivo de Unidades Básicas de Saúde (UBS) não garantem a transformação deste. Esta mudança demanda modificações dos processos de trabalho, de gestão, de formação, de participação, bem como conhecimento da realidade das equipes para planejamento e viabilização de mudanças concretas no cotidiano da gestão e dos serviços, produzindo potência para a consolidação do SUS.

Mediante este contexto, a qualidade da gestão e das práticas de atenção à saúde na Atenção Básica (AB) tem sido prioridade na agenda dos gestores do SUS, e o Ministério da Saúde tem intensificado os esforços em direção a iniciativas para a qualificação da AB. Nessa conjuntura foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), com o principal objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, por meio de um processo bastante complexo que envolve quatro fases distintas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. Particularmente, duas das fases configuram momentos avaliativos: o momento da Autoavaliação (fase do Desenvolvimento) e o momento da Avaliação Externa. Na fase da Avaliação Externa é realizado um conjunto de ações visando investigar as condições de acesso e de qualidade da atenção na totalidade de municípios e Equipes de Atenção Básica (EqAB) que aderiram ao programa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2013), visto que os modelos assistenciais são

delineados e projetados nos microespaços e no cotidiano dos serviços por uma diversidade de aspectos inerentes aos processos de trabalho e aos serviços de saúde, situados em uma conjuntura social-econômica-cultural-histórica (REIS ET AL., 2007).

Entre os indicadores investigados por meio da Avaliação Externa do PMAQ estão a visita domiciliar e os cuidados realizados no domicílio. A primeira é destacada como um indicador de mudança do modelo de atenção (BRASIL, 2012B), alinhada aos princípios da AB, como a integralidade e a continuidade do cuidado, o acesso, a equidade, a humanização e o vínculo (BRASIL, 2012A).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012A) estabelece como uma das responsabilidades das equipes a atenção domiciliar destinada a indivíduos e famílias que tenham dificuldades para acessar os serviços. Esta é considerada como uma estratégia promotora de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo, como um dos instrumentos fundamentais para a atenção integral (BRASIL, 2012B).

Entretanto, ao serem mencionadas na Política Nacional de Atenção Básica as atribuições dos profissionais das equipes (BRASIL, 2012A), a visita domiciliar não está explicitada entre as atribuições do cirurgião-dentista e nem do auxiliar de saúde bucal. Por outro lado, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), indica que as visitas domiciliares devem ser realizadas pelos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (EqSB), como forma de ampliar o acesso aos usuários e às famílias que não têm condições de deslocamento até as unidades de saúde.

Embora se configurem como práticas essenciais na AB, ainda são limitados os estudos que buscam a identificação e a caracterização das práticas da visita domiciliar e os cuidados no domicílio, no cotidiano dos serviços das Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e das Unidades Básicas de Saúde da Família no País, em especial em relação a tais práticas realizadas pelas EqSB. A literatura tem evidenciado com preocupação que, de maneira geral, os

profissionais destas equipes reproduzem o modelo assistencial curativo, clínico, individualizado, pautado nas tecnologias duras, encontrando entraves para a mudança do modelo de atenção com a incorporação de práticas de promoção, prevenção (MATTOS ET AL., 2014) e realização pouco frequente da visita domiciliar (AQUILANTE; SILVA, 2014; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Para contribuir com o debate, a apreciação das práticas dos profissionais das EqSB em relação à visita domiciliar e ao cuidado domiciliar certamente adquire relevância nacional para a formulação de políticas indutoras de mudanças no modelo de atenção. Fato este que promove a ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde de forma universal, integral e com equidade.

A análise dos dados referentes à visita domiciliar e ao cuidado no domicílio, obtidos por meio da Avaliação Externa do PMAQ junto a aproximadamente 17 mil equipes que atuam em UBS em todas as regiões do Brasil, é inédita e elucidará potencialidades e lacunas alusivas a esse tema, presentes no dia a dia das equipes. Adicionalmente, tal análise proporcionará dados concretos para o planejamento e a implementação de ações alinhadas às demandas mais evidentes identificadas na realidade dos serviços, e que serão norteadores de políticas de saúde na perspectiva da atenção integral e da ampliação do acesso à saúde bucal.

Os objetivos deste artigo são de apresentar os dados referentes à realização da visita domiciliar e aos cuidados no domicílio obtidos por meio da Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ, com ênfase na análise das práticas das EqSB; e, verificar se há diferenças entre estas práticas realizadas pelos distintos profissionais das equipes de ESF e das UBS tradicionais.

Método

Trata-se de um estudo observacional transversal em que foram analisados dados provenientes da etapa da Avaliação Externa do

primeiro ciclo do PMAQ, referentes às práticas dos profissionais das EqAB, com ênfase nas EqSB. A fase de Avaliação Externa do PMAQ foi conduzida por instituições de ensino e pesquisa do País, na modalidade multicêntrica, e coordenada pelo Ministério da Saúde; realizada entre os anos de 2012 e 2013. Houve adesão de 17.202 equipes de saúde, todas participantes da Avaliação Externa. Esta foi realizada *in loco* por avaliadores previamente selecionados e qualificados para a aplicação do instrumento. Posteriormente à coleta, os dados foram enviados ao Ministério da Saúde, validados e disponibilizados às instituições parceiras.

O instrumento foi composto por quatro módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe e verificação de documentos; Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde; Módulo Eletrônico – Respondido pelos gestores, contendo informações complementares aos módulos anteriores.

Os sujeitos que responderam à entrevista no ato da Avaliação Externa poderiam ser profissionais enfermeiros, médicos ou profissionais de nível superior que agregassem o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe avaliada, e por ela indicados.

Os dados utilizados nesse estudo foram provenientes do Módulo II, bloco 32 (Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio), sendo analisadas duas questões: II.32.1 “A equipe realiza a visita domiciliar?” e II.32.7 “Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?” (BRASIL, 2012C, P. 29).

Análise dos dados

A avaliação da associação entre o tipo de equipe de saúde (UBS ou ESF) e a realização de visita e cuidado realizados no domicílio pelos cirurgiões-dentistas foi realizada por meio do teste qui-quadrado. Os resultados das demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística

descritiva. A análise estatística foi realizada através do *software SPSS*, versão 20.0, considerando um nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o protocolo nº 21904.

Resultados

No primeiro ciclo do PMAQ foram avaliadas 17.202 equipes de saúde, sendo que destas, 99,6% (17.034) referiram que realizam visita domiciliar em seu cotidiano de trabalho.

Do total de equipes avaliadas, 70,2% (n=12075) eram Equipes de Saúde da Família (EqSF) com EqSB; 26,6% (n=4568) eram EqSF sem EqSB; 1,9% (n=328) delas eram

EqAB (parametrizada – UBS) com EqSB; 0,7% (n=124) eram AB (parametrizada – UBS) sem EqSB; e 0,5% (n=90) foram informadas como outros tipos de equipes. Além disso, não havia informação quanto ao tipo de equipe para 0,1% desta amostra (n=17).

Das 12.075 EqSF com EqSB, somente 12.036 delas responderam se o cirurgião-dentista realizava ou não cuidado domiciliar, enquanto das 328 EqAB (parametrizada – UBS) com EqSB, 319 responderam a este questionamento.

Os resultados referentes à realização de cuidado domiciliar pelos enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares de saúde bucal, tanto das EqSF quanto das EqAB (parametrizada – UBS) do Brasil estão apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Resultados referentes à realização de visitas domiciliares pelos profissionais da Atenção Básica, tanto na ESF quanto nas UBS no Brasil

Variável/Região do Brasil	Tipo de equipe		Total
	ESF	UBS	
Profissionais da equipe que realizam cuidado domiciliar:			
Médico			
Total (p=0,051)	92,5 (15352)	90,0 (398)	92,5 (15750)
Enfermeiro			
Total (p=0,389)	99,0 (16434)	98,6 (436)	99,0 (16870)
Técnico/auxiliar de enfermagem			
Total (p=0,993)	94,8 (15727)	94,8 (419)	94,8 (16146)
Cirurgião-dentista			
Total (p=0,019)	56,1 (6755)	49,5 (158)	56,0 (6913)
Técnico/auxiliar de saúde bucal			
Total (p=0,001)	33,8 (4068)	26,2 (84)	33,6 (4151)

Fonte: Elaboração própria

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valores de p obtidos pelo teste do qui-quadrado, avaliando a associação entre o tipo de equipe e a realização de visitas domiciliares

Não houve diferença significativa entre os enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem das EqSF e aqueles das EqAB (parametrizada – UBS), em relação à realização do cuidado domiciliar (valor de p variando entre 0,051

e 0,993). Por outro lado, os cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares de saúde bucal das EqSF realizavam mais visitas domiciliares do que aqueles da AB (parametrizada – UBS), com p=0,019 e 0,001, respectivamente.

Discussão

A saúde é um direito de todos, e há que se destacar e reconhecer que a saúde bucal é parte importante do processo saúde-doença de todos os brasileiros. Especificamente nesta pesquisa, a análise das práticas de mais de 12 mil EqSB, de todas as regiões do Brasil, em relação à visita domiciliar e aos cuidados no domicílio é inédita, e coloca o conhecimento da realidade como estratégia para avanços na qualidade da atenção, mudança do modelo assistencial e da consolidação do SUS.

Os dados coletados junto às EqSF e das EqAB (parametrizada – UBS) demonstram que quase a sua totalidade informa que a visita domiciliar faz parte das práticas no cotidiano dos serviços. Quando avaliados os dados referentes às EqSB, os achados mostram que aproximadamente metade dos profissionais da saúde bucal não realiza cuidado domiciliar, com resultados bem inferiores em relação aos demais profissionais pesquisados (enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem). A realização pouco frequente do cuidado domiciliar pelos cirurgiões-dentistas foi evidenciada em estudos prévios realizados em distintas realidades e em menor abrangência territorial. Os profissionais referem que não realizam a visita domiciliar por não identificarem possibilidades de atuação no espaço do domicílio (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; COSTA; ARAÚJO, 2013; MATTOS ET AL., 2014).

A realização do cuidado domiciliar por enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem, proporcionalmente bem superiores em relação ao realizado pelos cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares de saúde bucal, possivelmente tenha ocorrido por uma somatória de fatores, como a inserção tardia da EqSB na ESF e à concepção de dependência estrutural de tecnologias duras (AQUILANTE; SILVA, 2014), associados ao paradigma biomédico ainda predominante nos processo de formação em odontologia e à dificuldade

de trabalhar em equipe e com ações coletivas (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; MATTOS ET AL., 2014).

Enquanto os enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem foram inseridos nas EqAB na década de 1990, somente em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal, que propõe a reorientação do modelo assistencial, a ampliação do acesso à saúde bucal e o cuidado em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004). Entretanto, ainda hoje se observa que as ações restringem-se ao atendimento clínico ambulatorial básico e individualizado, por parte do cirurgião-dentista, e a atividades tradicionais, por parte dos auxiliares em saúde bucal (instrumentação, desinfecção e esterilização de materiais /instrumentais), sem a realização prioritária de ações coletivas, como as de promoção, prevenção da saúde, visita domiciliar e atividades junto aos equipamentos sociais do território (AQUILANTE; SILVA, 2014).

O trabalho em equipe e a realização de ações coletivas ainda são considerados desafios para todos os profissionais da saúde, os quais ainda têm, em sua formação, a centralidade na realização de procedimentos técnicos, individualizados e atrelados a tecnologias duras. No caso da formação dos odontólogos, essa realidade não é diferente. O trabalho em equipe é um importante entrave, e os processos formadores nas universidades ainda respaldam o modelo de atenção biomédico individualizado, com a utilização de equipamentos e tecnologias avançadas (MATTOS ET AL., 2014), sob forte interferência da indústria de equipamentos e insumos odontológicos e pela concepção arraigada no imaginário social da atuação profissional em consultório privado, distante das práticas compartilhadas com profissionais de outras áreas (AQUILANTE; SILVA, 2014).

A mudança paradigmática não ocorre espontaneamente, é necessário que a formação dos profissionais da saúde esteja alinhada ao sistema de saúde vigente no País. Além disso, a Educação Permanente passa a ser fundamental no processo de mudança do modelo

assistencial, trazendo para o cotidiano dos trabalhadores a reflexão sobre suas práticas, sendo constitutiva da qualificação da atenção e da ressignificação dos fazeres dos profissionais da saúde no cuidado humano, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2012A).

Além destes fatores, conforme já mencionado, na atual Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012A), a visita domiciliar não está claramente especificada como uma das atribuições do cirurgião-dentista, como consta nas atribuições dos profissionais enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem. Tal fator certamente interfere na implicação daqueles profissionais com o cuidado domiciliar. Por outro lado, a visita domiciliar está indicada claramente na Política Nacional de Saúde Bucal:

A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário. (BRASIL, 2004, P. 15).

No contexto das pessoas acamadas, por meio do censo demográfico de 2010, foi demonstrado que 23,9% da população brasileira apresentam algum grau de deficiência, sendo 3,6 milhões de pessoas com grande dificuldade de locomoção (IBGE, 2010). Tal fato nos faz refletir sobre a necessidade de que todos os profissionais da AB empreguem as ferramentas da visita domiciliar e do cuidado domiciliar em seu cotidiano do trabalho, contribuindo para que o direito constitucional de acesso universal, equânime e integral à saúde das pessoas que não têm condições de se deslocarem até as unidades de saúde seja implementado.

Os resultados encontrados são preocupantes, pois contrariam os pressupostos que nortearam a inclusão das EqSB na AB, com a proposta de romper com o modelo historicamente baseado no atendimento

odontológico clínico individual, excludente, tecnicista, biologicista (MATTOS *ET AL.*, 2014), incluindo no processo de trabalho do cirurgião-dentista ações de promoção, prevenção e controle do processo saúde-doença bucal, com responsabilização pela atenção à saúde de usuários e famílias, com base no princípio da territorialização, em diferentes espaços do território e em equipe.

Tendo em vista que o domicílio faz parte do território, que muitos usuários não têm condições de deslocamento até as unidades de saúde e que é responsabilidade das EqAB atender os cidadãos conforme suas necessidades, a atenção domiciliar passou a ser atividade inerente ao processo de trabalho das EqAB (BRASIL, 2004, 2012B). A identificação de um expressivo número de EqSB que não realiza visita domiciliar e cuidados domiciliares, evidenciado por meio da Avaliação Externa do PMAQ, gera inquietação, pois indica que as especificidades do cuidado na AB – como equidade do acesso, vínculo, integralidade e longitudinalidade – não estão sobrevivendo como prática comum no cotidiano destas equipes.

Considerando a visita domiciliar uma ação articulada entre as EqSF e as EqSB, observam-se indicativos de que ainda está presente na atuação dos cirurgiões-dentistas da AB o perfil da prática laborativa tradicional, individualista e isolada (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010), com fortes indícios de que tais profissionais permanecem presos ao biologicismo e ao ato odontológico terapêutico atrelado ao tratamento de doenças bucais com a valorização das tecnologias duras (AQUILANTE; SILVA, 2014). No que se refere a ações articuladas entre as EqSB e as EqSF, Mattos *et al.* (2014) identificaram que apenas 30% dos odontólogos e auxiliares de saúde bucal de 14 municípios de Minas Gerais realizavam, com frequência, ações conjuntas com as EqSF.

Em contraponto às práticas vigentes dos profissionais das EqSB, a visita domiciliar é momento profícuo para o privilégio das tecnologias leves (MERHY, 2007), qualificando

a atenção à saúde da população – inclusive em seu caráter subjetivo – por meio da qual ocorrerá o encontro entre os atores envolvidos no trabalho vivo em ato (MERHY, 2004). No domicílio, novas configurações do cuidado em saúde se estabelecem, incorporando tecnologias leves no fazer saúde, indispensáveis para a superação do modelo de atenção pautada no paradigma biomédico (SILVA ET AL., 2010).

Quando a visita domiciliar não é vivenciada frequentemente no cotidiano do trabalho na AB, o vínculo com a população adscrita fica prejudicado, o que retroalimenta o ciclo do processo de trabalho alienante e isolado dos profissionais da saúde bucal. As visitas domiciliares, sendo inseridas na prática destes profissionais como ações mais frequentes, fomentariam a aproximação com os sujeitos e com a realidade do usuário/comunidade, bem como otimizariam a força do encontro trabalhador-cuidador-usuário, constituindo-se como uma potência para a transformação das práticas de saúde (SILVA ET AL., 2010).

Cunha e Sá (2013) ressaltaram que, mesmo quando as visitas domiciliares ocorrem, não raramente ficam limitadas ao levantamento do perfil epidemiológico em saúde bucal, como base para priorização de ações e agendamento das primeiras consultas. No entanto, deveriam ser utilizadas como um dispositivo robusto para o conhecimento do contexto familiar e dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, bem como para a realização de atividades educativas ou até curativas (desde que haja infraestrutura adequada) em impossibilitados de se deslocarem à unidade de saúde (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Para que isso ocorra, é necessário que o cirurgião-dentista se reconheça como um profissional de saúde que toma o lugar do ‘dentista curador’ (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010, p. 1648), atento aos problemas bucais e também ao contexto em que os mesmos têm sua origem, de forma a incorporar, no campo

de suas práticas, o cuidado integral e ampliado em saúde, o que não é contemplado (salvo exceções) pela sua formação acadêmica (MATTOS ET AL., 2014).

Em relação à atuação dos recursos humanos auxiliares em saúde bucal (que são categorizados em Auxiliar de Saúde Bucal – ASB e Técnico de Saúde Bucal – TSB), esta ainda é controversa e motivo de polêmicas relativas ao campo de atuação e responsabilização legal, embora seja reconhecida como necessária para a reorientação das práticas em saúde bucal, principalmente após a inserção das EqSB na ESF (ESPOSTI ET AL., 2012). Observa-se a crescente atribuição de responsabilização (às vezes, precarizada) a estes profissionais no cotidiano dos serviços (MATTOS ET AL., 2014), muito mais relacionados às atividades clínicas nas unidades do que às realizadas em outros ambientes (COSTA; ARAÚJO, 2013). Por outro lado, na literatura há relato de exceções nas quais essa relação se inverte, observando-se que auxiliares em saúde bucal realizaram visitas domiciliares em uma frequência superior a 70% em relação às ações clínicas (SANGLARD-OLIVEIRA ET AL., 2013).

O processo de trabalho das EqSB na AB deve ser continuamente avaliado, considerando-se que estas foram incluídas na ESF em um passado relativamente recente. Isso implica um momento de transição no que se refere à formação profissional em nível de graduação, à adequação dos recursos humanos pré-existentes e do reconhecimento dos princípios da APS como norteadores de suas ações.

Há que se considerar também a historicidade da inclusão da saúde bucal nesse contexto. Embora a motivação para a mesma tenha sido relacionada à possibilidade de mudança do modelo técnico-assistencial, sabe-se que muitas das EqSB podem ter sido incorporadas à ESF devido ao incentivo financeiro destinado à gestão, que o considera essencial para o custeio do serviço odontológico (MATTOS ET AL., 2014). Tal fato pode contribuir para a permanência de práticas

reducionistas na esfera da saúde da família, privilegiando as ações curativas e negligenciando o cuidado integral, que deve ser centrado no sujeito e na clínica ampliada.

Outros aspectos a serem apreciados são a excessiva demanda reprimida para a saúde bucal e a incapacidade dos serviços de atenção secundária de incorporarem em suas agendas, o que acaba por sobrecarregar as EqSB. Com isso, as ações inerentes a estas, no âmbito da AB, ficam comprometidas, e a atenção integral e a continuidade do cuidado deixam de ser priorizadas (PEREIRA ET AL., 2012), perpetuando as práticas de atenção individualizadas no âmbito dos consultórios.

Embora esses resultados sejam preocupantes e, no que se refere ao processo de trabalho, cruciais para que o acesso ao serviço de saúde qualificado seja contemplado, cabe lembrar que de forma alguma devem servir para culpabilizações/ações punitivas, pois isto contraria a orientação indutiva, agregadora e dialógica da proposta do PMAQ. Pelo contrário, tais constatações devem ser norteadoras da priorização da superação de problemas em busca da qualidade da atenção, cujo movimento deve ser conjunto (gestão-profissionais-usuários), dialógico, embasado no fomento à cultura da negociação, com vistas às necessidades de saúde dos usuários (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Finalmente, mediante a análise dos dados identificamos que as visitas domiciliares e o cuidado em domicílio são mais realizados pelas equipes da ESF do que pelas EqAB tradicionais (parametrizada – UBS). O mesmo ocorre quando analisados os dados referentes ao cuidado no domicílio realizado pela EqSB.

Há fortes evidências na literatura de que a ESF interferiu positivamente em alguns indicadores de saúde, como a mortalidade infantil (AQUINO ET AL., 2009) e nas internações hospitalares por causas sensíveis à AB (VELOSO ET AL., 2009). Entretanto, estudos referentes aos impactos da ESF sobre indicadores de saúde bucal são limitados, e os resultados positivos

ainda não são evidentes (PEREIRA ET AL., 2012). Os impactos positivos identificados na literatura são referentes ao aumento da cobertura e ampliação do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal com a implantação das EqSB na ESF (MATTOS ET AL., 2014; PEREIRA ET AL., 2012).

A presente análise dos dados da Avaliação Externa do PMAQ vem corroborar com a concepção de que a ESF tem produzido resultados profícuos em relação ao cuidado domiciliar no que se refere à saúde bucal, embora a frequência com que estes ocorram ainda necessite ser potencializada.

Conclusões

As práticas referentes à visita domiciliar e ao cuidado no domicílio das equipes analisadas demonstram que quase a totalidade dessas equipes se refere à realização de visitas domiciliares, e que o cuidado domiciliar é realizado por um percentual expressivo dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Os dados evidenciam que a realização da visita domiciliar e o cuidado em domicílio ainda não foram amplamente incorporados nos fazeres da EqSB, e que estas, vinculadas às equipes de ESF, apresentam melhores desempenhos em relação às Unidades Básicas de Saúde Tradicionais.

Constata-se que há importantes desafios a serem superados para a efetiva reorientação do modelo assistencial da AB no País, e que as EqSB ainda têm dificuldades em incorporar ações diferentes das historicamente instituídas em suas práticas. A Avaliação Externa do PMAQ foi fundamental para desvelar essa realidade, e trazer à tona a necessidade de políticas indutoras ainda mais diretas em relação à inclusão de ações coletivas e no ambiente domiciliar da população adscrita sob a responsabilidade das EqSB, visando à transformação das práticas de atenção à saúde bucal na AB. Recomenda-se, ainda, uma análise dos dados do PMAQ que considerem possíveis

diferenças entre as equipes avaliadas nos distintos estados e regiões do País, possibilitando intervenções direcionadas a cada contexto, considerando-se a dimensão continental do Brasil e as muitas realidades presentes nos diferentes cenários.

O PMAQ, em sua amplitude, cumpre o seu papel no sentido de “estimular desde uma política nacional até a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2013, p. 7). ■

Referências

- AQUILANTE, A. G.; SILVA, G. G. A. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14964>. Acesso em: 10 abr. 2014. No prelo.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.
- _____. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2012c.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F. Dental auxiliares versus community health workers: similarities and contrasts. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 42, n. 5, p. 350-356, set./out. 2013.
- CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Home visits within the Family Health Strategy (FHS): the challenges of moving into the territory. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.
- ESPOSTI, C. D. D. et al. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 372-385, jun. 2012.
- FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1643-1652, jun. 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.
- MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da *Educação na Saúde*. *VER – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saude Publica*, v. 28, n. 3, p. 449-462, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

REIS, M. A. S. et al. Labor process organization in a family health unit: challenges to practice change. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 11, n. 2, p. 655-666, 2007.

SANGLARD-OLIVEIRA, C. A. O. et al. Atribuições

dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, ago. 2013, p. 2453-2460.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev. 2010.

VELOSO, R. C.; ARAÚJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. *Revista de APS*, v. 12, n. 3, p. 238-243, 2009.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade

Pharmaceutical services at primary care in the municipality of Rio de Janeiro: an evaluability assessment

Nathália Cano Pereira¹, Vera Lucia Luiza², Marly Marques da Cruz³

RESUMO Objetivou-se descrever o desenvolvimento de etapas do estudo de avaliabilidade dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Pesquisa documental, com entrevistas realizadas para identificar objetivos, metas e envolvidos nos serviços na atenção primária. Estes subsidiaram a construção do Modelo Lógico de intervenção que priorizou o desenvolvimento de atividades voltadas para o cuidado com o usuário e as comunidades, considerando duas células operacionais: gestão técnica do medicamento e gestão do cuidado. O estudo de avaliabilidade mostrou-se fundamental por possibilitar organizar a construção do modelo do serviço farmacêutico com base em seus pressupostos.

PALAVRAS-CHAVE Serviços comunitários de farmácia; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde.

ABSTRACT *It was aimed to describe the stages development of the evaluability assessment of Pharmaceutical Services in Primary Health Care in the municipality of Rio de Janeiro. Documentary research, with interviews performed to identify the objectives, goals and stakeholders of the Pharmaceutical Service. The latter subsidized the construction of the Logical Model of the intervention. The Logical Model has prioritized the development of activities aimed at care over individual users and communities, by considering two operating cells: technical management of medicine and management care. The evaluability assessment was fundamental for enabling to organize the construction of the Pharmaceutical Services of Logical Model based on their assumptions.*

KEYWORDS *Community pharmacy services; Primary Health Care; Health evaluation.*

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) – Rio de Janeiro, Brasil.
pharmacistnath@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) – Rio de Janeiro, Brasil.
vera@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Endemias Samuel Pessoa – Rio de Janeiro, Brasil.
marly@ensp.fiocruz.br

Introdução

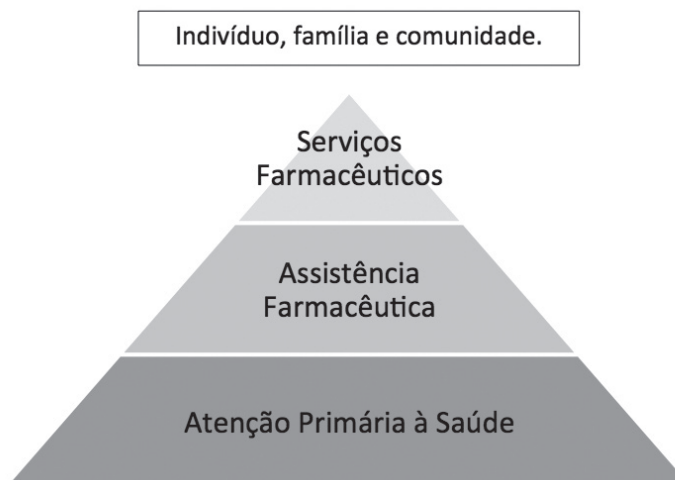
Grandes esforços têm sido desenvolvidos, em âmbito mundial, para garantir acesso aos medicamentos essenciais e ampliar a difusão de políticas nacionais de medicamentos. Apesar disso, uma grande proporção da população ainda não tem essa necessidade garantida. Paradoxalmente, o consumo e a produção de medicamentos crescem a cada ano, exibindo as iniquidades no acesso, o desperdício e o uso inadequado. Esses problemas não estão restritos apenas à população em geral, mas também envolvem prescritores e outros profissionais de saúde, o que gera consequências sanitárias, econômicas e sociais para serviços e sistemas de saúde (OPAS, 2013).

Essas são algumas das razões pelas quais a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) propõe a reorientação de políticas e estratégias relacionadas a medicamentos, que, até o presente momento, estiveram centradas no produto (OPAS, 2009). A nova visão propõe como foco os indivíduos, a família e a comunidade, com suas necessidades e condições de saúde, tendo o medicamento e os Serviços Farmacêuticos (Sefar) entre os elementos fundamentais para a garantia da atenção integral e contínua (RICIERI ET AL., 2006).

Os Sefar na Atenção Primária à Saúde (APS) são definidos como um conjunto de ações no sistema de saúde que busca garantir atenção integral, integrada e contínua às necessidades e aos problemas de saúde da população, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Essas ações devem ser desenvolvidas por farmacêutico ou sob sua coordenação, incorporado à equipe de saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população. A reflexão sobre essa nova proposta enseja estabelecer sua relação com os valores e princípios da APS e reconhecer que os Sefar têm sua máxima expressão no nível da microgestão (OPAS, 2013).

Ainda que o termo Serviços Farmacêuticos tenha historicamente se originado da tradução de *pharmaceutical services*, do inglês, ou de *servicios farmacêuticos*, do espanhol, a expressão Assistência Farmacêutica (AF) ganhou maior abrangência no Brasil, e seu conceito incluiu aspectos como pesquisa, desenvolvimento de produtos, produção de fármacos etc. Dessa maneira, no Brasil, conceitos distintos de AF e Sefar têm sido adotados, entendendo Sefar como um conjunto de ações contidas na AF, que envolvem atividades e processos mais relacionados às unidades e aos serviços de saúde (figura 1).

Figura 1. Organização dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Modificado a partir de Zuluaga, 2013

A organização e a estruturação da AF têm priorizado a execução de ações no nível da macrogestão municipal, desenvolvendo atividades restritas aos componentes técnicos ligados ao ciclo logístico do medicamento: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005; MARIN *ET AL.*, 2003). Apesar dos grandes marcos referenciais do modelo de AF vigente, as atuais políticas têm se mostrado ineficientes na obtenção de resultados satisfatórios com relação ao uso racional de medicamentos, com ações ainda desarticuladas do processo de cuidado em saúde (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

As ações da AF restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder à necessidade da atenção integral à saúde, sobretudo na APS, onde a necessidade de abordagem do indivíduo em sua singularidade sociocultural é imperiosa (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005; BRASIL, 2011A). Assim, faz-se necessário concentrar esforços para a implantação de Sefar integrados aos serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação; prestar serviços assistenciais, com foco na efetividade e na segurança da terapêutica; avaliar, obter e difundir informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e da educação permanente das equipes de saúde (OPAS, 2013; BRASIL, 2009A).

Atualmente, o Departamento de AF do Ministério da Saúde tem repensado o papel do farmacêutico na APS brasileira, reconhecendo sua centralidade na viabilização do modelo de Sefar proposto. A presença do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família (ESF), ora vinculada à estrutura de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ora em alguma outra conformação, faz parte de uma nova etapa de construção e consolidação dos Sefar no Brasil. É o momento de repensar conhecimentos e propor novas atribuições e atividades mais relacionadas com o trabalho em equipe e o cuidado ao usuário (ARAUJO;

UETA; FREITAS, 2005). Sendo assim, é fundamental investir na construção de ferramentas de gestão que possam contribuir para a operacionalização desse novo modelo de Sefar, facilitando a comunicação de seus objetivos e práticas aos gestores, profissionais e usuários.

Em que pese os esforços realizados nas diferentes esferas de gestão, ainda que sejam escassas as evidências geradas no País (MENDES *ET AL.*, 2014), há um razoável consenso entre os atores com experiência nacional (BRASIL, 2009A; VIEIRA, 2007) acerca da fragilidade dos modelos de Sefar em operação na maioria dos municípios. Mendes *et al.* (2014), em estudo realizado com dados de 38.812 unidades básicas brasileiras, afirmam que, embora 75,3% das unidades dispensem medicamentos, a disponibilidade média desses produtos ficou abaixo do valor aceitável, de 80%, proposto pela OMS. Além disso, das 11.144 unidades básicas que dispensavam medicamentos e aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apenas 20,1% contavam com apoio matricial de farmacêutico.

O município do Rio de Janeiro, como parte dos esforços de renovação gerencial na atenção primária e em convergência com a proposta da Opas e do MS, tem desenvolvido estratégias para consolidar a implantação dos Sefar diretamente vinculados às unidades de saúde e com presença de profissional farmacêutico. Por se tratar de um processo de implantação em curso, requer planejamento e monitoramento contínuos com ferramentas de gestão capazes de subsidiar a tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno (CRUZ, 2011), apontando evidências para redirecionamento e melhoria do Sefar na APS.

A avaliação e o monitoramento compõem, juntamente com o planejamento e a implementação, os principais componentes do processo gerencial (CRUZ, 2011). O Estudo de Avaliabilidade (EA) é formado por um conjunto de procedimentos que devem

anteceder a avaliação, fortalecendo seu uso para a tomada de decisão. É, portanto, etapa fundamental no processo avaliativo (NATAL ET AL., 2010). Esse tipo de estudo é precípuo quando se busca o aprimoramento das intervenções, pois estas preveem o esclarecimento dos propósitos da avaliação, assim como a participação dos gestores e demais interessados nas diferentes etapas do processo (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). Considera-se o EA como uma boa ferramenta de gestão por favorecer a construção de entendimentos entre os envolvidos sobre a natureza e os objetivos da intervenção, aumentado às possibilidades dos resultados da avaliação (THURSTON; RAMALIU, 2005).

Este artigo pretende apresentar o desenvolvimento de etapas do EA dos Sefar na APS, com vistas a contribuir com uma ferramenta de gestão útil para os municípios e para a definição das atribuições e atividades dos farmacêuticos vinculados aos Sefar.

Método

Para desenvolvimento do EA foram consideradas algumas etapas da abordagem proposta por Trurston e Ramaliu (2005), sendo elas: identificar metas e objetivos da intervenção; definir os potenciais envolvidos; identificar e analisar documentos e delinear a intervenção – Modelo Lógico (ML). Para a construção das etapas, foram utilizadas como ferramentas metodológicas a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada com os atores-chave identificados. A pesquisa documental e as entrevistas convergiram na importância da implantação simultânea de um conjunto mínimo de ações gerenciais e clínicas para que a intervenção alcance seus objetivos primários de acesso e promoção do uso racional.

O município do Rio de Janeiro foi escolhido como local do estudo devido ao interesse na construção de um modelo de desempenho da atuação dos Sefar na APS desse município.

Esse levantamento foi realizado no período de maio a julho de 2013.

O primeiro passo para a construção do EA foi identificar os objetivos e as metas dos Sefar nos documentos e nas entrevistas. Foram selecionados documentos que tratavam da AF na APS em diversos contextos – internacional, nacional e municipal. Os objetivos gerais, específicos e as metas identificadas nos documentos foram analisados e sistematizados. Para a entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado aplicado a atores-chave envolvidos no contexto da AF municipal, que foram indagados sobre os objetivos e as metas da intervenção, bem como acerca dos resultados esperados com a sua implementação.

A escolha dos sujeitos para a entrevista levou em consideração seu envolvimento na intervenção, considerando seu potencial e sua capacidade de interferir no processo de implementação e na tomada de decisão para a melhoria da AF na APS do município estudado, com representação das três esferas: federal, estadual e municipal. De posse das falas dos atores, as ideias centrais foram categorizadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

As mesmas fontes de dados permitiram a execução do segundo passo, que consistiu na identificação dos potenciais envolvidos e interessados na implantação da intervenção. Deu-se foco àqueles com envolvimento relevante no ML, o que implica aqueles responsáveis pela provisão dos insumos, pela execução das atividades e os sujeitos que recebem os resultados.

O terceiro passo consistiu no delineamento da intervenção, ensejando a organização do conjunto de elementos no ML propriamente dito, ferramenta bastante útil que permite, de maneira visual e sistemática, apresentar as relações entre recursos necessários, atividades e efeitos (produtos, resultados e impacto) que se pretende alcançar com a intervenção (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). Facilitar a comunicação do propósito fundamental da intervenção e apresentar a sua teoria de implantação

são vantagens precípuas do ML, considerado um dos principais produtos do Estudo de Avaliação, pois permite descrever de forma clara e coerente o funcionamento da intervenção (NATAL ET AL., 2010).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, CAAE: 12443313.7.0000.5240, e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Protocolo de Pesquisa nº 56/2013. Todos os entrevistados foram solicitados a manifestar sua anuência por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados da possibilidade de sua identificação, tendo em vista a natureza pública de seus cargos.

Resultados

A pesquisa documental considerou documento de posição de organismo internacional (OPAS, 2013), diretrizes ministeriais (BRASIL, 2006, 2009A, 2009B), diretrizes municipais (RIO DE JANEIRO, 2011) específicas quanto aos Sefar e o Plano Municipal de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2009).

No total, foram entrevistados seis atores-chave: o Assessor Técnico da Assistência

Farmacêutica do Conselho de Secretários Municipais em Saúde do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) e apoiador do Departamento de Assistência Farmacêutica/Ministério da Saúde; o Superintendente da Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde; o Subsecretário de atenção primária, Promoção e Vigilância em Saúde; o Coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal em exercício e seu antecessor; e um Coordenador Regional da Assistência Farmacêutica no município. As entrevistas duraram, em média, 40 minutos.

Identificação dos objetivos e metas dos Serviços Farmacêuticos

De maneira consensual, os documentos analisados, independentemente de sua abrangência quanto à micro ou macrogestão, apresentaram como objetivo geral dos Sefar na APS: 'promover acesso a medicamentos essenciais e seu uso racional'. Além disso, foram encontrados em três (BRASIL, 2006; MARIN ET AL., 2003; RIO, 2011) dos sete documentos analisados objetivos específicos relacionados com os componentes técnicos do ciclo da AF (*quadro 1*).

Quadro 1. Apresenta a síntese dos objetivos específicos organizados por componente técnico dos Serviços Farmacêuticos encontrados na pesquisa documental

Componente Técnico	Documento	Objetivos dos Serviços Farmacêuticos
Seleção	A*	<ul style="list-style-type: none"> Uniformizar condutas terapêuticas. Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados. Contribuir para promoção do uso racional de medicamentos. Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde na tomada de decisões. Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos. Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento.
	B*	<ul style="list-style-type: none"> Promover do uso racional de medicamentos.
Programação	A	<ul style="list-style-type: none"> Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população. Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade do abastecimento. Definir prioridades e quantidades a serem adquiridas diante da disponibilidade de recurso.
Aquisição	A	<ul style="list-style-type: none"> Suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade. Manter a regularidade do sistema de abastecimento.

Quadro 1. (cont.)

Armazenamento	A	<ul style="list-style-type: none"> Controlar estoque de forma adequada.
	B	<ul style="list-style-type: none"> Guardar os produtos dentro das condições recomendadas, respeitadas as especificidades (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis etc.), incluindo a segurança da equipe e do ambiente de trabalho. Localizar de forma pronta, ágil e inequívoca.
	C*	<ul style="list-style-type: none"> Garantir o recebimento adequado de medicamentos. Minimizar perdas por expiração de validade e por outras causas de má conservação.
Distribuição	A	<ul style="list-style-type: none"> Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportunos.
Dispensação	A	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir para a adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica. Minimizar erros de prescrição. Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade. Informar sobre o uso correto do medicamento
	B	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada.
	C	<ul style="list-style-type: none"> Padronizar os procedimentos para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial de forma a assegurar o uso correto, racional e seguro dos mesmos.

Fonte: Elaboração própria

A*: Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua organização (BRASIL, 2006)

B*: Assistência Farmacêutica para gerentes municipais (Marin et al., 2003)

C*: Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica (RIO DE JANEIRO, 2011)

As metas para os Sefar foram explicitadas apenas no documento (RIO DE JANEIRO, 2009) elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram identificadas nove metas relacionadas à AF, sendo três ligadas ao Sefar: 1) atender a 100% da demanda de medicamentos padronizados para a Atenção Básica; 2) produzir e distribuir material educativo sobre o uso de medicamentos a 100% dos pacientes que tiverem acesso a medicamentos; 3) implantar seguimento farmacoterapêutico em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Nas entrevistas, as ideias centrais das falas referentes aos objetivos foram organizadas como 'ligadas aos objetivos gerais e aos objetivos específicos da intervenção'. Já as metas e os resultados esperados foram categorizados em dois grandes grupos: 'gestão técnica do medicamento', com as ideias ligadas às ações de logística e provisão do acesso; e 'gestão do cuidado ao usuário', com as ideias referentes à relação farmacêutico-usuário-equipas de saúde. Em cada um dos grupos, as ideias foram classificadas como sendo de curto, médio ou longo prazo (*quadro 2*).

Quadro 2. Ideias centrais presentes nas falas dos entrevistados acerca dos objetivos, metas e resultados esperados dos Serviços Farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro, 2013

Objetivos dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde		
Ligados ao objetivo geral da intervenção		
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenção de resultados em saúde atrelados ao cuidado farmacêutico; • Acesso a medicamentos; • Uso racional de medicamentos. 		
Ligados aos objetivos específicos da intervenção		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas relacionados a medicamentos; • Notificação de eventos adversos e farmacovigilância; • Acompanhamento do uso do medicamento; • Qualificação dos serviços farmacêuticos. 		
Tipo	Metas	Resultados Esperados
Ligados à gestão técnica do medicamento		
	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar adequadamente os medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico local; • Abastecimento adequado; • Farmácia mais perto da casa das pessoas, priorizando as acessibilidades geográfica, organizacional, sociocultural e econômica; • Acesso a medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmácias organizadas, com estrutura física adequada; • Execução adequada das atividades logísticas: programação, aquisição, armazenamento e distribuição; • Acesso a medicamentos.
Ligados à gestão do cuidado com o usuário		
Curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacêutico à disposição das equipes de saúde; • Usuário compreendendo a prescrição e com menos dúvidas; • Medicamentos prescritos com base em protocolos clínicos municipais e com base na Relação Municipal de Medicamentos essenciais (Remune); • Maior interação com prescritores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção do farmacêutico na APS, junto das equipes de saúde, e maior envolvimento no cuidado direto ao usuário; • Promoção da saúde; • Melhorar problemas relacionados a medicamentos; • Evitar internações por agravamento da diabetes e hipertensão pelo não uso de medicamento; • Acompanhamento de usuários com doenças crônicas; • Realização de visitas domiciliares; • Educação permanente; • Participação em grupos de usuários;
Médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a relação da longitudinalidade com o uso mais racional; • Maior qualificação dos profissionais farmacêuticos; • Promover automedicação com maior nível de informação; • Uso Racional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do profissional farmacêutico; • Adesão do usuário ao tratamento; • Uso racional dos medicamentos.
Longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados em saúde; • Melhoria da qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição de morbidade e mortalidade; • Diminuição da medicalização; • Melhoria da qualidade e da expectativa de vida.

Fonte: Elaboração própria

Principais envolvidos e interessados na AF municipal

Os principais envolvidos e interessados identificados foram organizados em 3 grupos, tendo em conta o envolvimento dos atores nos Sefar.

São eles: a) os responsáveis pela provisão de infraestrutura e insumos: Subsecretário de atenção primária, Promoção e Vigilância em Saúde; o Coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal; os Coordenadores de Área de Planejamento; e Coordenadores

Regionais da Assistência Farmacêutica; b) os responsáveis pela execução das atividades: gerentes; farmacêuticos; e auxiliares de farmácia das unidades da APS; e c) os sujeitos que sofrem a ação dos Sefar e recebem seus resultados: usuários do território.

A fim de esclarecer o papel de cada um dos principais envolvidos na intervenção, seus interesses na implantação e qual o uso provável do ML, as informações foram sintetizadas e organizadas conforme a atuação nos Sefar (*quadro 3*).

Quadro 3. Principais envolvidos na implantação dos Serviços Farmacêuticos no município do Rio de Janeiro e seus respectivos papéis na intervenção, interesse na implantação e seu uso provável do Modelo Lógico. Rio de Janeiro, 2013

Atores	Papel na intervenção	Interesse na implantação	Uso provável do Modelo Lógico
Provisão de infraestrutura e insumos			
Subsecretário de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Financiar, definir estratégias de funcionamento e acompanhar a execução das ações de AF na APS no município do Rio de Janeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir aos municípios o direito ao tratamento integral, gratuito e de qualidade, provendo acesso a medicamentos e seu uso racional. 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados; Melhoria do processo de gestão.
Coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal	<ul style="list-style-type: none"> Definir padrões e normas, organizar, executar processos de compra de medicamentos e acompanhar as ações relacionadas à intervenção no nível municipal; Ensejar a discussão sobre a importância da AF no nível municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir consolidação da AF no município de forma permanente e eficaz; Prover acesso a medicamentos de qualidade, com a presença do profissional farmacêutico promovendo seu uso racional. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer os objetivos, metas e resultados da intervenção; Melhorar o processo de gestão; Identificar facilitadores e obstáculos do processo de implantação; Acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados.
Coordenador de Área Programática Municipal	<ul style="list-style-type: none"> Definir local de implantação dos Sefar, estruturação física e contratação de recursos humanos; Acompanhar a execução das ações dos Sefar no nível regional. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir aos municípios o direito ao tratamento integral, gratuito e de qualidade, provendo acesso a medicamentos e uso racional em uma área de planejamento; Aumentar a satisfação da comunidade com o serviço prestado. 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados; Melhoria do processo de gestão.
Coordenador Regional da Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> Organizar, executar e acompanhar as ações relacionadas à intervenção em nível regional; Ensejar a discussão sobre a importância da AF no nível regional. 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar a AF em uma área de planejamento de forma permanente e eficaz; Prover acesso a medicamentos de qualidade, com a presença do profissional farmacêutico promovendo seu uso racional. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer os objetivos, metas e resultados da intervenção; Identificar facilitadores e obstáculos do processo de implantação; Acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados.
Execução das atividades			
Gerente do Centro Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar as estratégias de funcionamento dos Sefar, corresponsabilizar pela boa execução das atividades previstas pelos coordenadores, acompanhar e facilitar a adequada execução do Sefar no território. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir aos usuários do território o direito ao tratamento integral, gratuito e de qualidade, provendo acesso a medicamentos e seu uso racional; Contar com um profissional capacitado para resolução de problemas relacionados com medicamentos; Prover satisfação da comunidade com o serviço prestado. 	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento sobre os Sefar; ser um instrumento de apoio na tomada de decisões gerenciais; melhorar a qualidade do serviço prestado ao usuário e às equipes e reconhecer resultados positivos obtidos pela intervenção; Divulgar aos usuários e às equipes de saúde os serviços oferecidos pelos Sefar.
Farmacêuticos das unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Organizar e executar as ações da Assistência Farmacêutica nas unidades de APS. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir acesso a medicamentos na hora certa, na dose e quantidade adequada e mais perto da moradia dos usuários; Consolidar o farmacêutico como profissional de saúde com papel bem definido no cuidado à saúde das famílias, indivíduos e comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar a compreensão da intervenção; Definir de forma clara quais atividades e atribuições devem ser desenvolvidas pelos Sefar e quais resultados devem ser obtidos; Ter um instrumento capaz de esclarecer o papel do farmacêutico na APS.

Quadro 3. (cont.)

Auxiliares de Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Executar as ações da Assistência Farmacêutica nas unidades de APS conforme orientação do farmacêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir acesso a medicamentos na hora certa, na dose e quantidade adequada e mais perto da moradia dos usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a compreensão da intervenção, esclarecendo seus objetivos, metas e resultados; • Entender melhor as atividades desenvolvidas pelos Sefar e quais resultados devem ser obtidos.
Sujeitos que sofrem a ação dos Sefar e recebem seus resultados			
Usuário da APS	<ul style="list-style-type: none"> • Ser corresponsável pelo seu processo de cuidado; ter acesso a medicamentos essenciais e orientações sobre seu uso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter um serviço de referência sobre medicamentos no território onde vive; • Ter acesso a medicamentos com qualidade e orientação; • Verificar o cumprimento dos seus direitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter um instrumento capaz de esclarecer todas as atividades a serem desenvolvidas pelos Sefar, servindo como mecanismo de propor melhorias e ajustes.

Fonte: Elaboração própria

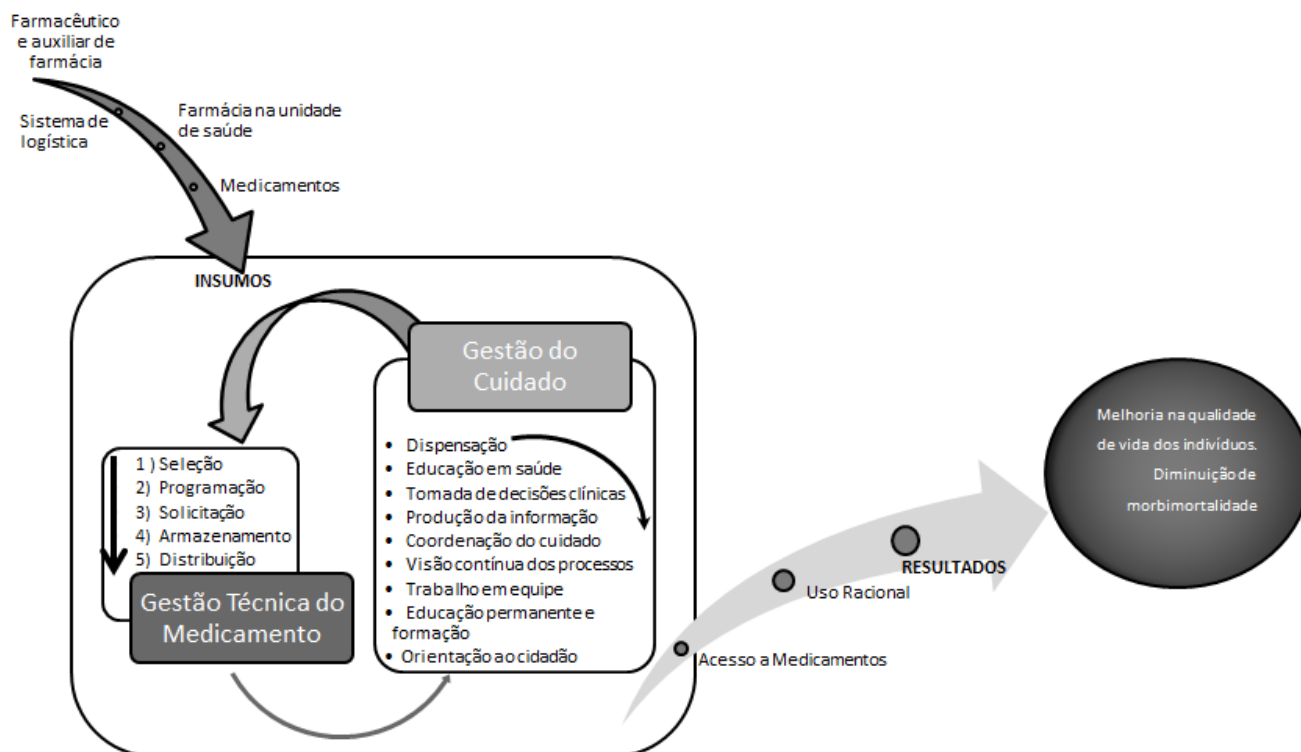
Os principais atores identificados como responsáveis pela provisão de infraestrutura e insumos são gestores de dois níveis distintos de tomadas de decisão. Pode-se destacar aqueles da macrogestão, atuantes no que chamamos de nível central da SMS (subsecretário e coordenador da AF); e da meso, vinculados às coordenações de área de planejamento (coordenadores gerais e coordenador regional da AF).

Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos

Na construção do Modelo Lógico dos Sefar priorizou-se a racionalidade que se aproximava da realidade no município em foco, porém, com novos elementos voltados para o cuidado ao usuário. Isso se deu devido ao fato de os documentos consultados e as entrevistas preconizarem que as ações dos Sefar sejam centradas nos usuários, nas famílias e na comunidade.

O ML foi organizado considerando-se duas células operacionais: gestão técnica do medicamento e gestão do cuidado (*figura 2*). Neste estudo, optou-se por utilizar a divisão do modelo nessas células operacionais, visando a demonstrar que a intervenção passa por esses dois momentos operativos distintos. A primeira célula operacional, que está voltada para ações diretamente ligadas ao medicamento, foi organizada em cinco componentes técnicos: seleção, programação, solicitação, armazenamento e distribuição. A segunda célula, voltada às ações ligadas ao uso e ao cuidado com usuários, possui nove componentes técnicos: dispensação; educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção; tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas; produção da informação e comunicação; coordenação do cuidado; visão continuada e integral dos processos; trabalho em equipe e relações interprofissionais; educação permanente e formação; e orientação ao cidadão.

Figura 2. Síntese do Modelo Lógico teórico dos Serviços Farmacêuticos na atenção primária



Fonte: Elaboração própria

No ML, as células operacionais da ‘gestão técnica do medicamento’ e da ‘gestão do cuidado’ estão interligadas e formam um conjunto de componentes técnicos que, juntos, produzem os resultados intermediários esperados da intervenção: acesso a medicamentos e seu uso racional. Cada componente é constituído por vários elementos ou atividades, cujo conjunto propõe uma estratégia para atingir um objetivo específico. Por sua vez, cada elemento se desdobra em um produto, com resultados imediatos e resultados intermediários, que, juntos, produzem o impacto do Sefar. As atividades logísticas, descritas na primeira célula operacional, são consideradas atividades básicas dos Sefar. O desenvolvimento adequado do Sefar depende da realização das atividades vinculadas a cada componente técnico: seleção, programação, solicitação, armazenamento e distribuição. Tais componentes estão interligados numa relação de

causa-efeito para a produção dos melhores resultados.

Discussão

Os objetivos específicos encontrados para o Sefar priorizam atividades mais ligadas às ações gerenciais, ou seja, à gestão técnica do medicamento. Isso se deve ao fato de que tais ações vêm sendo amplamente discutidas nos últimos anos, possibilitando sua definição de forma mais clara nos documentos. Apesar dos documentos abordarem ações voltadas para a relação farmacêutico-usuário, no cotidiano das equipes e das unidades de saúde, definição de objetivos específicos vinculados a essas atividades não foram encontrados. Autores nacionais, como Mendes (2012), ainda consideram a AF como sendo um sistema de apoio às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e não algo que faça parte diretamente da gestão da clínica.

O fato de não terem sido encontradas metas em outros documentos se deve, principalmente, à abrangência e à função de cada documento dentro do cenário de implantação do Sefar. Os documentos regionais precisam ser mais específicos e práticos do ponto de vista da execução. As metas identificadas foram consideradas incipientes e pouco realistas, pois não dimensionam claramente a adequação entre os recursos disponíveis, o plano de implementação e os efeitos esperados.

A análise das falas e dos textos também permitiu evidenciar que não há uma única forma para implantação dos Sefar, ou seja, não há um modelo definitivo a ser seguido pelos gestores no País. Cada estado, junto com seus municípios, ou até cada município, individualmente, define seu *modus operandi*. O município do Rio de Janeiro optou por implantar uma proposta de Sefar na qual as farmácias estão vinculadas diretamente à estrutura das unidades de saúde na APS. Além da estrutura física, a inserção do profissional farmacêutico nesses serviços também foi considerada uma prioridade pelos gestores. Essa estruturação favorece a implantação de medidas e ações voltadas à gestão do cuidado aos usuários, indo ao encontro dos objetivos, metas e resultados esperados pelos atores-chave.

Para o sucesso da intervenção, é necessário que tais atores conheçam os objetivos da intervenção e estejam envolvidos com seu processo de implantação. Cada gestor, dentro do seu nível de decisão, desenvolve atividades simultâneas para garantir o adequado funcionamento e a execução dos Sefar, que, por sua vez, ficam sob responsabilidade direta do gerente e do profissional farmacêutico. O gerente tem como papel organizar os meios e os processos de trabalho para que a organização cumpra com seus fins: cuidar da saúde da população, ajudando as pessoas a mudar seus estados de consciência (autonomia) e os trabalhadores a ter mais autonomia na organização de seus processos

de trabalho (PESSÓA; SANTOS; TORRES, 2011). Esse profissional é responsável por facilitar e garantir, juntamente com o farmacêutico, seu bom funcionamento.

O farmacêutico e sua equipe possuem papel fundamental na implantação dos Sefar na APS. Eles são responsáveis por garantir a efetivação do acesso a medicamento, pois tanto o farmacêutico quanto seus auxiliares promovem ações que possibilitam aos usuários compreender melhor sua saúde, seus medicamentos, seu projeto terapêutico e suas necessidades (OPAS, 2013; RICIERI ET AL., 2006).

Uma forma de instrumentalizar os farmacêuticos e demais profissionais vinculados ao Sefar, a fim de tê-los como promotores de mudanças, é desenvolver instrumentos claros que definam quais são os objetivos, atividades e resultados esperados com a implantação de novos serviços ou programas. O desenho do ML possibilitou organizar os elementos dos Sefar de uma maneira mais clara acerca da racionalidade da construção da intervenção e das relações causais empregadas na sua elaboração. O detalhamento das atividades em cada componente técnico foi importante para definir de forma clara quais ações devem ser feitas e quais são os insumos necessários para o alcance dos objetivos da intervenção. Segundo Bezerra, Cazarin e Alves (2010), a modelização com nível de detalhamento adequado contribui para o entendimento comum entre os envolvidos na intervenção a respeito do problema que se quer resolver, dos objetivos e dos resultados esperados, favorecendo a identificação de lacunas e resultados fora da realidade ou incoerentes.

O ML, além de ser uma ferramenta útil para os gestores, também pode ser utilizado como uma ferramenta para apresentar aos profissionais de saúde o que foi previsto e será realizado. Entende-se como papel dos gestores nos serviços de saúde democratizar a informação a fim de viabilizar uma participação ativa dos usuários e profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, destaca-se a importância estratégica do conceito de empoderamento (*empowerment*), definido como o processo através do qual pessoas e comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde (MARTINS ET AL., 2008).

Embora a divisão em células operacionais seja uma forma estratégica de organizar o ML, cabe ressaltar o caráter inter-relacional dos componentes técnicos e sua aplicação na perspectiva da microgestão, no nível das unidades de saúde de APS.

Na ‘seleção’, o farmacêutico escolhe quais medicamentos devem ser programados e solicitados para sua unidade. Essa atividade deve levar em conta o perfil epidemiológico do local, bem como a opinião dos prescritores vinculados à unidade de saúde. Na ‘programação’, é feita uma estimativa de quanto será consumido mensalmente nas unidades. Dados de consumo, estoque máximo, mínimo, reserva e demanda reprimida precisam ser considerados. De posse das quantidades estimadas, é realizada a ‘solicitação’ ao Núcleo de Assistência Farmacêutica regional, por meio de planilha eletrônica, dentro do prazo determinado. Ao receber os medicamentos solicitados na data prevista, todas as medidas de conservação de produtos e controle de estoque devem ser seguidas para que seja garantida a qualidade dos medicamentos até sua entrega ao usuário. Após a guarda do medicamento, existem dois mecanismos pelos quais os medicamentos chegam até o usuário: a distribuição e a dispensação.

A ‘distribuição’ se dá pelo abastecimento de setores da unidade de saúde, como o de observação clínica e a sala de curativos, que necessitam de medicamentos para atendimento de casos de urgência e acompanhamento de usuários com feridas. Esse abastecimento é feito periodicamente e conta com a colaboração de outros profissionais de saúde para a manutenção de estoque mínimo dos setores, garantia de conservação e validade. Nesse caso, embora os usuários tenham acesso aos

medicamentos no momento de necessidade, a entrega não é feita diretamente a eles.

A ‘gestão do cuidado’ possui um número maior de componentes técnicos e de atividades em comparação com a gestão técnica do medicamento. Isso se dá porque esse modelo propõe uma maior dedicação dos Sefar às ações ligadas diretamente ao uso do medicamento e ao usuário. Nessa célula, a dispensação é considerada o principal ato disparador das ações de cuidado, sendo por meio dele que o usuário tem acesso a seus medicamentos e que o farmacêutico inicia sua abordagem assistencial. O bom desempenho da dispensação influencia de forma direta a saúde dos usuários, principalmente por ser o último momento em que há contato do usuário com um profissional de saúde, antes do início do tratamento (BRASIL, 2009A; MARIN ET AL., 2003).

A ‘dispensação’ é o ato de entrega do medicamento ao usuário na dose prescrita, na quantidade adequada e com informações suficientes para seu uso correto (BRASIL, 2009A). A sua execução começa no momento em que o usuário chega à farmácia, incluindo o momento de interação com o trabalhador, seja o próprio farmacêutico ou outro profissional. Esta fase de acolhimento é influenciada por fatores relacionados à qualidade da área de espera e, principalmente, pelas atitudes e pelos comportamentos do provedor quando se aproximam os usuários (ESHER ET AL., 2011). Por ser um momento de contato estreito com o usuário, esse componente foi relacionado à gestão do cuidado por se acreditar que as atividades realizadas nessa etapa devem ser desenvolvidas visando ao cuidado com o usuário.

Alguns componentes da gestão do cuidado alimentados pela dispensação são: educação em saúde; aconselhamento e medidas de prevenção; tomada de decisões clínicas, diagnósticas e terapêuticas; e a produção da informação. Os demais – como coordenação do cuidado, visão contínua dos processos, trabalho em equipe e relações

interprofissionais, educação permanente e formação e orientação ao cidadão – podem ser desenvolvidos de forma independente ou em paralelo à dispensação.

O componente ‘educação em saúde’ reúne atividades educativas, de prevenção de riscos ligados ao uso de medicamentos, principalmente com doentes crônicos e crianças, utilizando ferramentas de trabalho com grupos, visita domiciliar e intervenção individual. Neste componente são propostas ações para a prevenção de riscos ligados à intoxicação infantil e ao descarte inadequado de medicamentos. Segundo Werneck (2009), as intoxicações exógenas são importantes causas de morbidade infantil no cenário mundial, representando uma carga alta tanto em termos de morbidade como no que diz respeito aos custos de atenção hospitalar. Isso leva a crer que ações de prevenção e promoção voltadas ao público infantil são uma importante estratégia a ser desenvolvida pelos Sefar.

O terceiro componente técnico, intitulado ‘tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas’, possui um conjunto de ações voltadas para a clínica e a terapêutica do paciente. Diz respeito à identificação de erros de prescrição, elaboração de plano terapêutico compartilhado, identificação de problemas relacionados a medicamentos e consulta farmacêutica, caso necessário. Este componente sugere ao profissional farmacêutico um maior envolvimento com as questões diretamente ligadas à condição de saúde do usuário, bem como aos efeitos do tratamento sobre sua saúde individual.

Alguns estudos reforçam a ideia de que a intervenção do farmacêutico aumenta a adesão a regimes terapêuticos e pode promover redução de custos hospitalares, ao reduzir o número de prescrições, de internações e de medicamentos associados a reações adversas (ROMANO-LIEBER ET AL., 2002). Segundo resultado de estudo desenvolvido no Canadá por Mckinnon e Jorgenson (2009), houve uma melhora na gestão da medicação quando o farmacêutico estava integrado ao

centro primário de saúde e colaborava com médicos de família na realização ou renovação da prescrição. Portanto, a presença do farmacêutico na tomada de decisões terapêuticas na APS é de suma importância para aprimorar o processo de cuidado e evitar danos à saúde, sendo que, para haver de fato reconhecimento desse trabalho, é preciso divulgar tais ações.

Para isso, a ‘produção da informação’ é considerada um componente extremamente importante do ponto de vista da gestão. A realização de ações farmacêuticas promotoras, principalmente, de resultados positivos em saúde deve ser alvo de estudos, a fim de gerar informações para o serviço e para a população. A participação em eventos técnicos precisa ser incentivada pelos gestores como forma de estimular a criatividade dos profissionais e o aprimoramento do processo de trabalho. Outras formas de comunicação também podem ser usadas no desenvolvimento de campanhas de comunicação social, com propósito de promover a discussão sobre medicamentos e seu uso racional. Além disso, materiais informativos auxiliam os usuários no autocuidado orientado e na automedicação responsável.

O mecanismo de comunicação é algo muito utilizado nos Sefar e contam com o desenvolvimento de habilidades específicas. O treinamento contínuo dos recursos humanos, principalmente dos profissionais atuantes nos Sefar, é algo que precisa estar inserido na rotina do profissional farmacêutico. A função ‘educação permanente e formação’ está prevista na Política de Atenção Básica como atribuição dos profissionais atuantes na atenção primária. Logo, não poderia deixar de estar presente no ML dos Sefar, uma vez que suas atividades, principalmente aquelas ligadas à formação profissional e autoavaliação, colaboram para a melhoria dos processos de trabalho em saúde.

O ML dos Sefar conta com componentes relacionados a diretrizes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB) (2011B). A corresponsabilização pela coordenação do cuidado, a visão integral dos processos e assistências e o ‘trabalho em equipe’ são atitudes incorporadas ao ML dos Sefar por meio de atividades bem definidas, tendo como foco a melhoria dos resultados dos serviços prestados aos usuários. A ‘coordenação do cuidado’ pressupõe o acompanhamento do usuário pelos diversos pontos da RAS, e esse conjunto de ações também deve envolver a garantia de acesso a medicamentos especializados. Tais medicamentos são fornecidos pelo ente estadual e normalmente atendem a uma demanda de tratamentos dos níveis secundário e terciário da RAS.

Além dessas atividades, o componente de coordenação do cuidado também pressupõe a realização de acolhimento à demanda espontânea, ou seja, realizar escuta qualificada à situação/queixa dos usuários, inclusive daqueles não pertencentes ao território adscrito pela referida unidade, avaliando a melhor forma de orientá-los (GOMES ET AL., 2010). O acolhimento é uma ação que perpassa diversas atividades dos Sefar, sendo uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2011C). A recepção da farmácia na unidade de saúde é um local de livre acesso para a população e onde não devem haver barreiras impeditivas. Sendo assim, o Sefar torna-se um dos locais da unidade de saúde onde o acesso a um profissional de saúde é bastante facilitado, permitindo-lhe ser visto pelos usuários como uma das principais portas de acesso e informação aos serviços dentro da unidade de saúde.

Para a consolidação do Sefar como um *locus* de referência do cuidado para usuários e trabalhadores da saúde, o profissional farmacêutico e sua equipe necessitam ter uma ‘visão contínua e integral dos processos’, conhecendo a rede de atenção à saúde

municipal, as linhas de cuidado e o processo de trabalho das equipes. A participação no desenho, na implantação e na melhoria dos processos e assistências, no âmbito local, legitima o farmacêutico como membro da equipe e envolve outros profissionais nas atividades ligadas à promoção do uso racional e ao acesso a medicamentos.

O último componente técnico da gestão do cuidado e do ML dos Sefar é a ‘orientação ao cidadão’. Embora tenha sido considerado um componente técnico com uma atividade bem definida, preconizando a participação do farmacêutico nos espaços de controle social, o conceito atrelado a esse componente deve perpassar todo o ML. Afinal, espera-se que os profissionais compartilhem com o cidadão a tomada de decisões ao oferecerem informação oportuna, permitindo que ele participe e decida, com conhecimento, sobre seu processo assistencial. Faz também com que suas ações deem uma resposta individualizada às necessidades e expectativas de cada usuário, considerando sua opinião e seus direitos. Deve garantir a confidencialidade da informação à qual tem acesso e manter respeito à intimidade e à privacidade do usuário durante sua assistência. E, ainda, favorecer acessibilidade dos cidadãos e contribuir para resolver a demanda assistencial no tempo adequado (SEFAP, 2001).

A identificação dos interessados cumpriu o papel de esclarecer quais são as pessoas que precisam estar articuladas para que aconteça, de fato, a implantação mínima dos Sefar. Além dos atores da macro e da mesogestão, os profissionais da microgestão, como gerentes de unidades básicas, desenvolvem um papel decisivo no desempenho desses serviços. Sem o apoio dos gerentes, a realização das diversas atividades propostas não é priorizada, e estas acabam sendo esquecidas em meio à rotina das atividades logísticas. A participação comunitária é também fundamental para a consolidação dos Sefar na APS, pois é por meio das

demandas geradas e pelo o reconhecimento dos resultados positivos que os gestores passam a apoiar e priorizar as ações ligadas ao uso de medicamentos.

Embora sejam reconhecidos como pre-cípuos a participação ativa desses atores e o seu apoio nas demandas estruturais da implantação, é necessário frisar que a cor-responsabilização e o compromisso ético do farmacêutico são fundamentais para a implantação dos Sefar nos municípios. O profissional farmacêutico é peça chave para fazer a intervenção acontecer, bem como para estreitar o elo entre usuários e as equipes de saúde. Sabe-se que organizar o cotidiano do trabalho nos Sefar é uma tarefa árdua, que envolve saberes diversos, como habilidades de comunicação, técnicas e psicológicas. Dessa forma, é preciso investir em formação e qualificação técnica e cultural com o intuito de aprimorar competências e treiná-las para o exercício na APS.

A construção do ML pode ser considerada como uma grande contribuição para a gestão, pois ele define o que deve ser realizado e qual a estrutura necessária para que os objetivos da intervenção sejam alcançados. O modelo proposto sugere desafios para a atuação do Sefar. Tal ferramenta poderá ser utilizada como instrumento indutor de práticas, não devendo ser um documento isolado, mas, sim, algo útil, capaz de auxiliar os farmacêuticos a conhecer suas tarefas e compreender o que se espera da intervenção. Assim, espera-se que possa contribuir como proposta norteadora de melhores práticas em serviço, atendendo a uma necessidade das organizações no cotidiano do trabalho na APS.

Enfim, a atuação na APS implica a relação com a equipe multiprofissional, o envolvimento e o conhecimento sobre o território e a compreensão do papel desenvolvido por cada profissional dentro das unidades de saúde. Atuar nesse cotidiano pode ser enfrentado como um desafio para os

farmacêuticos, pois, durante anos, a função desse profissional esteve restrita à gestão técnica do medicamento.

Das sete etapas da avaliabilidade propostas por Trurston e Ramaliu (2005): 1. Delimitar o programa pela identificação de metas, objetivos e atividades que o compõem; 2. Analisar os documentos; 3. Modelar a entrada de recursos, as atividades realizadas e os efeitos esperados, identificando os elos causais; 4. Identificar os interessados; 5. Explorar o programa, buscando compreender como ele funciona; 6. Desenvolver um modelo de programa avaliável; e 7. Obter os acordos necessários para prosseguir com a avaliação, consideramos ter cumprido integralmente as quatro primeiras e parcialmente a quinta e a sexta. A sétima não foi realizada.

Disso, resultam algumas limitações. O estudo, ainda que envolvesse uma gestora dos Sefar do município em questão, tendo como motivação o interesse da própria autora pelo tema, assim como a solicitação de vários dos interessados aqui incluídos, foi desenvolvido em ambiente acadêmico, com os desafios trazidos pelo ajuste da temporalidade deste com a da vida real. Buscou-se ser abrangente na seleção dos entrevistados, mas houve foco na macrogestão nos três níveis do sistema brasileiro, não tendo sido incluídos representantes de todos os interessados, sobretudo os da microgestão e os usuários que foram, portanto, identificados por terceiros. Em todos os casos, a fala dos atores será sempre situacional e histórica. De forma semelhante, a compreensão do programa, traduzida no ML apresentado, é sempre uma representação dada por um conjunto de atores, portanto, permeada por seus valores e ideologias. Não se avançou, durante o estudo aqui relatado, para a etapa mais operacional, dos acordos concretos para a implementação do monitoramento, incluindo a programação de recursos e a definição de responsabilidades, etapas em processo no momento de fechamento do texto.

Considerações finais

A proposta de realizar um estudo de avaliabilidade dos Sefar na APS do município do Rio de Janeiro teve como principal finalidade contribuir para o desenvolvimento de uma ferramenta útil, capaz de subsidiar os gestores da AF e a atenção primária na tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno, apontando evidências para redirecionamento e melhoria do Sefar na ESF.

Foram identificados os objetivos e as metas da intervenção, cujas definições locais se mostraram coerentes com a literatura seminal internacional quanto ao primeiro aspecto e incipientes e pouco claras no segundo. Este certamente é um aspecto a ser melhorado para guiar o monitoramento de forma adequada. Foram mapeados os atores e seu interesse na intervenção,

aspecto a ser confirmado com a implementação do monitoramento. O ML oferece a guia dos recursos, atividades, efeitos e sua relação causal.

É importante destacar que os EA se justificam como etapa preparatória para uma avaliação (ou, no caso, monitoramento), inclusive apoiando a decisão quanto à sua pertinência, seu foco e sua tempestividade. O presente trabalho pretendeu relatar apenas a fase do EA, realizada com intenção preparatória para o monitoramento da intervenção em foco, o qual encontrava-se ainda em preparação até o fechamento do texto. Tendo em vista a grande relevância dos EA na literatura internacional sobre avaliação e sua ainda baixa abordagem na literatura internacional, acreditamos que nosso relato possa trazer contribuições para os ajustes dessa estratégia no contexto nacional. ■

Referências

- ARAUJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais (Org.)*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica, para a

- Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. p. 56 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1).
- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Americana de Saúde*, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.
- CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2011.
- ESHER, A. et al. Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4833-4844, 2011.
- GOMES, C. A. P. et al. *A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: FUNED, 2010.
- MARIN, N. et al. (Org.). *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.105-121, 2008.
- MCKINNON, A.; JORGENSEN, D. Pharmacist and physician collaborative prescribing: For medication renewals within a primary health center. *Canadian Family Physician*, Toronto, v. 55, n. 12, p. 85-91, 2009.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 109-123, 2014.
- NATAL, S. et al. Estudo de Avaliabilidade da Rede de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Taller: "Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud"*. Santo Domingo: OPS, 2009.
- _____. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 6).
- PESSÔA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. R. B. O. (Org.). *Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.
- RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2009.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Assessoria de Assistência Farmacêutica. *Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2011.
- RICIERI, M. C. et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? *Visão Acadêmica*, Curitiba, v. 7, n. 2. 2006.
- ROMANO-LIEBER, N. S. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 18, n. 6, p. 1499-1507, 2002.
- SOCIEDADE ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEFAP). Competencias para

farmacêuticos que trabajan en atención primaria. In: *Series Divulgativas*. Barcelona: SEFAP, 2001.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Renfrew, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 302-307, 2009.

ZULUAGA, G. C. R. *A assistência farmacêutica e a atenção primária à saúde: coordenação, integralidade e continuidade do cuidado na Dispensação e Atenção Farmacêutica no Brasil*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Recebido para publicação em julho de 2014
Versão final em janeiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: ‘Quem cuidará de nós em 2030?’

Health services for the elderly through the eyes of the health councilors of the Metropolitan Region of São Paulo: ‘Who will take care of us in 2030?’

Ana Paula Leal Loureiro da Silva¹, Otávio Toledo Nóbrega², Beltrina Côrte³

RESUMO O estudo foi desenvolvido por meio de um recorte da pesquisa: ‘Quem cuidará de nós em 2030?’. Sob a ótica dos conselheiros de saúde buscou-se compreender a percepção sobre os serviços oferecidos hoje e os que seriam necessários em 2030 para os idosos. Ao serem questionados sobre possíveis direcionamentos de ações para os dias de hoje e para 2030, a construção e aperfeiçoamento de espaços de convivência foram os mais citados pelos sujeitos. Há clara preferência por programas que propõem fortalecimento de vínculos familiares e comunitários com atividades sócio-ocupacionais e de lazer. Foi percebido que no campo das ações preventivas muito ainda deve ser articulado para garantir qualidade nos serviços.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de saúde para idosos; Saúde do idoso.

ABSTRACT *This study of an excerpt of the research ‘Who will take care of us in 2030?’. From a health councilor standpoint, this study sought to understand the perception about the health services offered today and the ones expected in 2030 for the elderly. When questioned about possible directions for today and for 2030, the construction and improvement of living centers were always mentioned by the councilors. There is a clear preference for programs that strengthen family and community ties through leisure, social, and occupational activities. It was strongly perceived that large scale preventive actions are needed to guarantee the quality of the services provided.*

KEYWORDS *Health councils; Unified Health System; Health services for the elderly; Health of the elderly.*

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil.
anapaula-loureiro@hotmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) – Ceilândia (DF), Brasil.
otavionobrega@unb.br

³Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia – São Paulo (SP), Brasil.
beltrina@pucsp.br

Introdução

Este trabalho se constitui em um recorte da pesquisa Método Delphi eletrônico para prospecção dos serviços/cuidados necessários ao idoso – ‘Quem cuidará de nós em 2030?’, que buscou retratar a percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre o cuidado oferecido hoje e em 2030 aos idosos da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

A pesquisa de origem objetivou explorar o consenso de três segmentos: gestores de saúde do município, conselheiros municipais de saúde e conselheiros municipais do idoso. Foi realizada, em campos, na RMSP e na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF), de 2010 a 2012.

O estado de São Paulo apresenta nítida transformação demográfica. Em 2000, o número de idosos para cada 100 jovens era de 23,23 subindo para 36,50 em 2010 quando no Brasil o número foi de 30,66 idosos, mostrando que a concentração de idosos no estado é maior do que na média nacional (IBGE, 2010).

Ao se tratar da RMSP, ressalta-se que, mesmo com o número de idosos aproximado na média do estado, o envelhecimento da população nesse território ocorre desigualmente em relação às diferentes regiões da metrópole. Em locais em que o perfil socioeconômico da população é mais elevado, a presença de idosos é maior do que nas regiões mais pobres (MEDEIROS; CASTRO, 2004).

A população da RMSP é formada por diferentes etnias e culturas, com uma população estimada de 20.731.917 pessoas, vivendo com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio elevado (0,828), porém com grandes discrepâncias entre municípios, demonstrando formas distintas de acesso a serviços de saúde, assistência, educação, saneamento e habitação (MEDEIROS; CASTRO, 2004).

É possível afirmar que a RMSP, por suas características, tem inegáveis vantagens em relação a outras regiões do estado, como infraestrutura, rede de serviços e

principalmente a multiculturalidade. A miscigenação das etnias produz uma soma de hábitos, costumes, conhecimento e cultura que enriquece o cotidiano da metrópole e, certamente, contribui para delinear eixos de uma nova comunidade (OLHE, 2009).

Embora seja reconhecida como local que oferece a seus moradores bom acesso a serviços públicos, incluindo os de saúde, ela reflete os contrastes e contradições do País. Os idosos se veem diante de situações que evidenciam o despreparo das cidades para acolhê-los com dignidade. Apesar de haver crescente número de serviços oferecidos pelas cidades à população idosa, eles estão dispersos ou localizados em determinadas áreas de maior concentração de renda e em número pequeno de modalidades de atendimento, deixando poucos com muitas alternativas e muitos com poucas oportunidades de acesso.

Em um mundo em forte aceleração histórica, quando se trata de políticas públicas e de planejamento, ou seja, projetar o futuro, é imprescindível se basear em observações do passado, quando o idoso era visto como passivo e dependente, a espera do final da vida. Para ele, era essencial casas de saúde e instituições de longa permanência como moradias coletivas para acolhê-lo oferecendo casa e comida (QUARESMA, 2006).

O idoso de 2030 será o adulto da atualidade, com maior acesso a informações sobre deveres e direitos de cidadania, inserido nas novas configurações sociais, com tecnologia incorporada à sua rede. A geração que estará idosa em 2030 não é um grupo homogêneo, para o qual bastam políticas generalistas. É importante não padronizar os idosos como categoria única, mas reconhecer que essa população apresenta características tão diversas quanto qualquer outro grupo etário. Cada grupo de idosos — como os de baixa renda, de mulheres, homens, idade mais avançada, indígenas, analfabetos, da população urbana ou rural — tem exigências e interesses específicos que precisam ser tratados

diferenciadamente, por meio de programas e modelos de intervenção adequados a cada segmento (UNFPE, 2012).

Com mais acesso a informações, os desejos para um envelhecer em 2030 estão voltados à promoção da autonomia e do desenvolvimento pessoal, melhorias do local em que se vive, atrelando conceitos de segurança e acessibilidade, acolhimento profissional e especializado, e proximidade ao domicílio para situações de maior complexidade em termos de cuidados.

As expectativas desenham um cenário diferente do que se vive na atualidade. Para ser alcançado em 2030, deve haver medidas e políticas públicas que ouçam os idosos e as pessoas que estão envelhecendo, pois afinal já usam e usufruirão do que será oferecido.

Os conselhos de saúde são órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde. São foros políticos nos quais os participantes debatem e têm a chance de formar alianças e auxiliar as secretarias de saúde a definir prioridades e políticas (COELHO, 2007).

A força dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) deriva, em grande parte, de lei que lhes garante poder de veto em planos e na prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), são particularmente importantes na gestão da saúde, que tem como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a regionalização, descentralização e participação da comunidade (GOHN, 2001).

Com a descentralização, os governos municipais assumiram grande responsabilidade no planejamento e prestação de serviços de saúde. O processo tornou o município espaço político estratégico para definir as políticas de saúde e os CMS arenas importantes para a participação nos processos decisórios (BÓGUS, 1998; LOPES, 2003).

O CMS, como instância do SUS, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. No entanto, estudos

revelam os limites da participação e do controle social nesse contexto. Grisotti, Patrício e Silva (2010), mostraram compreensões diferentes de saúde entre os conselheiros e deficiências na organização dos conselhos, na composição e na representatividade, bem como nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e em sua relação com a entidade que representa, finalizando com a ideia de que a participação popular e o controle social do SUS, por meio do CMS, estão longe de ser realidade.

Gerschman (2004), com base em resultados sobre descentralização e inovações na política de saúde, em municípios que alcançaram maior desenvolvimento no setor no estado do Rio de Janeiro, observou que os representantes das comunidades nos conselhos reforçam os aspectos relativos ao exercício da representação em sociedades desiguais. Percebeu, também, que há o predomínio de uma elite diferenciada formada por homens mais velhos, mais bem educados e com salários maiores do que a média da comunidade.

A ideia de controle social como fundamento dos conselhos é dificilmente compreendida pelos conselheiros. O exercício da representação torna-se difuso, às vezes acontece por meio da designação do conselheiro pelas associações comunitárias e, em outras ocasiões, por eleições em assembleias ou designação de instâncias institucionais da política de saúde (GERSCHMAN, 2004).

Percebe-se, mediante os estudos que os conselhos ainda são espaços em construção, que exigem grandes investimentos pedagógicos e de cunho político para ampliar a atuação. Para a efetiva aplicação do controle social e participação comunitária nas decisões e execução de ações no SUS, há um grande caminho a ser percorrido. Deve-se reconhecer, porém, a importância do contato comunitário e a relação estreita que os conselheiros mantêm com os serviços prestados em seu município. Esses talvez sejam os únicos munícipes que se dedicam, no Brasil, a discutir o funcionamento e questionar

possibilidades de transformação do SUS, por isso devem ser ouvidos e valorizados.

O estudo teve como objetivos: compreender, sob a ótica dos conselheiros de saúde, a percepção sobre os serviços de saúde oferecidos hoje e sobre o que esperam que seja oferecido em 2030 aos idosos da RMSP; identificar, sob a ótica dos conselheiros de saúde, os serviços existentes no setor público atualmente e os serviços que esses conselheiros consideram relevantes para a execução nos serviços de saúde em 2030.

Metodologia

A abordagem escolhida foi a qualitativa, que possibilita uma melhor compreensão da realidade. A corrente qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em entender e compreender os meandros das relações sociais consideradas essenciais, resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida a partir do cotidiano da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2004).

A amostra foi composta por 37 sujeitos, usuários do serviço de saúde pública, investidos da função de conselheiros municipais de saúde. Houve, com cada conselheiro, uma entrevista individual e semiestruturada, primeiramente gravada e posteriormente transcrita na íntegra, para as análises. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, pois sua estrutura permite perguntas fechadas (estruturadas) e abertas (MINAYO, 2004).

A escolha por esse tipo de entrevista se deu por ela permitir o acesso de forma abrangente às informações de interesse do pesquisador, garantindo a fidedignidade da fala dos entrevistados. Cada entrevista foi conduzida por um pesquisador ligado à pesquisa de origem, por meio de um roteiro. As entrevistas ocorreram nas dependências do local de melhor acesso para cada sujeito. Para a coleta de dados, os entrevistados

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os aspectos éticos foram seguidos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília e aprovado sob parecer 059/2009, de 12 de fevereiro de 2010.

Para a análise das entrevistas, foi usada a técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin (1997) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições e produção/percepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para a pré-seleção do conteúdo das entrevistas utilizou-se do *software* NVivo, o qual a partir de palavras-chave, seleciona as passagens mais relevantes. Após a pré-seleção, realizou-se leitura do material para identificar, segundo o objetivo deste estudo, os temas presentes nos discursos dos conselheiros, para associação das unidades que apresentam semelhanças temáticas, buscando a construção de eixos temáticos.

Foram analisadas quatro das 18 perguntas do questionário da pesquisa original, por serem as mais relevantes ao objetivo deste estudo: (1) Qual a sua percepção sobre os serviços e as ações em saúde que seu município oferece particularmente à pessoa idosa? (2) Em sua avaliação, quais críticas o senhor teria ao modelo de atenção à saúde que hoje o seu município destina à pessoa idosa? (3) Quais serviços e ações o senhor considera que deveriam ser oferecidos à pessoa idosa em seu município? O que falta hoje? (4) Quais serviços e ações o senhor considera necessários para atingir um atendimento eficiente e bom à pessoa idosa em 2030?

Resultados

Dos 39 municípios da RMSP, apenas de dois (Caieiras e Juquitiba) não houve

representante de usuários na pesquisa. Foram entrevistados 23 homens e 14 mulheres, com média de idade igual a 57,76 anos, sendo que 19 dos 37 sujeitos já são idosos e, possivelmente, sentem os reflexos da experiência de serem atendidos pelo sistema público de saúde brasileiro. Em 2030, a média de idade desses conselheiros sobe para 75,76 anos, e apenas 5 dos entrevistados ainda não terão 60 anos ou mais, portanto, falam de serviços que gostariam de ter em seu próprio envelhecimento para 2030.

Quanto à nacionalidade, 35 são brasileiros, um representante é português e um é alemão. Os números demonstram a pouca diversidade encontrada entre os conselheiros em relação à nacionalidade, destoando das características descritivas da RMSP, composta por grande número de imigrantes. O dado gera o questionamento se os serviços públicos oferecidos hoje e para 2030 são planejados e preparados para receber usuários de nacionalidades distintas, pois entre os conselheiros a representatividade é baixa.

Doze sujeitos têm o ensino médio completo, nove o fundamental incompleto, quatro o fundamental completo, três o ensino médio incompleto e apenas dois chegaram ao ensino superior, porém não o concluíram. A média de anos de participação no conselho foi de 2,17 anos, tendo como participação máxima 18 anos e mínima 6 meses. Os dados encontrados revelam que a grande maioria tem experiência como conselheiro.

As falas foram agrupadas em dois eixos temáticos que mostram os principais problemas, percepções e soluções para os serviços existentes voltados ao idoso.

Atendimento

O atendimento médico aparece como um problema para os conselheiros. *“Se os médicos faltam, esse é o maior problema, porque médico é fogo de lidar com eles”* (BM); *“Os médicos atualmente tratam o idoso como uma coisa qualquer. Chega lá, eles falam: o que*

o senhor tem? E escrevem lá sem nem olhar na cara do idoso. É como um objeto” (RP).

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006) detectaram a carência de instrumentos e equipamentos de suporte para o atendimento médico na Atenção Básica. Em entrevista com médicos, perceberam que existe falta de um sistema de encaminhamento e apoio específico para agendamento e marcação de consultas. No mesmo estudo, destacou-se o baixo número de profissionais, insuficientes para cobrir todas as exigências. Não foram identificados na literatura, entretanto, artigos que abordam a frequência dos médicos e a qualidade do tratamento oferecido a pacientes idosos.

Os resultados deste estudo corroboram os dados encontrados por Brehmer e Verdi (2013) que perceberam implicações éticas oriundas das práticas cotidianas na atenção à saúde dos usuários do SUS. O acolhimento nas realidades pesquisadas revelou contextos permeados por conflitos éticos que emergem do dia a dia das ações nos serviços de saúde. Mostraram ainda distanciamentos técnicos e conceituais e limitações estruturais.

Na voz dos usuários, sobressaíram diferenças entre o que se caracterizou como o desejo de se sentir acolhido com respeito, atendidas suas necessidades e as frustrantes experiências no cotidiano dos serviços, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde. *“Acho muito errado um paciente chegar, já vai debilitado para o Centro Médico, ser mal atendido pela recepção ou pelo corpo médico, e é o que temos visto todos os dias”* (RP);

Acho que o idoso não é respeitado, ele não é bem acolhido, tratam o idoso como pessoa de segunda qualidade, não dão muita importância, se ele fala muito, ah, ele está caduco. (SP).

Esses dados revelam a ausência de princípios do SUS como a universalidade no acesso, a integralidade na atenção e a garantia do direito à saúde. Em vários relatos,

evidenciou-se a preocupação quanto à urgência de atendimento diferenciado não como prioridade, mas no que se refere ao olhar voltado ao envelhecimento: *“Atenção diferenciada não só no quesito de fila, hoje não existe isso, nem geriatra para realmente ouvir o idoso e dar um encaminhamento mais pontual”* (M).

Para a efetivação da Política Nacional de Humanização do Ministério de Saúde (BRASIL, 2004), os profissionais de saúde e gestores devem entender as especificidades do idoso e a legislação brasileira, estando preparados para lidar com o processo de envelhecimento, particularmente a dimensão subjetiva do idoso, perceber que o atendimento deve ser integrado, a fim de facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção, além de investir na qualificação dos trabalhadores.

No acolhimento à pessoa idosa, os profissionais de saúde devem atentar para a criação de uma relação respeitosa, a partir da experiência de vida e dignidade e prudência, essenciais ao atendimento ao idoso, segundo o pressuposto de que este é capaz de compreender e receber orientações, chamá-lo pelo nome e manter contato visual, preferencialmente de frente, em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo, além de utilizar linguagem clara, evitando termos técnicos que podem não ser compreendidos (BRASIL, 2006).

Os conselheiros sentem a importância de os usuários saírem satisfeitos do serviço, porém em poucos municípios são apresentadas estratégias para isso: *“Ele tem que sair satisfeito. A gente analisa tudo. Nós fazemos pesquisa da satisfação do cliente, e é importante para saber o que está acontecendo”* (G). Em alguns municípios existem conselheiros que realmente tentam fazer o papel de mediadores da relação: *“Faço um trabalho de intermediação dos velhos que sentem dificuldades em algumas coisas”* (D).

Em pesquisa que revela dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso e satisfação quanto aos serviços de saúde, Carreira e Rodrigues (2010)

encontraram problemas da não continuidade das ações, quando se muda a gestão e com a frequente alteração dos membros da equipe de saúde, podendo levar à descontinuidade do tratamento e ao rompimento do vínculo entre a população e os profissionais de saúde.

Serviços de saúde para 2030

Observa-se que os serviços desejados como essenciais para 2030 são limitados, como a sugestão de especialidades: *“O que eles precisam, você quer dizer, acho que é mais o cardiologista, por conta da hipertensão e diabetes”* (FM). Mas outros indicam a oferta de atendimento de saúde na residência para os idosos fragilizados: *“Acho que deveria existir atendimento na residência”* (BM). Segundo Floriani e Schramm (2004), o atendimento domiciliar ao idoso tornou-se, nos últimos anos, importante instrumento de assistência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para Queiroz, Lemos e Ramos (2010), é estratégia que oferece a possibilidade de prevenção da negligência doméstica.

Segundo Lemos *et al.* (2011), essa modalidade de assistência executada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, com propostas de intervenções multifatoriais, seria o ponto-chave do planejamento do atendimento domiciliar, que prevê a qualidade de vida do idoso como uma das principais medidas de eficácia.

A oferta de serviço especializado para idosos é citado por alguns sujeitos como já existente no município, em outros ainda está em construção como possibilidade de atendimento ao idoso:

Ele tem que ter um centro de idoso, que é novo ainda, a gente espera que se faça acompanhamento dos idosos e dê qualidade de vida, porque saúde não é emergência, é qualidade de vida. (G).

“A Secretaria tem um plano, ainda não acontece, que acolhe essas pessoas, que se chama CRI – Centro de Referência do Idoso” (D).

Observou-se que em alguns municípios o modelo de atenção como a moradia do idoso é reivindicado como alternativa para usuários que não têm ou não conseguem permanecer com a família, que é o da Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi): “Mas ficam com dificuldade de alguma coisa, a família não acolhe de acordo, e eles têm lugar para ficar satisfatoriamente” (D). Segundo Camarano e Kanso (2010), no Brasil não há consenso sobre o conceito de Ilpi. Sua origem está ligada aos asilos, daí o preconceito em relação a essa modalidade de atendimento, voltado para a demanda localizada não na saúde, mas na assistência social.

É comum associar Ilpi a instituições de saúde como estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, mas o papel dessas atividades é promover algum grau de integração entre os residentes e ajudá-los a exercer um papel social. Entende-se Ilpi como residência coletiva, que atende aos idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, e àqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que exigem cuidados prolongados (CAMARANO; KANSO, 2010).

Os mais citados como alternativa ideal de atendimento em saúde foram os Espaços de Convivência ou Centro de Convivência, principalmente pela importância do contato e das trocas de experiências.

Estamos criando a Casa de Convivência do Idoso, que dá atendimento ao idoso, tem lazer para os idosos, fazem jogos, dominó, torneios de truco, no parque, no parque tem aparelhos e professor de educação física que dá aula duas vezes por semana. É isso aí. (J).

Na verdade, o grande problema do idoso é ser ouvido, é por isso que acredito que deve ter uma política voltada para o idoso, porque acredito que boa parte do problema do idoso é atenção, até porque hoje ele tem todo esse acompanhamento de medicação quase gratuita de diabetes, pressão alta; então, não vejo outra situação que não

seja essa, boa parte que vejo, da minha experiência com idoso, é realmente o problema da atenção, se trabalhasse um pouco melhor a atenção, a gente diminuiria muito o atendimento nos postos, muitas vezes o idoso vai falar com o médico e você repara que o médico não está atendendo, está conversando, o idoso está buscando uma atenção. (M).

Em pesquisa que buscava identificar as representações sociais da velhice entre idosos que participavam de grupos de convivência, Araujo, Coutinho e Carvalho (2005) já observaram a importância dos grupos de convivência para essa população, caracterizando-se como espaços por excelência, cujas práticas sociais desenvolvidas contribuem para os idosos exercerem o papel de cidadãos. Um local no qual utilizam capacidades, em que há sempre alguém que os escute, propiciando a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo para o restabelecimento da autoimagem positiva, pois, em geral, o contexto familiar não favorece a utilização de seus talentos.

Deve-se salientar que é premente a manutenção dos grupos existentes e a implantação de outros, para atender a um número maior de idosos e às comunidades que não dispõem do serviço, pois as estatísticas demográficas indicam crescimento progressivo e gradual da população idosa brasileira e mundial. Por isso, a demanda por grupos certamente aumentará, tendo em vista a difusão de representações positivas acerca do bem-estar propiciado no espaço de trocas sociais. Galisteu *et al.* (2006) constataram em seu estudo que a participação em grupos de convivência promoveu entre idosos o desenvolvimento e a satisfação pessoal, além de melhora na qualidade de vida.

Pelos relatos e achados na literatura que subsidiaram a opinião dos conselheiros, é urgente que os diversos setores da sociedade discutam formas de oferecer uma velhice com dignidade, pois são direitos assegurados na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999) e no

Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), e que merecem serem postos em prática.

Uma contribuição deste estudo é a certeza de que se deve pensar e elaborar espaços de convivência para a população idosa que tem como demanda expressiva estabelecer relações sociais e comunitárias.

O idoso acaba ficando sozinho em sua residência ou mesmo perambulando sem ter um destino, sem ter uma ocupação, então é necessária uma política mais centrada com relação a isso no nosso município. (I).

Nesses espaços, deve haver estratégias de sensibilização das famílias para os efeitos do processo do envelhecimento. Com isso, os que serão atendidos e os que envelhecem desfrutarão do maior tempo possível de contato com filhos, netos e demais parentes: *“Se não tiver o acolhimento dos familiares bem pacientes, não há medicação que cure, então a medicação é o cuidado da família também” (P).*

Estratégias de divulgação e disseminação das informações e serviços oferecidos pelo poder público devem ser pensadas, pois os idosos podem não ter a iniciativa de buscá-las. A proposta, portanto, deve chegar a eles:

Pessoas que utilizam não têm informações suficientes para buscar melhores recursos, então, acho que o problema maior está na divulgação junto às pessoas necessitadas desses atendimentos. (M).

Constata-se ainda que programas de convivência e fortalecimento de vínculos, como os espaços de convivência, não se configuram como saúde, sendo essenciais investimentos nas demais esferas de serviços: *“Mas nós temos aqui caminhadas, jogos, bailes, temos tudo isso, mas se formos ver, é algo que não vem especificamente com o profissional de saúde voltado para aquilo” (TS).*

Apesar de não haver espaços de convivência em todos os municípios, constatam-se

melhorias na saúde e qualidade de vida dos usuários por eles assistidos: *“Temos 20 grupos de idosos aqui no município para essas atividades [...], pois a preocupação é que ele saia de casa para não entrar em depressão” (EA);*

Nós dizemos, vamos dançar, porque alimenta a alma, a vida, a doença daí vai demorar a chegar, porque nós, idosos, temos que ter a consciência que o corpo físico tem data de validade, mas quanto mais a gente puder estender esse prazo de validade, melhor. (TS).

Percebe-se a consciência da importância de criação de estratégias que, além de prolongar a qualidade de vida do idoso, reduzem os custos com a saúde, evitando maiores gastos concentrados em hospitalizações.

O ‘Relatório Envelhecimento do Século XXI: Celebração e Desafio’ (UNFPA, 2012) revela que a qualidade de vida e a boa saúde devem ocupar lugar central na resposta da sociedade ao envelhecimento populacional. Assegurar que as pessoas, ao viver por mais tempo, tenham vida saudável, resultará em maiores oportunidades e baixos custos para os idosos, família e sociedade:

Esses movimentos do município visam isso. Quanto mais prazo de validade, menos custo vou ter com esse idoso. Mas tudo isso faz parte de uma coisa que é estratégia da saúde da família; você vai preparar a família para que ela saiba que vai ter um idoso em casa. Todo mundo tem o idoso, que não produz, porque está ali encostado, ganhando a aposentadoria. Essa é a maior dificuldade para fazer uma política do idoso. (TS).

Como revelam alguns relatos, percebe-se o início de um raciocínio centrado em propostas intergeracionais, contra a criação de guetos, núcleos específicos para atendimento a idosos, que empobreceriam as trocas que ocorrem em espaços mistos:

Nós temos uma UBS que tem pista de corrida. Lá tem um programa de palestras para fazer

exercícios, aqui na cidade não tem. Tem professor que vai no final da semana, faz caminhada. Mas é o que eu falo, não é só para o idoso, é para toda a população. (G).

“A gente pode oferecer uma vida mais saudável, para o idoso especificamente, mas para toda a população também” (SBC).

Entendendo um possível desequilíbrio entre as ofertas de serviços que incidem em convivência e fortalecimento de vínculos para a população, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2013) lançou o Reordenamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, com o objetivo de equalizar a oferta desses serviços para as faixas etárias de 0 a 17 anos e acima de 60 anos, unificando a lógica de financiamento e estimulando a pesquisa de exigências entre os municípios e o atendimento prioritário ao público que dele mais carece.

O município tem condições, portanto, de ser protagonista nas escolhas e ofertas de serviços, a partir de um planejamento de acordo com a demanda local, equilibrando as expectativas. Se houver mais idosos sem atendimento, será possível ajustar metas para ampliar os serviços (BRASIL, 2013). Entretanto, na descrição da equipe técnica do Reordenamento, a equipe mínima de atendimento foi reduzida de três para apenas um técnico, em comparação à Tipificação Nacional de Serviços (BRASIL, 2009), o que faz refletir sobre a qualidade do atendimento a ser oferecido nos próximos anos. O mesmo questionamento se dirige à assistência social: com apenas um técnico, ela terá viabilidade? São questões conflitantes e que preocupam ao se pensar que é um desenho para a garantia de atendimento em 2030. Pergunta-se: como será possível? Quais os resultados, hoje, das mudanças na saúde e assistência? Quais resultados teremos a partir das mudanças e estratégias em 2030? Este estudo não tem a pretensão de responder a essas perguntas, mas, a partir do que foi analisado,

deve-se interrogar o que está sendo planejado para a velhice de amanhã, da qual, com certeza, faremos parte.

Conclusões

Verificou-se nas falas dos sujeitos que a modalidade de atendimento voltada para espaços de convivência é sempre citada quando apresentam soluções direcionadas para os idosos hoje e para 2030. Há claramente a preferência por programas que propõem o fortalecimento de vínculos familiares, sociais e comunitários a partir de atividades sócio-ocupacionais e de lazer.

Ao refletir sobre a complexidade das relações na metrópole, tentando responder aos idosos de hoje, encontramos um campo de discussão amplo e diversificado. Um dos aspectos mais sublinhados trata da maior ou menor impessoalidade nas relações sociais, ficando a metrópole no polo máximo dessa impessoalidade. O relacionamento pessoal, direto, seria típico de pequenos grupos, comunidades, aldeias etc., enquanto na cidade, especialmente na metrópole, encontraríamos a distância, a impessoalidade e o anonimato. Assim, o desejo por espaços de convivência marca o contraste entre o que se tem na metrópole e o desejo predominante de vida grupal, comunitária, com forte presença de laços familiares e parentesco, o que caminha contra o individualismo da vida metropolitana, com perda ou desagregação de redes de parentesco e de reciprocidade.

Na preferência por espaços de convivência, encontra-se um aparente equívoco, uma vez que se trata de serviços socioassistenciais relacionados ao Sistema Único da Assistência Social (Suas) e não ao SUS. Por outro lado, revela uma concepção ampliada de saúde e necessidade de ações intersetoriais, neste caso com o serviço social, para uma atenção integral ao idoso. Mais do que a ausência de doenças, entende-se a saúde como a expressão da qualidade de vida do

ser humano, que depende das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, e das escolhas que fazemos no dia a dia. A partir da articulação de serviços do SUS e Suas, nos aproximariamos desse conceito de saúde. Quando se analisa a operacionalização e gestão do modelo integrado, é possível interrogar: quem executará as ações cujo objetivo é suprir o que o idoso deseja? Verificou-se, nesta pesquisa, que no campo das ações preventivas há um longo

caminho a ser percorrido a partir de distintas articulações.

Por fim, aponta-se a necessidade de formação e orientação continuada aos conselheiros sobre a política de saúde para o idoso. Estratégias de aprimoramento, formulação e disseminação de material informativo, cursos e encontros entre conselheiros e gestores de programas de atendimento são medidas importantes para o contínuo aprimoramento e melhor resultado em sua atuação. ■

Referências

ARAUJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. A. M. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 118-131, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.

BÓGUS, C. M. *Participação popular em saúde*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 25 nov. 2009, seção 1, n. 255, p. 1-43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Reordenamento dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos: passo a passo*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013.

_____. Política Nacional do Idoso. Portaria no 1.395, de 09 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 dez. 1999, seção I, n. 237-E, p. 20-24.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm>. Acesso em: 2 fev. 2015.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, 2013, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, nov. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 933-939, 2010.

CARVALHO, K. G. *Direito constitucional: teoria do estado e da constituição*. 11. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

COELHO, V. S. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos*

– CEBRAP, São Paulo, n. 78, p. 77-92, 2007.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). *Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio*. Nova York: UNFPA, 2012.

GALISTEU, K. J. et al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arq. ciênc. saúde*, São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p. 203-207, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, dez., 2004.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

LEMOS, N. F. D. et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

LOPES, D. *A trajetória de Maria Villela: A participação do idoso nas políticas sociais*. 196 f. Tese (Mestrado em

Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2003.

MEDEIROS, S. R.; CASTRO, Y. P. G. A existência do velho na cidade de São Paulo: Mapeando a população idosa na região metropolitana de São Paulo. *Kairós*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 23-49, jun. 2004.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OBSERVATORIO DA LONGEVIDADE HUMANA E ENVELHECIMENTO (OLHE). *Projeto Condomínio Amigo*. 2009. Mimeo.

QUARESMA, M. L. Gerontologia e gerontologia social: contributos para a análise de um percurso. *Kairós*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 19-42, jun. 2006.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set. 2006.

Recebido para publicação em fevereiro de 2015

Versão final em março de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: A pesquisa teve apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (processo FAPDF 193.000.354/2010) assim como do Ministério da Saúde (processo FNS 25000.191.619/2010-25)

Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso

Health education and health promotion: impact on quality of life of elderly

Janaina Pinto Janini¹, Danielle Bessler², Alessandra Barreto de Vargas³

RESUMO Objetiva-se analisar o impacto das ações de promoção e educação em saúde na busca da qualidade de vida, na autonomia e no autocuidado da pessoa idosa. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas com 83 idosos, de ambos os sexos, e evidenciaram a importância da intersetorialidade e da realização de ações educativas emancipadoras da população. Ainda assim, faz-se necessário agregar, a esses processos, estratégias de universalização e equalização das informações concedidas aos idosos. Concluiu-se que a educação constitui uma poderosa ferramenta na promoção da saúde, na garantia da autonomia e na qualidade de vida do idoso.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde; Educação em saúde; Autonomia pessoal; Qualidade de vida; Idoso.

ABSTRACT *It aims to analyze the impact of the actions of promotion and health education in the pursuit of quality of life, in the autonomy and in the self-care for the elderly person. The data collection took place through semi-structured interviews with 83 seniors, of both genders, and emphasized the importance of inter-sector and the realization of emancipatory educational activities of the population. However, it is necessary to add to these processes, strategies of universalization and equalization of the information provided to elderly people. It is concluded that education is a powerful tool in promoting health, in ensuring the autonomy and in quality of life of the elderly.*

KEYWORD *Health promotion; Health education; Personal autonomy; Quality of life; Elderly.*

¹Universidade Gama Filho
– Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
janapjanini@yahoo.com.br

²Fundação Oswaldo
Cruz (Fiocruz), Escola
Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio (EPSJV)
– Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
danibessler@hotmail.com

³Secretaria Municipal de
Saúde do Rio de Janeiro –
Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ale_scout@hotmail.com

Introdução

A promoção da saúde é uma estratégia que proporciona visibilidade aos fatores de risco e aos agravos à saúde da população, focando no atendimento do indivíduo (coletivo e ambiente) e elaborando mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade (BUSS, 2000). As origens e concepções da promoção da saúde tiveram início com o advento da educação em saúde, no início do século XX, a partir da observação da alteração dos índices de adoecimento decorrentes de práticas educativas realizadas por “higienistas” da época (ENRIA; STAFOLANI, 2010, P. 173). Naquele período, então, o significado da promoção da saúde era atribuído a ações de educação em saúde, visando à melhoria da qualidade de vida. Embora a educação em saúde possua caráter mais amplo, ela é considerada um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de doenças (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

Nesse sentido, a educação possui importância inegável para a promoção da saúde, sendo utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do usuário (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

Esses conceitos, associados a outras políticas públicas, foram devidamente ajustados às demandas populacionais e inseridos na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo está voltado à promoção da qualidade de vida através da intervenção “em diversos segmentos sociais condicionantes de saúde, como trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010, P. 17). Tais condicionantes estão inegavelmente relacionados à qualidade de vida, oportunizados através de práticas promocionais e educacionais em saúde.

Todavia, esse caminho é menos percorrido quando nos referimos à longevidade. Apesar de a PNPS possuir o incentivo à pesquisa como diretriz (BRASIL, 2010), ainda são necessários estudos que vislumbrem as atuais demandas básicas do idoso, a metodologia aplicada pelos profissionais de saúde para o alcance dos objetivos do programa e os entraves na sua implantação, bem como as adequações necessárias para a sua viabilização.

O paradigma promocional maximiza a necessidade de estudos no processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde, para garantir uma melhor exequibilidade desse modelo. Isto posto, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto da inserção dos programas de promoção e educação em saúde na autonomia, na qualidade de vida e no autocuidado do idoso, através de investigação do conhecimento e orientação do mesmo acerca da percepção de mudanças na própria saúde; o estímulo e o desenvolvimento de habilidades pessoais que garantam a autonomia e o autocuidado; a qualidade das práticas educativas e os métodos avaliativos dentro desse processo.

Método

O estudo caracteriza-se como de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. As questões éticas foram observadas em todas as etapas da pesquisa, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O cenário da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, e tem como amostra 83 idosos atendidos na instituição, sendo 48 do sexo feminino e 35 do sexo masculino; todos com faixa etária entre 60 e 83 anos. Os critérios de inclusão no estudo foram idade superior a 60 anos e estar cadastrado na instituição.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo: 1) perfil do usuário; 2) frequência de consultas; 3) conhecimento de doenças ou problemas inerentes ou suscetíveis à idade; 4) conhecimento para identificar fatores de risco ou agravos à saúde; 5) prática e orientação sobre hábitos saudáveis e autocuidado com a saúde; 6) participação em atividades educativas: métodos, técnicas e avaliação.

Para a análise dos dados empíricos, utilizou-se a técnica de análise temática. Durante a leitura exaustiva dos discursos, buscando a apreensão das ideias centrais e a estrutura de significados, originaram-se três itens temáticos: perfil etário, gênero e condições de vida; hábitos de vida do idoso; educação, participação social e empoderamento.

A última etapa da análise constituiu-se da interpretação dos dados frente ao referencial teórico específico referente à promoção e à educação em saúde, à vulnerabilidade, ao idoso, à qualidade de vida e ao empoderamento, acrescidos da Política Nacional de Promoção da Saúde e de outros manuais do Ministério da Saúde que se reportam a essa temática.

Resultados e discussão

Dos 83 idosos entrevistados, 48 (57,83%) pertencem ao sexo feminino e 35 (42,17%) ao sexo masculino. Estudos apontam a influência do gênero na busca pelos serviços de saúde e indicam uma predominância dessa procura pelo sexo feminino, que pode ser decorrente do imaginário social de que as mulheres teriam prioridade nos estabelecimentos de atenção primária, em relação aos homens. Esse ‘*status* feminino’ conferido às UBS pode ser a motivação para a alta demanda de mulheres, bem como a baixa procura dos homens, que objetivam preservar sua “identidade masculina” construída socialmente (FIGUEIREDO, 2005, p. 106). Esse

contexto mostra que a qualidade de vida não está relacionada exclusivamente às condições de saúde, e sim à ‘preservação’ de valores e práticas edificadas historicamente e culturalmente (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Nesse sentido, as idosas representaram a maior incidência de consultas semestrais: 41 (85,42%), revelando o cuidado com o corpo através da prevenção, da detecção precoce e/ou do controle de morbidades. O fato de as mulheres recorrerem às UBS mais frequentemente pressupõe uma justificativa para a preponderância da longevidade das mesmas em relação aos homens, vislumbrada pelo percentual elevado de viúvas encontrado no grupo entrevistado: 31 (64,58%). Percebe-se, no caso das longevas, a associação direta entre qualidade de vida e estado de saúde, muitas vezes definidos na literatura como equivalentes (GUYATT; FEENY; PATRICK APUD SEIDL; ZANNON, 2004, p. 584).

Já a maioria dos homens é casada 32 (91,42%) e apresenta um número maior de consultas anuais 22 (62,86%). Tal estatística demonstra uma busca mais intervalada e em menor fluxo, se comparada à das mulheres idosas cadastradas na mesma unidade de saúde. Isso pode ser atribuído ao baixo interesse pelo autocuidado atrelado a uma ideia de ‘imunidade ao adoecimento’. No entanto, dados sobre a morbimortalidade dos homens idosos desmistificam a ideia de que os mesmos adoecem menos do que as mulheres, mas ainda assim vivem sob tal premissa, assumindo práticas e comportamentos mediante os “significados culturais construídos e atribuídos às diferenças sexuais” (KORIN, 2001, p. 68).

Não se podem descartar as questões de gênero que hierarquizam o sexo biológico e naturalizam um modelo hegemônico de masculinidade, na família e sociedade, pautadas na caracterização de um estereótipo dos homens como “ativos, fortes, capazes do trabalho físico árduo, produtivos, competitivos e orientados ao mundo externo, capazes de combater em guerras e penetrar o

corpo de uma mulher”, sendo inferiorizados quando não apresentam tais requisitos (KORIN, 2001, p. 69). Essa imagem de força seria fragilizada pela menção da preocupação do idoso com sua saúde e com o aumento da demanda espontânea do mesmo no atendimento dentro da atenção primária. Agregados às questões de gênero, podem existir outros fatores interferentes nesta demanda, tais como o cenário organizacional dos serviços e a capacitação dos profissionais de saúde (ALVES ET AL., 2011).

A visão de si mesmo e sua vulnerabilidade não só podem estar associadas à demanda de consultas nas unidades básicas, como também funcionam como motivadoras, ou não, do cuidado com a saúde. A valorização da questão cultural que se reporta ao sexo biológico deve ser levada em consideração nesse processo, pois a sociedade concede ao homem um *status* de poder capaz de fomentar uma crença de imunidade, ao passo que as mulheres sempre estiveram vinculadas, histórica e culturalmente, à questão do cuidado. Apresenta-se a necessidade de romper com essas explicações pautadas no biológico e superar, “no plano das ações de políticas públicas, as assimetrias conceituais que fomentam percepções equivocadas de vulnerabilidade” (CARRARA ET AL., 2010, p. 19).

Tendo em vista a identificação desse cenário de assimetrias, e na tentativa de reverter as consequências decorrentes da trajetória histórico-cultural atrelada às questões de gênero, o Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), com vista ao estímulo promocional e preventivo da saúde.

Com relação ao conhecimento acerca de doenças ou problemas provenientes do envelhecimento, as mulheres – 47 (97,91%) – se mostraram mais informadas dos que os homens – 29 (82,85%). Ambos referiram

adquirir tais conhecimentos em atividades em grupo, palestras dentro das unidades de saúde e panfletos distribuídos como métodos educativos aplicados. Esse saber conferido aos idosos está associado a dois conceitos de envelhecimento descritos por Gottlie (2007): o biológico normal, que abrange as mudanças inevitáveis e comuns a todos os idosos, decorrentes do processo de envelhecimento; e o biológico usual, que associa essas alterações fisiológicas à prevalência de doenças crônicas. Percebe-se, nos discursos dos longevos, um leque variado de situações vinculadas ao envelhecimento biológico. Entretanto, as doenças relacionadas ao envelhecimento usual mostram um apontamento importante, emergindo em possíveis preocupações dos longevos, não somente com o processo de envelhecimento, mas também com o adoecimento associado.

Os coeficientes referidos de doenças cardiovasculares ratificam essa associação entre a idade e adoecimento, vista por 38 (79,17%) dos idosos do sexo feminino e 28 (80%) do masculino, o que pode ser um reflexo da atuação da doença cardiovascular como uma das principais representantes do cenário usual de doenças associadas ao envelhecimento (GOTTLIE, 2007).

Não se pode deixar de descartar que esse saber provém da massificação de práticas educativas como um incremento de políticas públicas de saúde, sendo um facilitador na correlação do conhecimento informado aos fatores de riscos e do reconhecimento da doença pelos longevos.

Outras narrativas podem estar agregadas às tensões que circundam a capacidade de gerenciamento da autonomia e de realização do autocuidado pelo idoso, como é o caso das oftalmopatias, dos processos neurodegenerativos e da atrofia muscular, que não estão atribuídos, inicialmente, ao cenário educativo ou ao estado de adoecimento.

Tabela 1. Doenças/problemas de saúde relacionados pelos idosos entrevistados

Doença/Problemas	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Perda de cabelo	08	16,67	32	91,42
Atrofia muscular	12	25,00	01	2,86
Hiperlipidemia	06	12,50	19	54,29
Hipogonadismo	43	89,58	01	2,86
Neurodegeneração	14	29,17	01	2,86
Alterações oftálmicas	45	93,75	35	100,00
Telangiectasias	10	20,83	01	2,86
Alterações cutâneas	25	52,08	02	5,72
Câncer	10	20,83	04	11,44
Doença vascular	38	79,17	28	80,00
Diabetes Mellitus	18	37,50	21	60,00

Fonte: Elaboração própria

Essas tensões, mediadas pelo grau de adoecimento ou por aspectos fisiológicos relacionados à idade, possuem um imaginário incapacitante e influenciam a mensuração da qualidade de vida pelos idosos, sendo, por sua vez, mais aplicados na autoavaliação da qualidade de vida pelos mesmos do que os fatores não médicos (SEIDL; ZANNON, 2004, P. 582).

A transmissão do conhecimento acerca dos processos patológicos, embora não seja objeto da atenção da promoção da saúde, colabora para a capacitação individual e coletiva, e traz reflexões significativas da visão do idoso sobre si mesmo, sua vulnerabilidade e a autonomia para desempenhar um papel na “prevenção dos fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde”, conforme reza um dos objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010, P. 18). Dessa forma, as condições de vida devem ser evidenciadas, juntamente à qualidade de vida, como cerne da promoção da saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

As doenças ou os problemas de saúde mais descritos pelas longevas foram as alterações oftálmicas – 45 (93,75%); o hipogonadismo – 43 (89,58%); as doenças vasculares – 38 (79,17%); e as alterações

cutâneas – 25 (52,08%). Assim como as mulheres, os homens apresentaram percentuais expressivos de alterações oftálmicas – 35 (100%) e de doenças vasculares – 28 (80%), como também perda de cabelo – 32 (91,42%) e diabetes mellitus – 21 (60%). Percebe-se a ocorrência de uma estratificação e uma hierarquização do conhecimento adquirido, atribuído ao gênero: as idosas possuem narrativas que dão ênfase ao conhecimento relacionado ao corpo e à incapacitação, enquanto os homens idosos demonstram conhecimento direcionado ao processo de adoecimento. Esses achados podem ser uma justificativa para o menor número de agendamento de consultas preventivas por parte dos homens, reiterado pelo entendimento de Alves *et al.* (2011), que afirma, em seus estudos, a negligência dos homens no tratamento preventivo e a busca do tratamento da enfermidade.

Com relação à pergunta referente ao conhecimento de longevos e longevas quanto à identificação de fatores de risco e agravos à saúde, os mesmos apresentaram narrativas unânimes sobre a aquisição desse saber, decorrentes das vivências individuais dentro do processo de envelhecimento e/ou

adoecimento, ou pela transmissão de saberes por atividades educativas. Há uma hegemonia no discurso acerca da origem da informação, pautada no processo de envelhecimento para ambos os sexos, tendo destaque as ações educativas para as idosas.

Dentre os fatores de risco apontados, destacaram-se, para ambos os sexos: a alimentação inadequada para 46 (95,83%) das longevas e para 30 (85,71%) dos longevos; e o tabagismo para 16 (33,33%) delas, bem como para 16 (45,71%) deles. As desordens alimentares podem ser decorrentes da necessidade que a mulher apresenta de atender os padrões sociais de beleza. Já no caso do tabaco, o aumento do número de mulheres nas classes pobres, as dificuldades de acesso à educação e, paradoxalmente, a busca pela afirmação social, utilizando o *status* conferido ao tabaco, foram determinantes para esse processo (BORGES; BARBOSA, 2009). Não obstante, os fenômenos da feminilização – educacionais e da pauperização – agregam-se à tendência mundial de iniciação do uso de tabaco e de bebida alcoólica, através de estímulos midiáticos, que associam o tabaco à independência, à autoafirmação e à ascensão social (BORGES; BARBOSA, 2009). Apesar da descrição do tabagismo como fator de risco, ainda se faz necessário intensificar as ações de educação em saúde para a desconstrução dessas práticas, bem como a conscientização populacional acerca da correlação entre o tabagismo e a qualidade de vida.

Em uma avaliação de maior acurácia, nota-se que outros fatores de risco são evidenciados distintamente entre os sexos, emergindo nas influências de gênero dentro dos contextos sociais, históricos e culturais. As mulheres idosas compreendem o uso de bebidas alcoólicas como algo prejudicial à saúde, enquanto os homens não têm a mesma compreensão. O desenvolvimento do uso do álcool e suas implicações para as mulheres passam por distintos trajetos, quando comparados com os homens. No âmbito social, a mulher que utiliza o álcool é considerada

imoral, do tipo que exerce práticas e comportamentos inadequados. Ambos os aspectos podem ser determinantes no apontamento acentuado do álcool, pelas mulheres, como fator de risco (RONZANI; FURTADO, 2010).

Os fatores de risco apontados como menos importantes foram: o estresse – 10 (20,83%) e 1 (2,86%); e o sedentarismo – 14 (29,17%) e 22 (62,86%), mulheres e homens idosos, respectivamente. Esses achados, possivelmente decorrentes do grau de desvalorização atribuído a tais componentes, são decodificados como um padrão normativo dentro da sociedade moderna, tornando-se ‘algo passível de convivência’ no cotidiano.

Diante dessa gama de informações a serem desveladas, denota-se a relevância da construção e a utilização de métodos avaliativos sistemáticos capazes de aferir o grau de conhecimento do longo e as relações feitas com a qualidade de vida, desenhando um processo educativo sensibilizado pelas diferentes nuances socioculturais e etárias, capazes de promover equanimidade informativa e instrumentalizar o idoso para o alcance do *empowerment*, fortalecendo e capacitando a população para a tomada de decisões e a busca de melhores condições de saúde (BUSS, 2000). Todavia, apesar da incontestável importância dos instrumentos avaliativos da qualidade de vida, Seidl e Zannon (2004) percebem a relutância dos profissionais de saúde em utilizá-los na assistência aos usuários.

Hábitos de vida do idoso

A prática de atividades saudáveis é condicionante para o alcance da qualidade de vida, que, pela definição de WHOQOL (APUD SEIDL; ZANNON, 2004, P. 582), é algo subjetivo, interligado à “percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida”, sob uma ótica multidimensional. A percepção dos idosos possui caráter reducionista frente aos conceitos de práticas saudáveis e de qualidade de vida,

não sendo mencionados outros fatores interferentes, tais como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, condições habitacionais e crescimento urbano, dificuldade de acesso à educação, fome, poluição, qualidade do ar e da água consumida.

O conceito de promoção da saúde não pode ser alcançado através de ações intrasetoriais isoladas, pois pertence a um projeto maior, de uma sociedade solidária. Permeia a união de diversos saberes e práticas “multi e intersetorial” sobre os problemas de saúde iminentes (BUSS, 2001, p. 174). Essas práticas assistenciais devem caminhar paralelas à melhoria das condições sanitárias e habitacionais, à garantia do acesso a serviços, saúde e meio ambiente. Assim sendo, a integração e a consolidação de estratégias transversais nos diversos segmentos sociais torna-se indispensável para a construção de uma qualidade de vida, reduzida, atualmente, a consultas assistencialistas e processos educativos.

A alimentação foi o quesito mais apontado por 42 (87,5%) mulheres e por 27 (77,14%) homens, preponderantemente, como prática saudável. No entanto, apesar de grande parte desses idosos considerar a alimentação como uma ferramenta essencial para o alcance de hábitos saudáveis, apenas um grupo reduzido de mulheres – 34 (70,83%) – e de homens – 9 (25,71%) – referem ingerir diariamente uma dieta saudável, indicada pelo serviço de nutrição da unidade de saúde.

As dificuldades encontradas na execução de uma alimentação saudável podem ser dadas à ausência de ações específicas de setores intra e intersetoriais para a garantia do acesso à alimentação, levando-se em consideração as particularidades culturais, regionais e locais. Faz-se necessária, também, a reorientação dos serviços de saúde para a prevenção e o controle de agravos e doenças decorrentes da má alimentação, bem como a mobilização e a capacitação profissional para a educação em saúde, além da incorporação dos

idosos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional habilitado, com vistas ao desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2010).

Os dados acerca da alimentação saudável reforçam a ideia de distanciamento entre o conhecimento adquirido e o conhecimento executado, sendo fundamental a massificação de ambos por meio da educação em saúde, a fim de proporcionar aderência a essa prática saudável. Embora a atividade física tenha sido menos referida pelos idosos, as narrativas relatam o seguinte panorama: 42 (87,5%) idosos e 21 (60%) idosos realizam tais atividades, sejam elas externas (academia ou caminhadas); oferecidas na unidade de saúde – 37 (77,08%) e 12 (34,29%) longevas e longevos, respectivamente; ou em parceria com programas públicos de saúde – 26 (54,17%) e 19 (54,28%) delas e deles, também respectivamente.

A oferta da atividade física pela UBS denota uma tentativa oportuna de garantir a efetividade da promoção da saúde ao idoso e pode ser considerada como uma grande estratégia observada pela significativa aderência dos mesmos, o que amplia as relações sociais e as oportunidades para praticá-las. Ademais, essa proposta oferecida, de prática desportiva, não é obstaculizada por questões de cunho financeiro, sendo acessível a qualquer idoso, independentemente da idade e da condição socioeconômica, e isto promove a integração e a socialização grupal (GOBBI *ET AL.*, 2008).

Desses idosos, 34 (70,83%) mulheres e 13 (37,14%) homens relacionaram a prática de atividade física à busca de um estilo de vida ativo e à manutenção da capacidade funcional e da autonomia, contrapondo o que Gobbi *et al.* (2008) definem como um dos principais entraves para a prática de exercícios: o estado de envelhecimento, o sedentarismo e a existência de problemas de saúde.

As demais ações específicas de promoção da saúde como prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade

pelo uso de álcool, outras drogas e acidentes de trânsito e o estímulo à cultura de paz são mencionados pelos idosos somente como conteúdos essencialmente conceituais, dentro das atividades educacionais em saúde, e não como exercícios de práticas preventivas e promocionais propriamente ditas.

Educação, participação social e empoderamento

A existência da educação dentro das unidades de saúde e a participação dos entrevistados em atividades educativas foram relatadas por 48 (100%) longevos e 32 (91,42%) longevos, o que mostra um possível reconhecimento do processo educativo como um dispositivo viabilizador da promoção da saúde e de mudanças paradigmáticas, concomitante a profissionais de saúde e idosos, norteando as ações intersetoriais e os próprios longevos, restritos, até pouco tempo atrás, a uma condição de passividade.

O perfil de atividades educativas implantadas apresentou um discurso homogêneo nas narrativas dos idosos, no que tange à disponibilização e à ocorrência do citado dispositivo, de métodos de aprendizagem e dos conteúdos ministrados dentro desse processo. Dos 83 idosos cadastrados na unidade, os totais discriminados em seguida referenciaram, em maior escala, as palestras, os grupos de apoio e a orientação durante as consultas: 69 (83,13%), 43 (51,87%) e 12 (14,46%), respectivamente.

As palestras ministradas, citadas pelos idosos, aconteciam aleatoriamente, durante o aguardo das consultas ou anteriormente agendadas, e apresentavam conteúdos fixos, previamente selecionados, direcionados ao conceito, ao tratamento e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis – 41 (49,40%); aos hábitos alimentares – 20 (24,10%); ao tabagismo – 7 (8,43%); e ao etilismo – 3 (3,61%).

Os idosos informaram que os grupos de apoio aconteciam quinzenalmente, oportunizando temas inseridos dentro da pauta de

promoção da saúde: cuidados com o corpo – 21 (25,30%); alimentação saudável – 20 (24,09%); prática corporal/atividade física – 20 (24,09%); prevenção e controle do tabagismo – 24 (28,91%); abusivo de álcool – 29 (34,94%); e drogas – 5 (6,02%). Esses componentes educativos foram primariamente relacionados aos riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos (BUSS, 2000).

As narrativas dos entrevistados mostraram a necessidade de se utilizar a educação em saúde nas consultas, em caráter esclarecedor e conscientizador, ofertando orientações específicas sobre as situações advindas do envelhecimento – 6 (7,23%) – ou de adoecimento – 9 (10,84%) – vivenciadas pelos idosos naquele momento. A promoção da saúde pouco é aplicada nesse estágio, pois o interesse está atrelado a um modelo curativo e não à garantia da autonomia e do autocuidado, dentro de um modelo promocional de saúde.

Segundo os entrevistados, não foi realizada uma investigação para avaliar o grau de aprendizado dos mesmos em relação aos conteúdos abordados. Ademais, não são referidas possíveis discussões sobre os conceitos de prevenção de acidente de trânsito, violência e estímulo à cultura e desenvolvimento sustentável, o que mostra a necessidade de uma capacitação profissional e de métodos avaliativos periódicos do processo educacional, conforme rezam as especificações das diretrizes operacionais da educação em saúde (BRASIL, 2007).

Foram referidos dois métodos de ensino-aprendizagem na abordagem dos temas: a educação em saúde tradicional, com ação verticalizada e centrada no processo saúde-doença, utilizada nas palestras e nos consultórios; e a educação em saúde dialógica, focada nas ações primárias, na busca crítico-reflexiva das condições de vida, possibilidades e estratégias de mudanças. Este último método foi massificadamente aplicado nos grupos de apoio, priorizando a construção e a horizontalização do conhecimento, o

desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, a sustentabilidade grupal, a autonomia e o empoderamento do idoso.

Observa-se a utilização, nesses processos, do ‘conhecimento-regulação’ e do ‘conhecimento-emancipação’ como métodos educativos (LOPES; TOCANTINS, 2012; SANTOS, 2001). Embora o primeiro seja utilizado para a transmissão da informação como fato e elemento de ordem sobre as coisas e os outros, o “conhecimento-emancipação” tem tido maior aderência por parte dos idosos, pois os torna mais participativos dentro do processo educativo (SANTOS, 2001).

Percebe-se que parte das estratégias educativas aplicadas busca a autonomia do idoso, pautada na aquisição de autorrespeito, autoconfiança e autoestima, estes que estão, por sua vez, conectados às redes de reconhecimento social. Sem elas, o longo tempo não dispõe de elementos suficientes para enfrentar as situações de vulnerabilidade derivadas de um contexto social que tende a desvalorizar seu modo de vida (SCHUMACHER, 2013).

O grupo de apoio mostrou-se como o método mais eficiente na transmissão de conhecimento, não só pelo maior número de temas descritos, mas por agregar conhecimento, informação e emancipação, direcionando esses itens a conteúdos pré-elaborados e ao atendimento dos diferentes graus de dificuldades individuais. A estes graus estão vinculados os prejuízos e ganhos compartilhados com o grupo, o que despertou, entre os idosos, a formação de consciência crítica sobre a realidade social, sobre si próprios, e construiu novas habilidades e atitudes em benefício de sua saúde e sua promoção, em favor de suas vidas cotidianas e do seu desenvolvimento pessoal e coletivo. É no trabalho em grupo com pessoas idosas que se permite a articulação e o debate das questões peculiares a uma determinada população, como saúde, qualidade de vida, interação social, autoestima e vulnerabilidade (LOPES; TOCANTINS, 2012; BRASIL, 2006).

Dessa forma, a atividade grupal pode ser considerada como um processo educativo

atento às diferenças socioculturais da população, não se limitando às informações cedidas pelos profissionais como verdades únicas e absolutas (BRASIL, 2007). Quando transportamos os mais variados estágios de consciência para a complexidade da educação em saúde, constatamos que a consciência em saúde é mediada pelo processo sequencial de ação-reflexão-ação e possibilitada pelo diálogo, que predispõe o rompimento da cultura do silêncio e desperta os usuários para novas análises acerca da sua saúde (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Todavia, apesar dos relatos da existência de orientação acerca de hábitos saudáveis, de cuidados com a saúde e de autocuidado, os conteúdos proferidos na educação em saúde, independentemente do método escolhido, devem ser ampliados, juntamente com a diversificação e o aprofundamento dos conteúdos pré-existentes, haja vista que o conhecimento que os entrevistados afirmam ter, para identificar fatores de risco, não fornece elementos suficientes para o empoderamento pleno e a construção de habilidades, assim como para o desenvolvimento da autonomia e, conseqüentemente, do autocuidado.

Com relação ao conhecimento acerca de doenças/problemas provenientes do envelhecimento, as longevas – 47 (97,91%) – se mostraram mais informadas dos que os longevos – 29 (82,85%). Esse diferencial biológico atribuído ao gênero constitui um importante marcador social e deve ser valorizado no momento da elaboração de métodos de atuação e na abordagem ao longo tempo, com vistas à minimização das diferenças dicotômicas e à oportunização de condições equânimes de saúde.

Conclusão

A promoção da saúde consiste em uma nova modalidade conceitual e prática de políticas públicas, visando ao indivíduo e ao coletivo, através da busca de qualidade de vida, autonomia e estímulo ao autocuidado.

Percebe-se que a promoção da saúde se expressa fundamentalmente nas unidades básicas através da educação em saúde, presente nas práticas desenvolvidas pelos profissionais envolvidos.

A educação em saúde, embora possua métodos e segmentos distintos, não se limita apenas a transmitir conhecimento à comunidade, mas estabelece vínculos entre assistidos e profissionais, e promove a participação ativa da comunidade, a inclusão social e constantes remodelagens conceituais destes indivíduos, quanto a hábitos que comprometam a saúde e a qualidade de vida daquela população. No entanto, existem fortes marcadores que delimitam e obstaculizam as práticas educativas e de promoção da saúde, como, por exemplo, o caso das questões de gênero, que necessitam de uma reorganização de

práticas a fim de minimizar as assimetrias e oportunizar condições equânimes de saúde a todos os idosos.

Embora a transmissão de conhecimento se faça presente, ela não é homogênea, o que torna necessária a intensificação das bases das políticas de promoção da saúde, incluindo métodos de avaliação do conhecimento oriundo do processo educativo, de detecção de possíveis falhas para a elaboração de estratégias de reversão, e de absorção dessas informações pelo idoso.

Pode-se contar com a educação em saúde como um instrumento promocional e de estímulo ao autocuidado, ponderando-se as informações fornecidas. Diante disso, entende-se que a educação e a promoção da saúde caminham juntas, gerando possibilidades para que o idoso se conscientize e empodere, objetivando sua qualidade de vida. ■

Referências

ALVES, R. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Revista Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 13, n. 3, 2011, p. 152-166.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto – enferm.*, v. 16, n. 2, 2007.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 abr. 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde*: documento base – documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CARRARA, S. et al. *A construção do conhecimento em gênero e sexualidade*: histórias e perspectivas. Curso de especialização em gênero e sexualidade. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010.

ENRIA, G.; STAFFOLANI, C. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las

práticas de promoção a la salud. *Hacia la promoción de la salud*, Calle, v. 15, n. 1, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005.

GOBBI, S. *et al.* Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 24, n. 4, 2008, p. 451-458.

GOTTLIE, M. G. V. *et al.* Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, mar. 2001. Disponível em: <<http://raladolec.bvs.br/scielo>>. Acesso em: 9 abr. 2010.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set. 2010, p. 461-468.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Promoção da Saúde e a Educação Crítica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2013.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 dez. 2014.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, 2010.

SANTOS, B. S. *Da ciência moderna ao novo senso comum*: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática – a crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SCHUMACHER, A. A.; PUTTINI, R. F.; NOJIMOTO, T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, jun. 2013.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 dez. 2014.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS

Fiscal waiver (tax spending) in health: effects on financing of the SUS

Áquilas Mendes¹, José Alexandre Buso Weiller²

RESUMO No contexto do capitalismo financeirizado, marcado por uma transferência direta de direitos à saúde para o mercado, as renúncias fiscais (gastos tributários) se apresentam como engrenagens que ampliam o poder das instituições privadas no setor saúde, prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde. É notável o arcabouço legal desenvolvido no Brasil, que assegura a constante ampliação das renúncias fiscais, principalmente nesse setor, contribuindo para a ampliação da cobertura de planos de saúde. Este artigo destaca a efetiva transformação do direito à saúde em garantia de consumo de produtos e serviços, denotando o claro processo de mercantilização que essa política vem sofrendo.

PALAVRAS-CHAVE Renúncia fiscal; Gasto tributário em saúde; Financiamento do SUS.

ABSTRACT *In the context of financial capitalism, marked by a direct transfer of rights to health to market, fiscal waivers (tax expenditures) present as gears that extend the power of private institutions in the health sector, damaging Brazilian Unified Health System financing. It is remarkable the legal framework developed in Brazil, that provides permanent extension of tax waivers, especially in this sector, contributing to increasing coverage of health plans. This article highlights the effective transformation of the right to health in guarantee of consumption of products and services, denoting the clear process of commodification that this policy has been suffering.*

KEYWORDS *Fiscal waiver; Health tax expenditure; SUS financing.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública - São Paulo (SP), Brasil. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Departamento de Economia - São Paulo (SP), Brasil.
aquilasn@uol.com.br

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública - São Paulo (SP), Brasil.
jose.alexandre.bw@gmail.com

Introdução

O objetivo deste artigo é analisar a dimensão da renúncia fiscal (gasto tributário) na saúde, no âmbito da União, especialmente entre 2003 e 2012, identificando-a como um dos obstáculos para assegurar o financiamento do direito universal à saúde.

Os embates por recursos financeiros para assegurar a política pública universal da saúde sempre foram uma constante desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A história de tensões no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa antes e durante os anos 2000, após a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000. Ao mesmo tempo, nesse período, a fragilidade do financiamento foi percebida no crescimento da renúncia fiscal decorrente da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no Imposto de Renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e convertendo-se no que se convencionou denominar gasto tributário. Essa denominação apoia-se em Alvarenga (2012) e será discutida na segunda parte deste artigo.

O tema da renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde não tem sido tratado de forma considerada no âmbito da discussão sobre a problemática do financiamento do SUS. São poucos os estudos que se referem a esse tema. Entre eles, destacam-se: Sayd (2003); Dain *et al.* (2002); Ocké-Reis e Santos (2011); Ocké-Reis (2013).

Verifica-se, ao longo de vinte e sete anos de existência do SUS, um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de fontes inseguras, o que se poderia designar como ‘tempos turbulentos’ do financiamento do SUS¹. Iniciamos a década de 2010 sem resolver esses grandes conflitos, na medida em que a Lei nº 141/2012 (regulamentação da EC nº 29/2000) não assegurou novos recursos financeiros para a saúde universal, especialmente por parte da União, e, ainda,

nada foi realizado com relação ao estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para o setor privado, sem prejuízo dos recursos do Estado, especialmente direcionados às políticas de direitos sociais, como a saúde.

A compreensão dos impasses do financiamento do SUS, ao longo de sua existência, somente é possível se articularmos dois planos de análise: de um lado, destacam-se as consequências perversas da política macroeconômica restritiva, implementada durante os dois governos Lula, dando prosseguimento ao que era feito por Fernando Henrique Cardoso, com o objetivo central de assegurar o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de elevados superávits primários, resultando em constante pressão para que o gasto público fosse diminuído, o que, no SUS, assumiu a forma de contingenciamento. De outro lado, evidenciam-se os efeitos da dinâmica do movimento do capital contemporâneo, que tem sob comando o capital portador de juros (capital financeiro) e sua insaciabilidade pela apropriação dos recursos do fundo público da seguridade social e da saúde². Para se ter uma dimensão da interpenetração do capital financeiro no orçamento público federal, em 2012, o gasto com juros e encargos da dívida pública representou R\$ 126,3 bilhões, enquanto o gasto do Ministério da Saúde foi 37% menor.

Com a vinculação de recursos para a saúde pública, a partir da EC nº 29/2000, permitiu-se que o gasto SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,8% do PIB, em 2011 (sendo 1,7% da União, 1,1% dos municípios e 1,0% dos estados), o que é ainda insuficiente para torná-lo universal e garantir o atendimento integral (SERVO *ET AL.*, 2011). No entanto, o gasto público brasileiro é baixo em relação aos demais países que possuem um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível desses países, precisaria dobrar a participação do SUS com relação ao PIB, a fim de alcançar equiparação com a média de alguns países desenvolvidos (Reino Unido, Canadá, França e Espanha), isto é, 8,3%³.

¹ A temática dos problemas do financiamento da saúde pública, ao longo dos vinte e sete anos de existência do SUS, está apoiada na discussão realizada por Mendes (2012). Esse autor também discute a força predominante do capital portador de juros no capitalismo contemporâneo, baseado na descrição desse capital, conforme tratado na seção quinta do Livro III de ‘O Capital’, de Marx.

² Dados extraídos do Banco Central do Brasil <www.bcb.gov.br/> e do Ministério da Saúde <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acessos em: out. 2014.

³ Dados da Organização Mundial da Saúde, de 2009 (WHO, 2012).

A constatação do reduzido gasto público deve também ser entendida a partir do incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar, da pessoa física ou jurídica, aplicada sobre despesas com plano de saúde e/ou médicas e similares. Além disso, há de se acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria químico-farmacêutica.

Este artigo está estruturado em três partes. A primeira caracteriza, de maneira breve, os problemas do financiamento do SUS, ressaltando os impasses provocados pela renúncia fiscal ao setor privado. A segunda parte apresenta a legislação brasileira, que permite a permanência da renúncia fiscal (gasto tributário), especialmente para a saúde. A terceira parte analisa a evolução do Gasto Tributário Social (GTS), em geral, e da saúde, em particular, no período de 2003 a 2012.

A trajetória dos problemas do financiamento do SUS e o crescimento da renúncia fiscal ao setor privado

O financiamento do SUS transcorreu sobre um longo processo de conflitos e embates. Para começar a entender as diversas tensões nos caminhos institucionais do SUS, ressaltamos a ideia de um duplo movimento pendular e contraditório entre as forças em torno da área da saúde, desde a Constituição, arrastando-se até a aprovação da regulamentação da EC nº 29/2000, em dezembro de 2011. É possível dizer que, ao mesmo tempo que se vai desenvolvendo uma saúde universal, sustentada pelo movimento dos defensores do ‘princípio da construção da universalidade’, agravam-se as finanças do Estado brasileiro, criando limites para o aporte de recursos para a saúde. Assim, as decisões de uma política econômica restritiva/neoliberal, sustentada por outro movimento, denominado ‘princípio da contenção do

gasto’, mantiveram-se muito firmes durante todos os anos 1990 e 2000, limitando os recursos públicos para assegurar o direito à saúde (MENDES, 2012).

Assim, diante da predominância de políticas macroeconômicas restritivas, adotadas pelos governos FHC e mantidas pelos governos Lula, em consonância com a dominação do capital portador de juros no capitalismo contemporâneo, o trajeto do financiamento do SUS permaneceu sob grande tensão. Não foi à toa que o tema do financiamento não foi retirado da agenda de problemas no âmbito da saúde universal durante todo o período de implementação do direito à saúde, após a Constituição de 1988.

Os conflitos entre os dois princípios comentados não permitiram assegurar uma política de direito universal da saúde. Salienta-se que, entre 1989 e 1993, os embates já eram intensos. Além da não consideração por parte do governo federal dos 30% da seguridade social, que deveriam ser destinados à saúde, conforme o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, houve certa especialidade das fontes da seguridade social. O orçamento federal passou a destinar a maior parte dos recursos da Contribuição do Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para a saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a assistência social e das contribuições de empregados e empregadores para a previdência social, que contou com a exclusividade dessas últimas fontes a partir de 1993. Essa maneira de utilização das fontes de financiamento da seguridade social rompia com o conceito de um orçamento único para as três áreas dela integrantes, desrespeitando a ideia que inspirou sua criação na Constituição de 1988: a visão de lidar com os riscos sociais de forma integrada.

Entre 1994 e 2011, as tensões no financiamento do SUS ganharam proporções ainda mais amplas. Lembremo-nos de modo resumido esse período. Entre os vários constrangimentos, ficaram constatados os seguintes eventos, de acordo com Mendes (2012):

a) a criação da Desvinculação da Receita da União (DRU), em 1994, resultando em uma perda de recursos para a seguridade social de cerca de R\$ 578 bilhões, entre 1995 e 2012;

b) a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997, como fonte exclusiva para a saúde, por um lado, e a retirada de parte das outras fontes desse setor, por outro, não contribuíram para o acréscimo de recursos que se esperava. Essa fonte permaneceu por dez anos, até 2007, quando foi rejeitada no Congresso Nacional;

c) a aprovação da EC nº 29, em 2000, vinculando recursos para a saúde, porém, com indefinições sobre quais despesas deveriam ser consideradas como ações e serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado nesse âmbito, além de dispor de método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da União, isto é, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), e, ainda, de não esclarecer a origem dos recursos no tocante à seguridade social, ignorando o intenso embate por seus recursos;

d) as permanentes investidas da equipe econômica do governo federal contra a vinculação de recursos para a saúde, ao procurar introduzir itens de despesa não considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde, como o pagamento de juros e da aposentadoria de ex-funcionários desse ministério, além de outros;

e) a pendência da regulamentação da EC nº 29/2000 durante oito anos no Congresso (entre 2003 e 2011), provocando perdas de recursos para o SUS e o enfraquecimento do princípio maior: o direito universal à saúde;

f) a ameaça da proposta de reforma tributária do governo Lula (2008), prejudicando o financiamento da seguridade social, em especial, por meio da extinção das contribuições sociais, tornando todas as fontes agregadas por somente três impostos: Imposto de Renda (IR), Imposto sobre

Produtos Industrializados (IPI) e Imposto do Valor Adicionado Federal (IVA), o que impediria a vinculação de recursos para a seguridade social⁴;

g) a permanência das incertezas do financiamento do SUS com o estabelecimento da regulamentação da EC nº 29/2000, por meio da Lei Complementar nº 141/2012, que não conseguiu resolver o problema da insuficiência de recursos da saúde por parte do governo federal, manteve o método de cálculo conflitante para aplicação dos seus recursos. O método de cálculo para a aplicação da União em ações e serviços de saúde, estabelecido na EC nº 29/2000 e mantido na Lei 141/2012, refere-se ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do PIB nominal. Essa base de aplicação difere de estados e municípios, na medida em que, para esses entes, o cálculo incide sobre os recursos próprios arrecadados. A EC nº 29/2000 estabeleceu que estados deveriam alocar 12%, no mínimo, da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, e municípios direcionassem 15%, no mínimo, da mesma base de cálculo. A EC nº 29/2000, para a União, não explicita a origem dos recursos e foi omissa com relação à Seguridade Social, como se não houvesse conflito por seus recursos.

Nesse cenário, as tensões no financiamento do SUS não foram poucas. Em realidade, mantiveram-se constantes e cada vez com maior intensidade no âmbito do governo federal. Constatou-se que as disputas por recursos estiveram presentes antes e após o estabelecimento da EC nº 29/2000, isto é, durante as resistências dos governos FHC, nos anos 1990, por assegurarem recursos compatíveis à universalidade, e houve ausência dos governos Lula, entre 2003 e 2010, em elevar a saúde pública à condição de política prioritária, postergando qualquer decisão mais enfática sobre o desempenho do governo federal na aplicação de recursos em ações e serviços de saúde.

⁴ A Lei nº 5.172/66, conhecida como código tributário nacional, estabelece que os impostos não podem ser vinculados a determinadas políticas públicas, diferentemente das contribuições sociais. Sendo assim, a eliminação das contribuições sociais na proposta de reforma tributária do governo Lula tinha um único objetivo: eliminar a vinculação de recursos do governo federal à seguridade social e tornar a desvinculação das receitas permanente.

Para ilustrar essas afirmações, ressalta-se que, em 1995, foi gasto pelo governo federal, na proporção do PIB, cerca de 1,7% com ações e serviços de saúde. Passados quinze anos (2012), essa proporção praticamente se manteve, ou seja, os governos Lula pouco fizeram para modificá-la (MENDES, 2012).

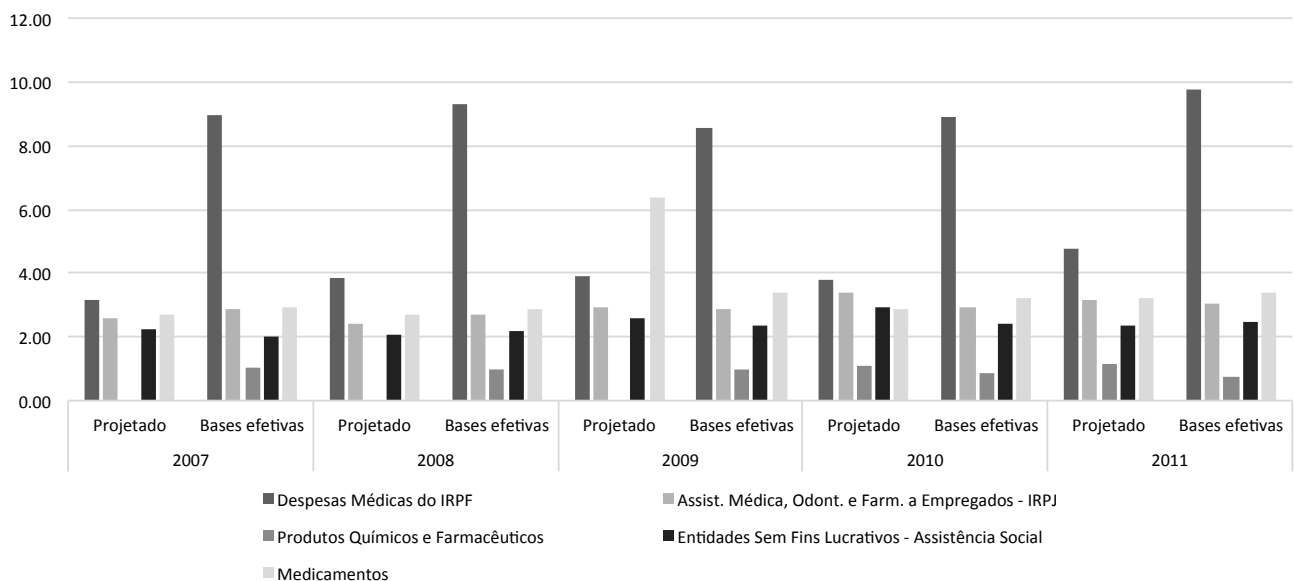
O aumento da renúncia fiscal (gasto tributário) de saúde

Considera-se importante, também, na avaliação do gasto público federal, o incentivo

concedido pelo governo à saúde privada. O total desses benefícios tributários cresce de forma considerável. Registre-se: R\$ 3,67 bilhões, em 2003; passando para R\$ 8,70 bilhões, em 2006; R\$ 15,85 bilhões, em 2009; e, por fim, R\$ 19,98, em 2012⁵.

Para se ter uma ideia do detalhamento desses benefícios, o *gráfico 1* apresenta sua evolução, entre 2007 e 2011, denominada, então, como renúncia fiscal na saúde, destacando os recursos projetados e os efetivamente executados pelo orçamento da União.

Gráfico 1. Comparativo de renúncia fiscal segundo projetado e bases efetivas por subfunção em saúde ao ano — 2007 a 2011 — no Brasil (em bilhões de R\$)



Fonte: Elaboração própria

Observa-se que, entre 2007 e 2011, as bases projetadas para a renúncia fiscal foram menores que os dispêndios efetivamente gastos, particularmente, no tocante às despesas médicas do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) (*gráfico 1*). É digno de nota que a sua magnitude de recursos é bem superior às demais subfunções – Medicamentos; Assistência Médica Odontológica e Farmacêutica; Entidades

Sem Fins Lucrativos – Assistência Social; e Produtos Químicos e Farmacêuticos – em todo o período analisado. Cabe ressaltar que a Receita Federal não disponibiliza as informações detalhadas dos componentes das subfunções, o que impede uma análise de qualquer particularidade dos mesmos.

Chama à atenção a efetiva utilização desse mecanismo de renúncia fiscal por parte da sociedade brasileira. Sabe-se que, no Brasil, a

⁵ Dados extraídos da SRF – Previsões PLOA – Relatórios de renúncia que acompanharam os Projetos de Lei Orçamentária Anual. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Arrecadacao/BenTributarios/DemonsBenefTributario.htm>>.

legislação permite que os abatimentos junto à declaração de IRPF, com despesas médicas privadas, não dispõem de limites, diferentemente da área da educação – limite anual individual de R\$ 3.091,35 (ano-calendário de 2012)⁶. Sem dúvida, a possibilidade de estabelecimento de limites para a área da saúde deve ser um foco de amplo debate no interior desse complexo tema de incentivos ao subsistema privado de saúde no País⁷.

De foma geral, Ocké-Reis e Santos (2011) assinalam dois argumentos que devem ser ponderados na discussão sobre a renúncia fiscal em saúde, quanto ao problema do financiamento do nosso sistema universal. Em primeiro lugar, pode-se considerar que a renúncia fiscal contribui para o aumento da oferta hospitalar privada e, também, para a expansão do mercado de planos de saúde, por meio de apoio do Estado, em prejuízo ao financiamento do SUS e, conseqüentemente, à garantia do direito universal à saúde.

Esse argumento pode ser associado à força que o capital portador de juros (capital financeiro) impõe ao Estado para assegurar seus espaços de valorização (MENDES, 2012). Sabe-se que grande parte dos planos de saúde no País vem se enquadrando ao processo de financeirização, acirrando a temática da perversa relação público-privada na saúde, tão discutida nas últimas décadas (BAHIA, 2010). Ocké-Reis e Santos (2011) comentam que, justamente após a década de 1980, no momento em que o capital portador de juros retornou soberano, a classe média começou a consumir planos de saúde, e os trabalhadores passaram a demandá-los, como um acréscimo de salário de suas empresas.

Em segundo lugar, esses autores assinalam que, em razão de restrição orçamentária do orçamento público e da crise crônica de financiamento do SUS, deve-se criticar o subsídio implícito na renúncia, em decorrência de seu caráter regressivo em favor aos grupos sociais com maior capacidade de receita e, portanto, de gasto. Isso porque os indivíduos que se situam no topo da distribuição de

renda, ao abaterem seus gastos no Imposto de Renda, receberiam, em termos *per capita*, uma quantidade maior de recursos.

Sob o aspecto da saúde financeira do SUS, a solução seria, de um lado, eliminar a renúncia, uma vez que o sistema público deveria cobrir as necessidades de todos os brasileiros. De outro lado, parte dos recursos poderia ser revertida para o SUS, contribuindo para a melhoria das pressões existentes sobre o acesso e a utilização do sistema.

Acreditamos que os argumentos apresentados por Ocké-Reis e Santos (2011) mostram um dos grandes embates em torno da renúncia fiscal na saúde. Sem dúvida, essa discussão remete à problemática relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento da saúde universal, e, ao mesmo tempo, às suas conseqüências com relação à temática da equidade, tão importante para a sobrevivência do SUS.

Assim, concordamos com esses autores quando afirmam que:

[...] o aumento da participação do setor público no financiamento da saúde pública se contrapõe à subvenção estatal ao setor privado de saúde, fator gerador de iniquidades, resultando em um acesso fragmentado e desigual dos cidadãos brasileiros ao sistema de saúde. (OCKÉ-REIS; SANTOS, 2011, P. 15).

A legislação da renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde

O movimento de ampliação dos gastos tributários (renúncia fiscal) se apoia em aspectos jurídico-legais há muitos anos no País, principalmente, a partir da década de 1990, com maior presença nas decisões de política econômica, voltadas para assegurar o ‘princípio da contenção do gasto’.

Nesse sentido, a legislação sobre o Imposto de Renda apresenta a questão dos

⁶ Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, art. 8º, inciso II, “b”, com redação dada pela Lei nº 11.482, 31 de maio de 2007, alterada pela Lei nº 12.469, de 26 de agosto de 2011, art. 3º; Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999 - Regulamento do Imposto sobre a Renda (RIR/1999), art. 81; Instrução Normativa SRF nº 15, de 6 de fevereiro de 2001, art. 39.

⁷ Em Portugal, desde 2006, foi estabelecido um limite financeiro para a renúncia fiscal de saúde no Imposto de Renda Pessoa Física. Ver Pereira (2006).

gastos tributários se concentrando em duas principais leis: a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que altera a legislação do Imposto de Renda das pessoas físicas e dá outras providências; e a Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, que modifica a legislação do Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ), bem como da contribuição social sobre o lucro líquido (BRASIL, 1995A; 1995B).

Para a identificação do setor saúde, nesse contexto de isenções tributárias, torna-se importante mencionar o artigo 8º da Lei nº 9.250, que estabelece que “a base de cálculo do imposto devido ao ano-calendário será a diferença entre as somas das deduções relativas”, que incluem os seguintes pagamentos: pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (BRASIL, 1995A).

Ainda no § 2º do mesmo artigo, soma-se ao disposto, na alínea, mais dois itens:

I - aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza;

II - restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes. (BRASIL, 1995A).

De forma a ampliar os critérios de isenções relativas aos gastos com saúde por pessoas jurídicas do item I, descritos no parágrafo anterior, apresenta-se a Lei nº 9.249, com destaque para o artigo 13, item V:

Para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da contribuição social sobre o lucro

líquido (CSLL), são vedadas as seguintes deduções, independentemente do disposto no art. 47 da Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964: [...].

V - das contribuições não compulsórias, exceto as destinadas a custear seguros e planos de saúde, e benefícios complementares assemelhados aos da previdência social, instituídos em favor dos empregados e dirigentes da pessoa jurídica. (BRASIL, 1995A).

Temos, então, que, além da redução dos valores pagos de Imposto de Renda, reduz-se também o valor da CSLL que as pessoas jurídicas devem realizar. Importante lembrar que a CSLL é uma das fontes de recursos que compõem o Orçamento da Seguridade Social (OSS), que inclui as áreas de previdência, saúde e assistência social.

No tocante à legislação para Entidades Sem Fins Lucrativos – Assistência Social, destaca-se a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, que altera a legislação tributária federal e dá outras providências. Nessa lei, no artigo 12º, indica-se que ficam isentas as instituições:

De educação ou de assistência social que preste os serviços para os quais houver sido instituída e os coloque à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem fins lucrativos. (BRASIL, 1997).

Ainda nesse artigo, no § 2º, item b, as instituições que gozam de tal isenção devem “aplicar integralmente seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais” (BRASIL, 1997). Em complementação à Lei nº 9.532, foram, ainda, aprovadas a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, sendo, ainda, atualizada pelo Decreto n.º 7.237, de 20 de julho de 2010.

Para as isenções ligadas aos itens Produtos Químicos e Farmacêuticos, as leis específicas foram relacionadas segundo o ano de aprovação e apresentam certa continuidade de uma política de importação de produtos considerados de base para a indústria farmacêutica.

A Lei nº 10.637, de 30 de dezembro de 2002, em seu Art. 2º § 3º, apresenta:

Fica o Poder Executivo autorizado a reduzir a 0 (zero) e a restabelecer a alíquota incidente sobre receita bruta decorrente da venda de produtos químicos e farmacêuticos, classificados nos Capítulos 29 e 30 da TIPI, sobre produtos destinados ao uso em hospitais, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, campanhas de saúde realizadas pelo poder público, laboratório de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas (BRASIL, 2002).

Em consonância com essa lei, são aprovadas, ainda, a Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003, e Lei nº 10.865, de 30 de abril de 2004, mantendo a situação de isenção já descrita, e, por fim, no Decreto nº 6.426, de 7 de abril de 2008, expande-se a operação de importação dos produtos, já descritos no parágrafo anterior, por meio do Anexo III desse decreto.

Por fim, no tocante à legislação sobre isenções de medicamentos, merece menção a Lei nº 10.147, de 21 de dezembro de 2000, e, em atualização, a Lei nº 10.548, de 13 de novembro de 2002, ambas reduzindo a carga de PIS e Cofins para pessoas jurídicas que procedam à industrialização ou à importação dos produtos farmacêuticos que

cumpram a sistemática estabelecida pela Câmara de Medicamentos para utilização do crédito presumido, na forma determinada pela Lei nº 10.213, de 27 de março de 2001. (BRASIL, 2001).

Tendo em vista as principais leis aqui descritas, pode-se afirmar que os gastos tributários sociais (em especial, os da área da saúde) estão largamente respaldados por arcabouço jurídico-legal, possibilitando a sua sustentabilidade institucional, especialmente a partir dos anos 2000, com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal, que permite sua existência⁸. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei

Complementar nº 101/2000, não proíbe a renúncia de receita nem dispensa a lei para a concessão ou ampliação de incentivos ou benefícios, apenas requer novas exigências para a renúncia de receita, que devem ser observadas antes da elaboração da lei específica, verificando o atendimento às condições do disposto no artigo 14 dessa Lei de Responsabilidade Fiscal. A rigor, o possível questionamento à sua expansão, provocando uma frágil situação da capacidade do gasto do Estado junto às políticas públicas, deve ter em conta o necessário enfrentamento à revogação de ampla legislação.

A evolução dos gastos tributários sociais e da saúde de 2003 a 2012

Orientações metodológicas para a análise dos gastos tributários

Antes de se promover à análise dos gastos tributários sociais e da saúde, entende-se ser fundamental apreender a abrangência conceitual desses gastos específicos. Alvarenga (2012, p. 2) argumenta que “não há um conceito bem definido na literatura sobre o que são gastos tributários, permitindo aos diversos países defini-los de forma distinta”. A autora ainda afirma que “não há um conceito definido oficialmente acerca de quais gastos tributários correspondem a gastos sociais”. Porém, no Demonstrativo dos Gastos Tributários (BRASIL, 2011), esse conceito parece ser tratado de forma clara:

São explicitados na norma que referencia o tributo, constituindo-se uma exceção ao sistema tributário de referência, reduzindo a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte. Têm caráter compensatório, quando o governo não atende adequadamente a população dos serviços

⁸ Para o entendimento das exigências previstas pela LRF, ver Mendes e Moreira (2001).

de sua responsabilidade, ou têm caráter incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região. (BRASIL, 2011, P. 11).

O documento da Receita Federal segue indicando que:

Em complemento ao conceito acima, passou-se a utilizar a regra dos dois passos para se identificar os gastos tributários do conjunto de desonerações do sistema tributário: determinar todas as desonerações tributárias tomando como base um sistema tributário de referência; e avaliar, utilizando os critérios definidos no conceito acima, quais as desonerações são gastos indiretos passíveis de serem substituídas por gastos diretos, vinculados a programas de governo. (BRASIL, 2011, P. 12).

Tendo uma definição inicial por parte da Receita Federal, cabe ressaltar a dificuldade de acompanhamento dos gastos tributários efetivos. Em estudo realizado em 2011 pela Receita, as informações correspondem às estimativas realizadas para o orçamento do próximo ano, e diversos itens não possuem valores disponíveis, prejudicando uma real análise sobre as execuções desses gastos tributários.

Ao se considerar que a finalidade dessas isenções tributárias seja compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo e, ao mesmo tempo, incentivar determinado setor da economia, é provável que haja uma substituição das políticas públicas, no caso, a saúde pública, por serviços prestados por terceiros, que, diferentemente do objetivo do Estado, de garantir o direito à saúde, tenha outra finalidade: a valorização do capital, entendendo saúde como mercadoria.

Nessa perspectiva, Martins e Martins (2012) argumentam o real sentido do movimento do capital com relação à apropriação do setor saúde, ao esclarecerem que:

Em face das nossas reflexões, e devido o esgotamento do antigo padrão de acumulação de capital, principalmente no setor industrial, para a extração de valor excedente, compreendemos que os impactos causados pelas transformações no mundo do trabalho vêm atingindo de forma rápida (e negativa) as sociedades. Trata-se de transformações provocadas pela diminuição da taxa de lucro global do capital nas diversas esferas da produção ou, em outras palavras, devido o esgotamento do antigo padrão de acumulação de capital, principalmente no setor industrial, para a extração de valor excedente. Compreendemos que está em jogo a necessidade estrutural do capital em expandir-se para outras áreas da economia, sobretudo para o setor de serviços, no qual se inclui o setor saúde transformando-o em importante campo para o processo de valorização do capital. (MARTINS; MARTINS, 2012, P. 7).

Essa afirmação apresentada nos convoca para uma necessária análise da dimensão dos dados econômico-financeiros sobre os gastos públicos, e, nestes, especialmente os tributários em saúde. Torna-se necessário desenvolver aprofundamento e acompanhamento dessa possível mudança do direito à saúde para uma mercantilização desta.

Para a realização da análise dos gastos tributários sociais e da saúde, buscaram-se as fontes da Secretaria do Tesouro Nacional, da Receita Federal e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Datasus/Ministério da Saúde. O período de análise compreende os anos de 2003 a 2012. Todos os valores financeiros foram corrigidos segundo o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI), com mês de referência de dezembro de 2012.

Ainda cabe mencionar que os valores correspondentes aos gastos tributários são projeções e estimativas em bases efetivas apresentadas anualmente nos Demonstrativos dos Gastos Tributários. Utilizou-se como caracterizador de GTS o

estudo realizado por Alvarenga (2012), efetuando-se alguns recortes para uma análise mais ampla das funções orçamentárias (maior agregação do nível das despesas).

A autora apresenta a definição baseada em alguns estudos que resultam nas seguintes classificações que compõem o GTS: Alimentação e Nutrição; Assistência Social; Ciência e Tecnologia; Cultura; Educação; Emprego e Defesa do Trabalhador; Entidades sem Fins Lucrativos; Habitação e Urbanismo; Previdência Social; Saúde. Para este artigo, os campos da Previdência Social, Emprego, Defesa do Trabalho e Alimentação e Nutrição foram agregados na função Trabalho. Incluíram-se, ainda, as funções: Direitos da Cidadania, Gestão Ambiental e Saneamento. O item Entidades Sem Fins Lucrativos não foi considerado por estar distribuído nas funções em que as empresas prestam serviços (saúde, educação, cultura etc.).

Concordamos com Alvarenga (2012, P. 6)

quando diz que

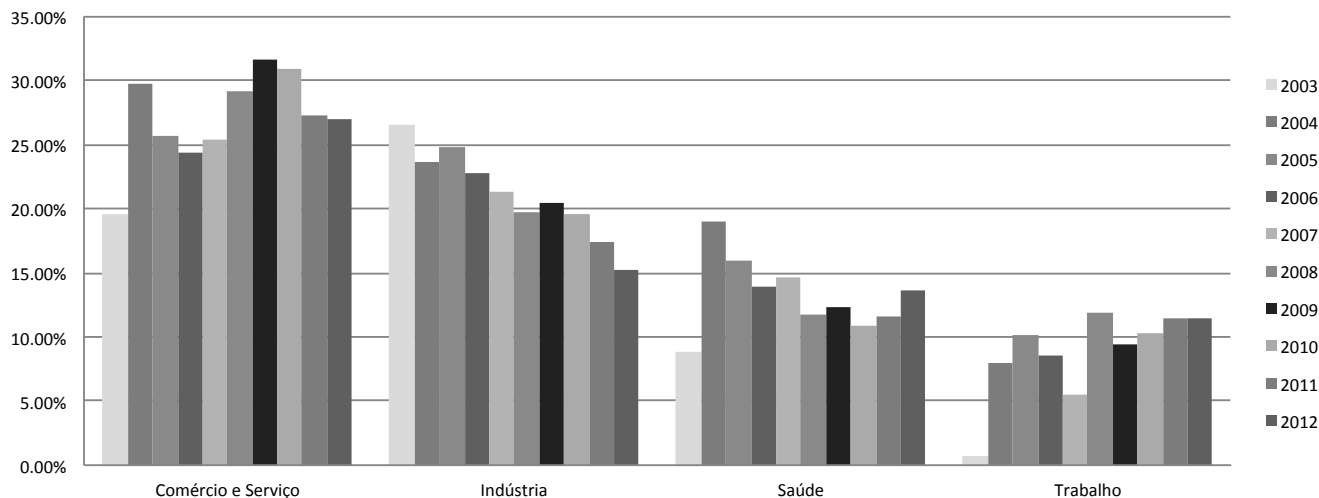
embora a classificação ainda seja caracterizada por um alto nível de subjetividade, isso não deve ser empecilho para a análise e detalhamento dos valores apresentados nos Demonstrativos anuais.

De outro modo, a autora insiste em afirmar que “o debate deve ser aprofundado cada vez mais, aumentando o número de informações disponíveis sobre o assunto”.

Resultados da análise dos gastos tributários

Ao se analisar a participação das principais funções no total dos gastos tributários, entre 2003 e 2012, constata-se que a Saúde é a terceira maior função, sendo inferior apenas às funções de ‘Comércio e Serviço’ e ‘Indústria’, respectivamente (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Distribuição percentual por função sobre o total de gastos tributários ao ano — 2003-2012



Fonte: Elaboração própria

Para se ter uma ideia do desempenho da distribuição do total do gasto tributário por funções, em 2012, a Saúde corresponde à terceira posição, com 13,6%, logo após a função Indústria, com 15,19%, e ‘Comércio e Serviço’, com 27,6%.

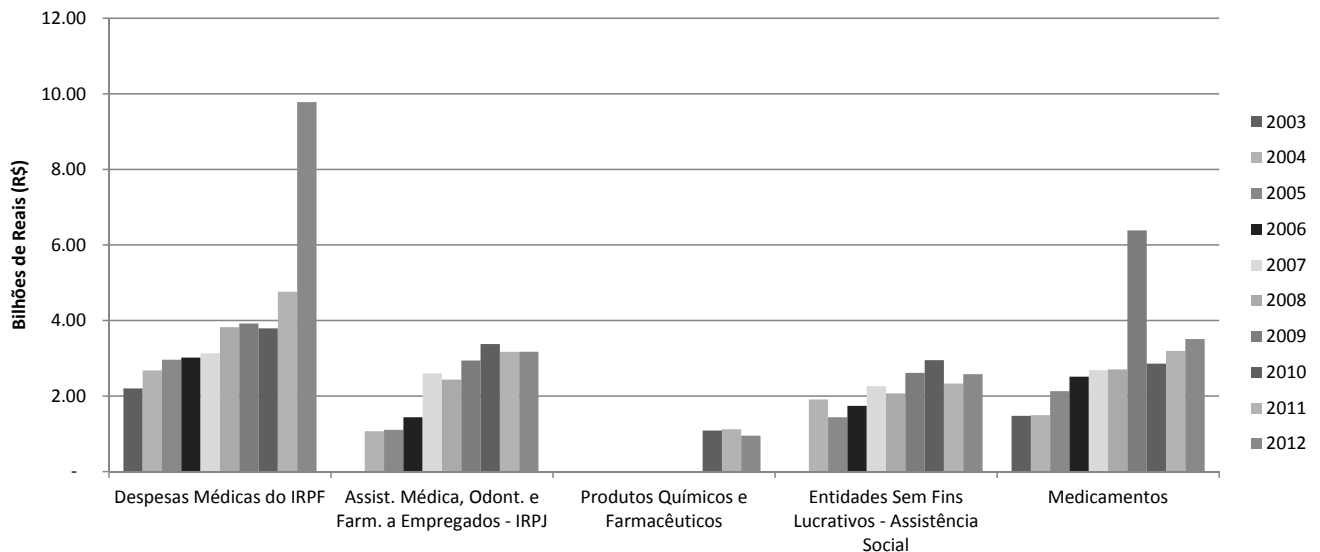
Quando se destacam as funções ligadas ao GTS para 2012, tem-se a Saúde como maior percentual desses gastos (30,5%), seguida do Trabalho (25,7%), ficando bem superior à Assistência Social (10,5%), à Educação (10,8%) e às outras funções

(22,6%) (Dados da Receita Federal do Brasil⁹).

Ao se analisar a participação das modalidades de gastos tributários sobre o total de gastos da função Saúde, observa-se que as ‘Despesas Médicas do IRPF’

e a ‘Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados – IRPJ’ são as principais. Juntas, somaram, em 2012, 64,80%, com uma mediana, no período analisado, de 34,66% e 18,54%, respectivamente (gráfico 3).

Gráfico 3. Gastos totais segundo subfunção em saúde ao ano — 2003-2012



Fonte: Elaboração própria

Por sua vez, quando se analisa a participação da população coberta por planos de saúde (Assistência Médica) no Brasil, constata-se o pequeno patamar de 34,2%, em 2012¹⁰. A grande maioria da população brasileira não dispõe de planos, ficando sob a cobertura do SUS, que, como se verifica, fica prejudicado na sua capacidade de financiamento, entre vários aspectos destacados na primeira seção ou deste artigo, além de o Estado subsidiar a população

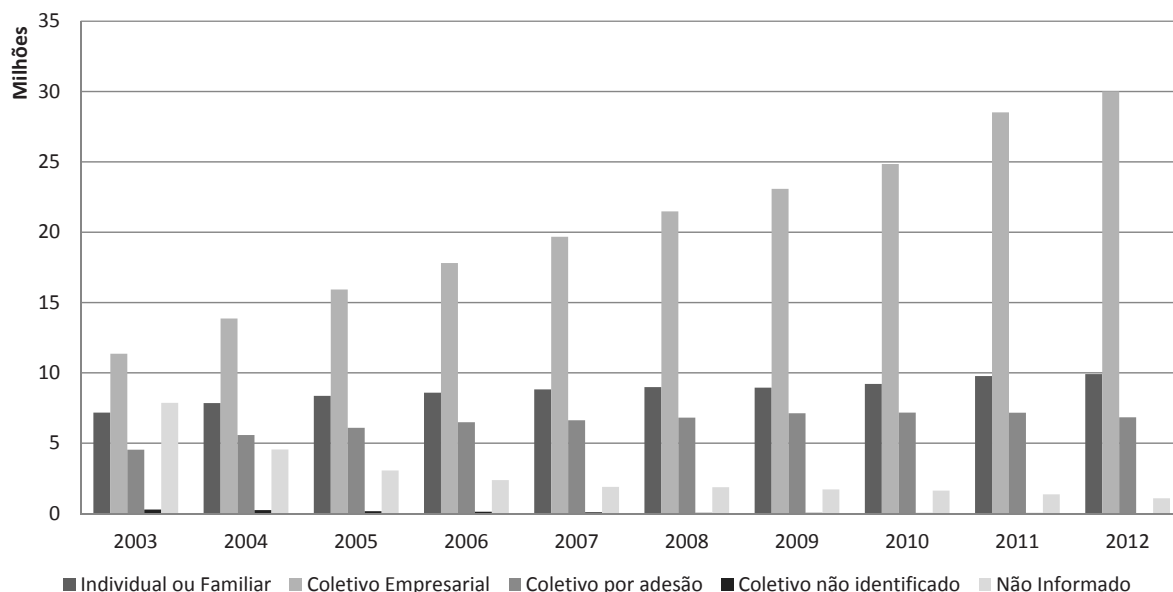
que dispõe de planos, via renúncia fiscal (gasto tributário). De acordo com dados da ANS¹¹, ao se fazer uma distinção entre os tipos de contratação desses planos de saúde (Assistência Médica), verifica-se que, entre 2003 e 2012, o ‘coletivo empresarial’ apresenta a maior participação no total desses tipos de contratação e também o maior crescimento no período, passando de 36,40%, em 2003, para 62,69%, em 2012 (gráfico 4).

⁹ Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/ben tributarios/2012/dgt2012.pdf>>.

¹⁰ Dados extraídos da ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>.

¹¹ Dados extraídos da ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>.

Gráfico 4. Número de cobertos por planos de saúde, Assistência Médica, segundo tipo e ano — 2003-2012



Fonte: Elaboração própria

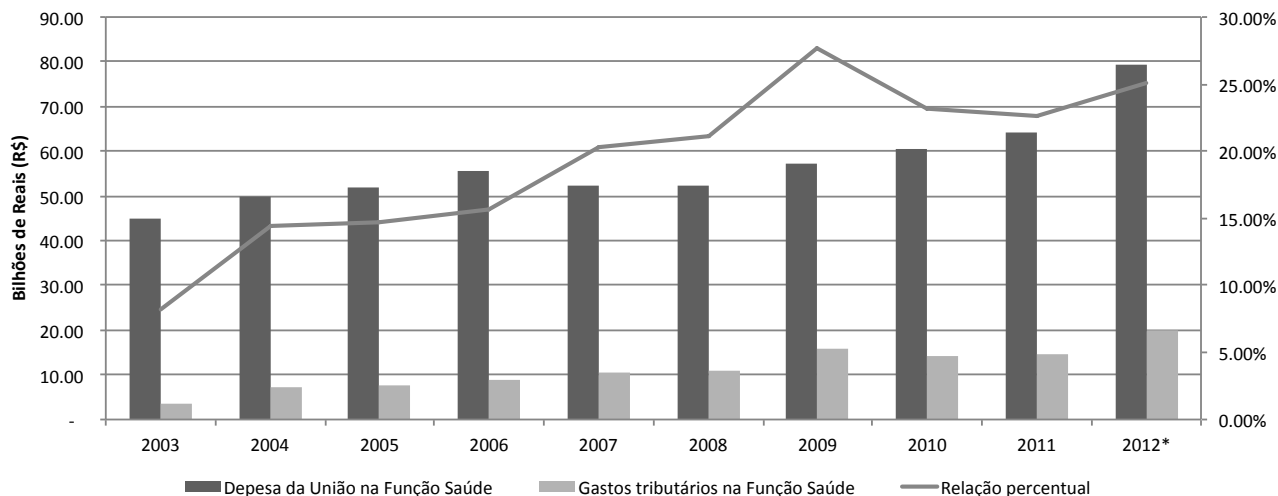
Esse importante quadro da renúncia fiscal para o consumo de planos de saúde no Brasil deve ser contraposto ao desempenho de seu mercado entre 2003 e 2011. Segundo Ocké-Reis (2013), verifica-se que o faturamento do mercado dobrou, e seu lucro líquido teve um incremento mais de duas vezes e meia acima da inflação.

Por fim, merece comentar a relação entre os gastos tributários na função Saúde e as despesas orçamentárias da União na função Saúde. Depreende-se que, ao longo do período

de 2003 a 2012, tal relação teve um aumento considerável, passando de 7,78%, em 2003, para 24,96%, em 2012 (gráfico 5). Entre 2009 e 2011, observa-se uma queda dessa relação em virtude das desonerações tributárias à contribuição previdenciária de setores da economia brasileira realizadas pela presidente Dilma, o que prejudicou o financiamento da seguridade social (a previdência social integra esse orçamento¹²). Já a partir de 2011, observa-se o retorno ao crescimento.

¹² Para uma discussão sobre o processo de desoneração da folha de pagamento de setores da economia brasileira realizado pela presidente Dilma, onerando o financiamento da seguridade social, ver Marques e Mendes (2013).

Gráfico 5. Despesas da União e gastos tributários na função Saúde ao ano — 2003-2012



Fonte: Elaboração própria

* Lei Orçamentária Anual de 2012

Considerações finais

Desde sua implantação, o SUS enfrenta problemas de financiamento. Ao longo de sua história, os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública universal. Não resta dúvida de que, decorrente dessa situação, há uma necessidade premente de aumentar o volume de recursos para reduzir as desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, bem como para melhorar a qualidade da atenção básica à saúde, levando-a para toda a população, expandindo e aparelhando a rede pública.

Para enfrentar essa insuficiência de recursos públicos para a saúde dos brasileiros, deveríamos nos preocupar com a persistência dos incentivos fiscais ao setor privado da saúde, o que se traduz no subsídio implícito nas deduções do Imposto de Renda das despesas com Planos Privados de Saúde e/ou com despesas particulares com médicos, hospitais e exames. Como apresentado neste trabalho, o total dos benefícios tributários concedidos à saúde privada, denominado renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde, vem crescendo de forma considerável ao longo dos últimos anos, atingindo o patamar

de R\$ 19,98 bilhões em 2012. Tal recurso, se destinado ao SUS, contribuiria significativamente para enfrentar o subfinanciamento desse sistema.

A rigor, os gastos tributários em saúde vêm assumindo papel de destaque, principalmente quando se analisa o percentual próximo ao da Indústria. Com a possibilidade de pessoas físicas e, principalmente, jurídicas terem parte de seus pagamentos dos Impostos de Renda reduzidos, pelo consumo de planos de saúde ou compra direta de serviços, sem uma margem máxima de desconto, há possibilidade de um crescimento desenfreado das isenções tributárias nessa função.

O que vem à tona é um direcionamento da saúde pública para uma mercantilização, de direito social a produto, provocando um ocultamento enquanto política social, que vise à universalidade, à igualdade e à equidade.

As entidades envolvidas com o compromisso da construção do SUS devem exigir que sejam controlados esses subsídios à saúde privada, que não só comprometem recursos que poderiam ser dirigidos à saúde pública como impedem que o SUS seja assumido como sendo de toda a população brasileira. ■

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2014.

ALVARENGA, L. V. H. Gastos Tributários Sociais – Como estamos? In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 17., *Anais...* Porto Alegre: UFRGS, 2012.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.).

Gestão pública e relação público privado na saúde.

Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 115-128. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/>

Gest%E3o%20P%FAblica%20e%20Rela%E7%E3o%20P%Fablico%20e%20Privado%20na%20Sa%FAde.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2011.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. Disponível em: <www.bcb.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1995a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9249.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1995b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997. Altera a legislação tributária federal e dá outras providências *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19532.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Lei nº 10.213, de 27 de março de 2001. Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos - FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10213-27-marco-2001-367183-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 11 out. 2014.

_____. Lei nº 10.637, de 30 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a não cumulatividade na cobrança da contribuição para os Programas de Integração Social (PIS) e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), nos casos que especifica; sobre o pagamento e o parcelamento de débitos tributários federais, a compensação de créditos fiscais, a declaração de inaptidão de inscrição de pessoas jurídicas, a legislação aduaneira, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110637.htm>. Acesso em: 11 out. 2014.

_____. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. *Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária – 2012 (Gastos*

Tributários). Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2011.

DAIN, S.; QUADROS, W. L.; CAVALCANTI, C. E. G. Renúncia fiscal e assistência médica suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica Suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002. p. 223-244.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A proteção social no capitalismo contemporâneo em crise. *Argumentum*, Vitória, v. 5, n. 1, p. 135-163, 2013.

MARTINS, P. P. S. MARTINS, L. S. A reestruturação produtiva do trabalho e o processo de mercantilização da saúde no Brasil. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX ENGELS, 7, *Anais...* Campinas: Cemarx, 2012.

MENDES, A. *Tempos turbulentos da saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, A.; MOREIRA, M. (Org.). *Comentários à Lei de Responsabilidade na Gestão Fiscal*. São Paulo: Cepam, 2001.

PEREIRA, J. Deduções fiscais e despesas de saúde. In: CONGRESSO DE ECONOMIA DA SAÚDE DA AMÉRICA LATINA E CARIBE, 2., *Anais...* Buenos Aires: Abres, 2006.

OCKÉ-REIS, C. O. *Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde – 2003-2011*. Brasília, DF: Ipea, 2013. (Nota Técnica, 5).

OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. *Mensuração dos Gastos Tributários em saúde – 2003-2006*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. (Texto para Discussão, n. 1637). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1637.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2012.

SAYD, P. D. *Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde*. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ipea; 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_politpublicas_saude.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

WORLD HEALTH STATISTICS (WHO). *World Health Statistics 2012*. Geneva: World Health Organization,

2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014.

Recebido para publicação em outubro de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil

The Sanitary Mediation as a viable alternative to the judicialization of health policies in Brazil

Maria Célia Delduque¹, Eduardo Vazquez de Castro²

RESUMO A solução de controvérsias na saúde vem se dando pelo Poder Judiciário, gerando o fenômeno da judicialização. Essa forma de dirimir conflitos não atende ao SUS nem ao próprio órgão julgador. Este artigo empreende uma discussão sobre o instituto da Mediação, para contemplá-la como uma forma de exercício social de acesso à justiça. A Mediação é pouco utilizada no País. É ferramenta para a solução de controvérsias, a fim de evitar a necessidade de mobilização do Poder Judiciário. Trata-se de um instituto célere, de baixo custo e que mantém as garantias de acessibilidade à justiça como direito social. A Mediação pode amenizar as controvérsias que geram a judicialização.

PALAVRAS-CHAVE Decisões judiciais; Saúde; Negociação.

ABSTRACT *The settlement of controversies in health has been going by the Judiciary, generating the Judicialization phenomenon. This way of settling conflicts does not meet the SUS neither the own judging body. This article undertakes a discussion about the Mediation Institute, to contemplate it as a form of fiscal year of access to justice. Mediation is not widely used in the country. It is a tool for the resolution of disputes settlement, in order to avoid the necessity of mobilization of the Judiciary. This is a quick institute, low cost, and which maintains the guarantees of accessibility to justice as a social right. Mediation can alleviate the controversies that generate legalization.*

KEYWORDS *Judicial decisions; Health; Negotiation.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil. Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. delduque@fiocruz.br

²Universidad de Cantabria – Cantábria, Espanha. eduardo.vazquez@unicam.es

Introdução

A famosa obra ‘O acesso à justiça’, de Cappelletti e Garth (1972), conta-nos que o acesso à justiça teve seu primeiro conceito forjado nos Estados liberais burgueses, onde a solução dos litígios e o acesso à justiça eram basicamente compreendidos como o direito do indivíduo de propor ou contestar uma ação, portanto, concentrado exclusivamente na justiça, exercida nos tribunais judiciais. Uma prática forense.

Com o aparecimento do *Welfare State* e a conquista dos direitos sociais, o aparecimento do sujeito empregado, consumidor, inquilino e cidadão fez com que o acesso à justiça passasse a ser uma preocupação do Estado garantidor dos direitos sociais. O acesso efetivo à justiça passou a ser considerado como um requisito básico – um direito humano fundamental – no sistema legal da modernidade, que pretendia garantir e não somente proclamar esse direito básico de todos (CAPPELLETTI; GARTH, 1972).

O acesso à justiça, para os autores, pode ser explicado por movimentos ou ondas. Tais ondas, embora sucessivas, convivem harmoniosamente, valendo-se umas das outras para a completa fruição do direito universal à justiça para todos. Assim, para os autores, as três ondas que representam os principais movimentos processualísticos para o pleno acesso de indivíduos e grupos à justiça não são processos que deixaram no passado suas práticas, para serem sucedidas por soluções mais novas de ampliação e garantismo de acesso a um sistema de justiça, mas movimentos que se ampliaram para abarcar um número maior de possibilidades de justiça, para alcançar todos os cidadãos.

Conforme já mencionado, são três as ondas de acesso à justiça. A primeira onda, ou a primeira solução de garantia de acesso, é o assessoramento legal, ou seja, a ajuda legal aos mais pobres; a segunda onda se caracteriza pelas reformas, cujo objeto é dar representação legal aos interesses difusos;

e a mais recente, a terceira onda, é a que se propõe ao enfoque do acesso à justiça de uma forma mais articulada e completa: a Mediação, objeto deste artigo.

Objetivo

O texto discute a resolução de conflitos e o acesso à justiça por meio da Mediação, ferramenta que vem sendo utilizada no Brasil de forma acanhada, mas que tem demonstrado ser um potente instrumento de solução para controvérsias de muitas ordens. Essa forma alternativa de resolução de conflitos pode ser utilizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que as controvérsias que ensejam a conhecida ‘judicialização’ possam ser dirimidas em fóruns e instâncias que não o Poder Judiciário, sem perder de vista o Direito de Acesso à Justiça das partes, consagrado na Constituição de 1988, em seu art. 5º, inciso XXXV (BRASIL, 2012).

Discussão

O acesso a bens e serviços de saúde pela via judicial, no Brasil, vem evidenciando que o exercício do direito à saúde, pelos cidadãos, positivado em nosso ordenamento jurídico pela Carta Magna de 1988 (BRASIL, 2012), traz à tona a desordem de nossos sistemas político e jurídico com relação à garantia de direitos sociais.

Ao garantir um determinado bem ou serviço de saúde em juízo, como parte integrante do direito à saúde, o Poder Judiciário vem sendo acusado de exorbitar de suas funções de aplicar a lei ao caso concreto e interferir, reflexamente, nas políticas públicas que se destinam a garantir esse direito sob a perspectiva coletiva, prejudicando, assim, a equidade em saúde (CHIEFFI; BARATA, 2009).

O conflito entre as necessidades individuais e coletivas que permeiam a garantia de um direito complexo, como o direito à

saúde, vem mostrando que os sistemas político, jurídico e médico-sanitário chegaram ao esgotamento e que o Poder Judiciário não responde mais, com a eficácia esperada, à pacificação dessas controvérsias.

E é sobre esse conflito, que se convencionou chamar de ‘judicialização das políticas de saúde’, que este trabalho se debruça, objetivando construir caminhos de entendimento e enfrentamento do problema e apresentar uma alternativa viável ao acesso à justiça, para pacificar os conflitos na saúde, senão por intermédio dos tribunais.

Cappelletti e Garth (1972) e a figura das ondas da garantia do acesso à justiça reforçam que a assistência judiciária aos mais carentes foi a primeira onda dessa garantia. Segundo os autores, em verdade,

os primeiros esforços importantes para incrementar o acesso à justiça nos países ocidentais concentram-se, mais adequadamente, em proporcionar serviços jurídicos aos pobres. (CAPPELLETTI; GARTH, 1972, P. 24).

Essa forma de propiciar o acesso à justiça desenvolveu-se em muitos países. No Brasil, a assistência judiciária gratuita é prestada por inúmeras entidades, mas, especialmente, pela Defensoria Pública.

Único país do mundo a dar tratamento constitucional para a garantia do acesso das pessoas pobres à justiça, o Brasil ainda padece de organização, de forma definitiva e concreta, da Defensoria Pública, em alguns estados brasileiros, além de manter um crônico *déficit* de, aproximadamente, 10.578 defensores públicos em todo o País, o que acarreta, em consequência, um impeditivo acesso à justiça daqueles que dependem da assistência judiciária gratuita prestada pelo Estado (IPEA, 2013).

A segunda onda é a representação dos direitos difusos. Os chamados direitos difusos estão dentro da ideia de novos direitos, que, aliás, não são tão novos assim; a maioria deles nasceu na Revolução Francesa, e outros tantos se incorporaram no ordenamento jurídico

pátrio, bem antes de 1988. Caracterizam-se pela indefinição da titularidade e pela indivisibilidade do direito perseguido.

O fato é que os conflitos envolvendo interesses difusos têm chegado ao Judiciário e esbarrado em julgadores que não contam com uma tradição legal, porque o direito difuso é um direito novo. Tampouco contam com farta bibliografia, pois ainda há pouca produção intelectual sobre o tema, e, muito menos, com precedentes de decisões dos tribunais superiores que representem um pensamento jurídico novo, fazendo com que as decisões aconteçam em uma seara absolutamente recente e não consensual.

Surgem as *class action*, cuja decisão teria efeito sobre todos os indivíduos afetados, mesmo aqueles que não tivessem participado do processo judicial. Na legislação brasileira, é a Ação Civil Pública o instrumento processual cabível para ajuizar ações junto ao Poder Judiciário para demandar por direitos difusos. Mas o Ministério Público tem outros instrumentos extrajudiciais para a proteção dos direitos difusos, como o Termo de Ajustamento de Conduta. Igualmente, as agências reguladoras têm a função de regular um mercado em que sujeitos indefinidos de direito podem sofrer danos em seus direitos difusos e coletivos.

A saúde pública é um direito difuso, no entanto, não se tem notícia de Ações Cíveis Públicas ou mesmo ações coletivas que cheguem aos tribunais para tratar de modo generalizado de temas que afetem a saúde das pessoas, indistintamente.

A terceira e última onda de acesso à representação legal – e a mais ampla concepção de acesso à justiça – é um novo enfoque que deve ser levado a efeito fora do circuito jurisdicional. Isso porque, assim como surgiram direitos materiais de terceira geração, como defende Bobbio (2004), também surgiram direitos como a participação na decisão do conflito e no acesso à justiça, que se constituem em direitos processuais de terceira geração (CAPPELLETTI; GARTH, 1996). Ocorre

que, na decisão judicial, as partes não participam da decisão do conflito, mas apenas se submetem, inertes, à decisão do terceiro, o juiz da causa.

Por vezes, a jurisdição não é capaz de dar solução adequada a certos tipos de conflito por desconhecer o campo do conhecimento do tema posto a seu julgamento e por, muitas vezes, exercer a função jurisdicional de aplicação da lei ao caso concreto, afirmando-se na função substitutiva do sistema político e “destecnificando” a aplicação da lei; por consequência, levando à judicialização da vida administrativa e econômica (FARIA, 2004, P. 103).

Assim acontece com a saúde. Por desconhecer as políticas públicas formadoras do SUS, a jurisdição não tem solucionado o acesso a bens e serviços de saúde. Ao contrário, tem criado distorções no sistema e dado ao conceito de acesso à justiça um sentido reverso, em que uns poucos privilegiados, que podem ter acesso aos tribunais, obtêm uma sentença.

Vários estudiosos do tema têm-se colocado de modo contundente sobre a situação das reiteradas decisões judiciais no âmbito da saúde, que infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade. (CHIEFFI; BARATA, 2009; BORGES; UGÁ, 2010; SARTÓRIO; BORDIN, 2010; MACEDO, 2011).

Assim, tem-se que o exercício de um direito fundamental pelos cidadãos pode acarretar sérios prejuízos políticos, com a exacerbação da atuação do Poder Judiciário para além de seus limites funcionais, a gerar impactos significativos na implementação e execução da política pública de saúde.

A judicialização da política é uma expressão equivalente à ‘politização da justiça’, e pode ser traduzida pela expansão do Poder Judiciário no processo decisório. Werneck Vianna (1999) utiliza o termo para descrever as transformações trazidas pela Constituição Federal de 1988, no Brasil, que alargam as possibilidades de ações junto ao Poder Judiciário, para que este defenda os direitos, individuais e sociais, resguardados

pela Constituição. Para Maciel e Koerner (2002), a expressão judicialização da política recebe um sentido de processo social e político quando é usada para se referir à “expansão do âmbito qualitativo de atuação do sistema judicial, do caráter dos procedimentos de que dispõem e, ainda, aumento do número de processos no Tribunal” (MACIEL; KOERNER, 2002, P. 115).

Dados da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2012) apontam que há um crescente número de ações judiciais em matéria de saúde, nos últimos anos, sendo que, apenas em 2011, o total de novas ações atingiu o número de 12.811, apenas em nível federal (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2012). Isso equivale a um aumento de 15% se comparado ao número de processos iniciados no ano anterior.

Para termos uma ideia do que representa esse elevado número de ações judiciais, os gastos, em 2012, somente em medicamentos, sem levar em conta as despesas com a efetiva aquisição dos mesmos, o transporte e a efetiva entrega, seguro e quando não a importação, chegaram a R\$ 243.954.000,00 (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2012).

São aquisições não programadas, não pertencentes ao normal planejamento do setor da saúde, que podem resultar em gastos extraordinários com processos administrativos de dispensas de licitação. Tais situações acabam por concorrer com o normal abastecimento do SUS, acarretando uma irregular divisão de esforços materiais, humanos e orçamentários para atender à judicialização.

O mesmo se passa no Poder Judiciário. O novo afluxo de processos na área de direitos sociais, entre eles, os da saúde, fez com que a jurisdição tivesse um aporte maior no já sobrecarregado sistema judicial. Segundo Serbena *et al.* (2013), em 2010, ingressaram no cômputo geral 24,2 milhões de novos processos na Justiça, somando-se aos 59, 2 milhões de processos pendentes de sentença. Ademais, não há pesquisas específicas sobre o custo unitário de um processo judicial em

matéria de saúde, mas o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em um trabalho pioneiro sobre o custo de um processo judicial de execução fiscal, pôde dar uma ideia do custo individual de uma ação judicial para o Estado. Segundo o estudo (IPEA, 2013), o valor individual de um processo de execução fiscal na Justiça Federal, em primeiro grau, é de R\$ 7.063,74, o que poderia ser usado como parâmetro para o custo de um processo judicial na área da saúde, no âmbito do Poder Judiciário.

Como se vê, esse fenômeno, que se convencionou chamar de judicialização da saúde, não é razoável para o sistema sanitário nem tampouco para o sistema da justiça. Além disso, o controle judicial das políticas públicas prejudica o pleno exercício da cidadania, pois torna o indivíduo dependente do Estado, e o Poder Judiciário seu fornecedor de serviços.

No Brasil, os litígios em matéria de saúde que possuem mais evidência são aqueles em que o acesso é o objeto material da demanda. De um lado está o cidadão enfermo, demandando ações ou insumos de saúde contra o Estado, provedor de serviços públicos de saúde, que, por razões de ausência do serviço ou da não previsibilidade deste nas políticas públicas, deixa de oferecê-los. Trata-se de um ‘enfrentamento social’ que ganhou proporções epidêmicas. Os mecanismos clássicos de resolução dos conflitos acabaram por produzir externalidades negativas para o SUS, já debilitado por razões diversas.

Mas, retomando as ondas de Cappelletti e Garth (1972), pergunta-se: e o que a terceira onda tem a ver com a judicialização da saúde e o movimento universal de acesso à justiça?

Os autores reconhecem que a terceira onda deve estar fora do circuito jurisdicional e que uma das diversas formas para a concretização da justiça, pela autocomposição, é a Mediação.

O conceito de Mediação, segundo a Diretiva 2008/52, da Comunidade Europeia, é:

um procedimento estruturado, seja qual for seu nome ou denominação, em que duas ou

mais partes em litígio tentam voluntariamente alcançar por si mesmas um acordo sobre a resolução de um litígio com a ajuda de um mediador. (UNIÃO EUROPEIA, 2008).

Para Vazquez de Castro (2010), essa maneira de resolver conflitos pela autocomposição – em que as partes contam com um terceiro neutro, mas que pode desempenhar um papel ativo no processo de adoção de acordos no sentido de superar o litígio – é a Mediação.

A Mediação, como método pacífico de gestão de conflitos, pretende evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso e pôr fim àqueles iniciados ou reduzir o seu alcance.

Cebola (2013, p. 19) dispõe que:

O direito de acesso ao Direito, pilar fundamental do Estado de Direito, vem sofrendo profundas transformações. Deixou de ser um direito de acesso ao Direito através do direito de acesso aos tribunais para passar a ser um direito de acesso ao Direito, de preferência sem contato ou sem passagem pelos tribunais.

Reconhecido o direito de acesso à justiça como um direito a recorrer a todos os meios legítimos, legais e válidos para solucionar conflitos, sejam judiciais ou extrajudiciais, resta analisar se tal orientação contraria a Carta de 1988.

Ante à previsão do artigo 5º, inciso XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 2012, p. 17), que implica o poder de acudir-se de um tribunal para a resolução de um conflito jurídico. É oportuno questionar se, nesse contexto, há admissibilidade dos meios extrajudiciais.

A questão ganha maior importância frente à Resolução 127 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), conhecida como Política Judiciária Nacional, que, entre outras medidas, prevê o movimento pela conciliação.

Desde 2006, a Secretaria de Reforma do Judiciário (SRJ), do Ministério da Justiça, em ação conjunta com o CNJ, vem capacitando mediadores por meio da Escola Nacional de Mediação e Conciliação (Enam), com o intuito de realizar uma lenta transformação da sociedade brasileira, no sentido de criar a cultura do consenso e da cooperação na composição das disputas, aceitando-se um polissêmico conceito de justiça. Os sucessivos cursos de mediadores são voltados para operadores do direito, membros da academia e da sociedade civil.

Assim é que a Carta Política, de 1988, consagra a jurisdição como monopólio do Estado, mas não impede outras formas de solução de conflitos.

O fato é que os Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos representam a adesão à cultura da pacificação, em oposição à cultura hoje existente em torno da necessidade de uma decisão judicial para que a controvérsia possa ser resolvida. Isso porque a solução pacífica é sempre preferível, inclusive economicamente, deixando, por derradeiro, a busca do aparato Judicial. Há uma atmosfera favorável para tais modelos, entendidos como instância legitimada para a solução de conflitos sociais pelo próprio meio social, gerando maior conscientização política e participação popular. Esse entendimento foi muito bem incorporado no Decreto 8.243/2014, que estabeleceu a Política Nacional de Participação Social, em que são previstas as Mesas de Diálogo. Delduque, Alves e Dallari (2014) confirmam essa assertiva quando destacam:

a Mesa de Diálogo representa um esforço em todos os níveis para gerar um efetivo acesso à justiça, representando um novo mecanismo que pode ser considerado um esforço de Mediação. (DELDUQUE; ALVES; DALLARI, 2014, P. 2).

Também, Boaventura Santos (2005) costuma afirmar que:

não me parece tampouco que esses mecanismos de resolução dos litígios à margem

do controle do Estado sejam intrinsecamente negativos ou atentatórios da democracia. Podem, pelo contrário, ser agentes de democratização da sociedade. (SANTOS, 2005, P. 157).

Deste modo, têm-se três formas de resolver os conflitos: a) as resoluções estatais – ou heterocomposição dos conflitos, como são hoje conhecidas as decisões judiciais; b) as resoluções estatais negociadas com as partes – ou autocomposição –, realizadas no âmbito jurisdicional, prévia ao início do processo ou no âmbito de órgãos auxiliares da justiça, como o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Advocacia Geral da União; e c) a resolução dos conflitos – ou autocomposição dos conflitos –, em âmbitos extrajudiciais, privados ou não.

O SUS tem recebido preciosa ajuda dessa forma de resolução de conflitos, com dignas iniciativas de juízes, membros do Ministério Público, defensores públicos e advogados da União e procuradores, que, instituindo grupos de Mediação, realizam um trabalho a partir da demanda individual, para mediar o conflito entre o paciente/autor e o gestor da saúde, com o intuito de evitar a ação judicial.

Dois exemplos exitosos da utilização da Mediação na área da saúde, no Brasil, ocorrem no Ministério Público de Minas Gerais e na Defensoria Pública do Distrito Federal.

Em Brasília, a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde, da Defensoria Pública do DF, tem por objetivo mediar conflitos entre os pacientes usuários do SUS-DF e os gestores da rede pública de saúde da Capital.

No Estado de Minas Gerais, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde percorre regiões do estado realizando reuniões de conciliação entre usuários e gestores, além de tratar de temas específicos, como saúde prisional, incorporação tecnológica e outros.

Mas, embora rendendo frutos extraordinários, a Mediação desses conflitos mantém-se fora do sistema da saúde. No entanto, os conflitos são do sistema e devem ser solucionados pelo próprio sistema.

Assim, é preciso que se descreva o que vem a ser a Mediação Sanitária.

A Mediação Sanitária é um modelo alternativo de resolução de conflitos na área da saúde. As relações em saúde transcendem a ótica bilateral do médico com o paciente, para envolver muitos outros atores presentes em um sistema de saúde, advindo, daí, conflitos de toda a ordem, internos e externos ao sistema, criando condições para a judicialização. Conflitos internos (como os assistenciais, organizativos e conflitos entre profissionais) geram desgastes e judicialização, como também fazem os conflitos gerados fora do sistema, mas com reflexos diretos dentro dele, assim como os conflitos sociais e conflitos legais igualmente geram a judicialização.

Conclusão

Assim, para além da resolução dos conflitos pela Mediação Sanitária, é possível, também, antever os conflitos, precavendo-se de seus efeitos por intermédio da construção e permanente atenção ao mapa dos conflitos no âmbito do SUS, fazendo com que o sistema possa operar antecipando-se aos conflitos futuros, solucionando-os.

Para tanto, é preciso incutir uma nova prática, uma nova cultura no âmbito do SUS. Uma vigilância permanente dos conflitos sanitários, que pode ocorrer de muitos modos. A construção de núcleos de Mediação Sanitária, no âmbito das Secretarias de Saúde, em todos os níveis, para operar a Mediação interna ao sistema e externa com seus usuários, há de ser um novo paradigma a substituir a litigância e a judicialização.

Aos órgãos do Poder Judiciário, que têm se esforçado enormemente para diminuir a litigância na saúde, que implementem, igualmente, a conciliação prévia, como já previsto no Código de Processo Civil.

É preciso, ainda, questionar a formação do bacharel em direito que se submete ao concurso de juiz; o membro do Ministério Público ou o Defensor Público sobre o seu modo tradicional, litigioso e adversarial de operar o direito.

É necessária uma nova postura da sociedade brasileira para uma nova necessidade social, especialmente na saúde, de resolver conflitos e afastar, de vez, esse abismal modelo tradicional de julgar por meio dos clássicos tribunais e juízes. É preciso adotar a Mediação nos litígios da saúde. ■

Referências

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. *Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../Panorama%20da%20judicializacao>> Acesso em: 16 mar. 2014.

BOBBIO, N. *A era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. R. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2012.

CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. G. *El acceso a la justicia: la tendencia en el movimiento mundial para hacer efectivos los derechos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1996.

CEBOLA, C. M. *La mediación*. Madrid: Marcial Pons, 2013. 273 p.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

- DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M.; DALLARI, S. G. Decreto que institui a Política Nacional de Participação Social: impactos na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1-3, 2014.
- FARIA, J. E. O sistema brasileiro de Justiça: experiência recente e futuros desafios. *Revista de Estudos Avançados*, São Paulo, v. 51, n. 18, p. 103-125, 2004.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Mapa da Defensoria 2013*. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/mapadefensoria/desafios>>. Acesso em: 11 mar. 2014.
- MACEDO, E. I. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamento pela via judicial. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 703-713, 2011.
- MACIEL, D.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 57, p.113-133, 2002.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2005.
- SARTÓRIO, M. J.; BORDIN, R. Política de Medicamentos Excepcionais no Espírito Santo: a questão da judicialização da demanda. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 288-298, 2010.
- SERBENA, C. A. *et al.* Justiça em Números: uma análise comparativa entre os sistemas judiciais brasileiro e de países europeus. *Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico*, Florianópolis, n. 8, p. 73-92, 2013.
- UNIÃO EUROPEIA. *Directiva 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles*. 2008. Disponível em: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008l0052:es:NOT>>. Acesso em: 11 mar. 2014.
- VAZQUES DE CASTRO, E. *La mediación en materia de consumo: características y elementos de debate*. In: VILLALUENGA, G.; URBINA, T.; VAZQUEZ DE CASTRO, E. (Org.). *Mediación, Arbitraje y Resolución Extrajudicial de Conflicto en el Siglo XXI*. Madrid: Reus S. A., 2010.
- WERNECK VIANNA, L. *et al.* *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em fevereiro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pesquisa sobre Mediação Sanitária desenvolvida junto à *Universidad de Cantabria*, fruto de bolsa de Pós-doutoramento do CNPq (Programa Ciência Sem-Fronteira)

Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa

Reception in Primary Health Care: an integrative review

Larissa Rachel Palhares Coutinho¹, Ana Rita Barbieri², Mara Lisiane de Moraes dos Santos³

RESUMO O presente estudo tem por objetivo analisar o conhecimento produzido sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde, nos últimos oito anos. Trata-se de uma revisão integrativa, relacionada também ao acolhimento no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas tanto por profissionais quanto por usuários. São necessários estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde, e verificar se estas têm realmente impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE Acolhimento; Atenção à saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *The present study aims to analyze the knowledge produced about the reception in the Primary Health Care, in the last eight years. It is about an integrative review, also related to the reception within the Family Health Strategy. It can be stated that the reception process is not yet fully systematized in the models of health care, and this may be a justification for the difficulties presented by both professionals and users. There are necessary studies with new approaches or strategies for the systematizing of the reception in units of Primary Health Care, and verify if these actually have an impact on the quality of services and in the users satisfaction.*

KEYWORDS *User embracement; Health care (Public Health); Primary Health Care; Family Health Strategy.*

¹Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
larissarachel@gmail.com

²Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
ana.barbieri@ufms.br

³Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
maralisi@globo.com

Introdução

Um dos eixos marcantes a respeito dos cuidados primários em saúde surgiu em 1978 com a Declaração de Alma-Ata, na qual os cuidados primários foram situados como estratégia principal do sistema de saúde de um país (WHO, 2008). A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Tanto em países desenvolvidos quanto em menos desenvolvidos, é unanimidade que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o modelo-chave de um sistema de saúde eficaz (OPAS, 2007). Quando os sistemas de saúde de um país estão organizados com base na APS, apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos (LIMA, 2011), além de apresentarem melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (MENDES, 2013).

No Brasil, o termo utilizado como equivalente à APS é a Atenção Básica (AB). Estes termos são associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

O modelo utilizado no Brasil, orientado na APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994 e foi idealizado, inicialmente, como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Atualmente, se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como um eixo estratégico reorganizador do Sistema Único de Saúde (SUS), carregando enorme potencial

para estruturar de forma consistente a APS no Brasil. Tem sido apontado, por sua extensão e cobertura, como um modelo a ser seguido (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

O Ministério da Saúde tem lançado mão de estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Dentre as estratégias que norteiam esta política, evidencia-se o acolhimento (BRASIL, 2006).

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (CARVALHO ET AL., 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um

bom atendimento, predispondo a resolatividade do problema (CARDOSO *ET AL.*, 2009).

Aponta-se o acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolativa às demandas dos usuários (BREHMER; VERDI, 2010).

O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, entretanto, somente recebeu destaque nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família em um passado relativamente recente. Assim, são necessários estudos avaliativos sobre a incorporação do acolhimento nos serviços de APS. E é diante desse contexto que o presente estudo propõe, como objetivo, a análise do conhecimento produzido sobre o acolhimento na APS nos últimos oito anos.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, relacionada ao acolhimento nos âmbitos da APS e da ESF. Optou-se por esta modalidade de pesquisa por se tratar de uma ferramenta que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a primeira etapa, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: Como está a construção do conhecimento sobre o acolhimento na APS e na ESF?

Realizou-se uma busca na literatura científica, utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão: textos completos, com livre acesso a bases de dados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, publicados entre janeiro de 2007 e maio de 2014; e estudos que abordem acolhimento na atenção primária e saúde da família. Optou-se por esta faixa temporal por ter-se identificado que as principais publicações sobre acolhimento ocorreram a partir de 2006, após a ‘normatização’ da HumanizaSUS.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); a Bibliografia Brasileira de Enfermagem (BDENF); e a biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Não foram incluídos editoriais, teses, dissertações e/ou estudos que não abordam temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os indexadores contidos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), contemplando os seguintes termos, nos idiomas português, inglês e espanhol: ‘Acolhimento’; ‘Atenção à Saúde’; ‘Atenção Primária à Saúde’, ‘Estratégia Saúde da Família’.

Os dados coletados foram organizados e agrupados nas categorias temáticas que configuram o escopo central deste estudo. Para a análise dos dados foi realizado o cálculo de frequência simples, a fim de descrever a caracterização dos artigos encontrados. Após esta etapa, foram realizadas a leitura crítica e a discussão dos artigos selecionados.

Resultados e discussão

A busca resultou em 115 artigos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 30 artigos que atendiam aos objetivos propostos. A maioria das publicações se deu entre 2008 e 2010; nota-se o baixo índice de publicação sobre o tema nos dois últimos anos, conforme evidencia a *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição dos artigos sobre acolhimento na Atenção Primária à Saúde publicados entre 2007 e 2014, em base de dados (n=30)

Ano	Nº	%
2007	03	10,0
2008	06	20,0
2009	06	20,0
2010	06	20,0
2011	04	13,4
2012	03	10,0
2013	01	3,3
2014	01	3,3

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao tipo de estudo, 24 eram de natureza qualitativa (80%) e 6 de caráter quantitativo (20%).

Após leitura crítica e sistematização dos dados, puderam-se evidenciar três grupos de discussão: Processo de implantação do acolhimento; Acolhimento sob a ótica dos profissionais; e Acolhimento sob a ótica dos usuários.

Processo de implantação do acolhimento

Para este tópico, foram avaliados 14 artigos (42%), onde foram discutidos aspectos referentes ao processo de implantação do acolhimento, em suas diretrizes conceituais e técnicas.

Houve duas abordagens nos textos avaliados: experiências bem-sucedidas quanto à implantação do acolhimento; e avaliações onde houve incongruências sobre como o acolhimento é compreendido e realizado. Podem-se observar dois modelos de atenção à saúde a partir do acolhimento: o primeiro, que é mais pontual e baseado na demanda espontânea, e respeita a ordem de chegada; e o segundo, baseado em um cuidado integral, longitudinal e interprofissional.

O acolhimento é compreendido como método de escuta qualificada, de forma a oferecer respostas, porém, alguns estudos

demonstraram que, na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; BREHMER; VERDI, 2010). Observa-se, então, limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta.

Em contrapartida, no estudo de Cardoso *et al.* (2009), o acolhimento não foi vivenciado em momentos específicos do processo de trabalho, mas vivido integralmente no contexto das diferentes intervenções. Nota-se uma ambiguidade nos diferentes modelos organizacionais de operacionalização do acolhimento nas unidades de atenção primária.

Quanto aos lugares onde era feito o acolhimento, foi referido que se tratavam de diferentes espaços, tais como: recepção; sala de espera, de atendimento ou de vacina; locais de consulta de enfermagem; almoxarifado; portas de entrada da unidade; ou, ainda, nos ambientes de atividades extramuros e/ou visitas domiciliares (CARDOSO *ET AL.*, 2009). Esta questão de ambiência das unidades está pautada nas diretrizes da PNH.

A visita domiciliar foi mencionada como um dispositivo de acolhimento que propicia, entre outros aspectos, um melhor conhecimento dos usuários e sua inserção na comunidade, facilitando o vínculo (SANTOS *ET AL.*, 2013) e explicitando a importância da visita domiciliar no processo de acolhimento.

Como obstáculos para a realização do acolhimento nos serviços, destacaram-se: limites estruturais, elencados pela própria estrutura física inadequada das unidades e pela escassez de profissionais; algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. O acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas necessidades individuais (MATUMOTO *ET AL.* 2009; BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA *ET AL.*, 2010).

Brehmer e Verdi (2010) ainda relacionam que a (des)organização do número de profissionais apresenta um reflexo negativo, tanto para os usuários – que não recebem um atendimento de real efeito, quanto para os trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a todos com o mesmo critério de qualidade causam a insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática necessitam de respaldo para uma boa atuação.

Em estudo realizado em Salvador/BA, foram identificadas estratégias para a melhoria da acessibilidade e da humanização do acolhimento: implantação de sistemas de marcação de consulta (marcação permanente, marcação de consulta por telefone, criação de listas de esperas); criação de equipes de acolhimento multiprofissional; avaliação de prioridades; orientação de fluxos; e educação permanente da equipe, com oficinas de sensibilização (VIEIRA-DA-SILVA *ET AL.* 2010).

Em estudo de Baraldi e Souto (2011), os resultados demonstraram que a grande quantidade de demanda não estava relacionada à falta de vagas, mas à desestruturação de um planejamento de ações. A concepção de que a formação das filas e o longo tempo de espera são características culturais da população tem sido contestada. Desta forma, fica evidente que, quando o serviço organiza estratégias para a facilitação do acesso do usuário com iniciativas criativas, é possível

umentar a satisfação destes, com consequente melhoria do cuidado prestado.

Baraldi e Souto *apud* Santana (2012) colocam que estratégias baseadas em tentativa e erro não são capazes de garantir a qualidade do serviço, tampouco proporcionar satisfação à clientela, ou harmonia e interação saudável entre os profissionais.

Estudos apontam que o acolhimento como um dispositivo de humanização tem a potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário. Além disso, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; SCHOLZE; DUARTE-JUNIOR; SILVA, 2009; SANTANA *ET AL.*, 2012).

Ressalvas existem quanto a essa reordenação das práticas assistenciais, de modo que essa descentralização do sujeito médico como protagonista do cuidado ainda precisa ser sensibilizada para os usuários que não aceitam completamente o papel da equipe multidisciplinar. Se realizado de forma desestruturada, pode criar conflitos e dificultar os esforços de comunicação, em especial, pela desvalorização da sua atividade, com possível sobrecarga aos profissionais em ambientes onde não haja um preparo tecnológico para lidar com esses impasses. Isto, apesar de experiências positivas demonstrarem boa aceitação na interdisciplinaridade e estarem em consonância com os objetivos do acolhimento e da PNH.

Percepção dos profissionais

Foram selecionados, para esta discussão, 7 artigos (21%). Dentre os discursos mais abordados nos textos, destacam-se cinco temáticas relevantes: ‘Significado e concepção dos profissionais’; ‘Profissional que realiza o acolhimento’; ‘Características e competências’; ‘Fatores facilitadores para o acolhimento’; e ‘Fatores que dificultam o acolhimento’.

Para os profissionais, o acolhimento significa uma prática de recepção do usuário, através de atitudes e comportamentos atenciosos; é dar uma atenção especial e levar em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado, sendo pela resolubilidade dos problemas ou pelos encaminhamentos necessários.

Entretanto, ainda podem-se perceber falas de profissionais que acreditam que o acolhimento está relacionado à prática da triagem, na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante, ou que também pode ser interpretada como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso desse mesmo usuário (FREIRE ET AL., 2008; JUNGES ET AL., 2012).

Para Pinheiro e Oliveira (2011), essa percepção, por parte dos profissionais, causa um ‘empobrecimento’ do sentido mais amplo do que significa o acolhimento, ou seja, um dispositivo tecno-assistencial de organização do processo de trabalho.

Em estudo realizado com profissionais de unidades de saúde do Nordeste, estes relataram que o acolhimento se apresenta como um elemento importante e tem contribuído para a organização do processo de trabalho e da demanda, e, apesar das dificuldades e dos entraves, foi capaz de produzir, na equipe, uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários, que transpõem o conceito saúde-doença (SOUZA ET AL., 2008).

Estes conceitos dispostos pelos profissionais estão em conformidade com a PNH, onde o conceito de acolhimento está pautado na recepção do usuário, desde sua entrada no sistema, de forma a responsabilizar-se integralmente por ele, através de escuta qualificada, de forma que o indivíduo possa expressar suas queixas e preocupações (BRASIL, 2006). Propõe-se, ainda, servir de elo entre a necessidade dos usuários e as várias possibilidades de cuidado (TESSER; POLI-NETO; CAMPOS, 2010). É um

recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

Por meio da análise dos textos selecionados, os principais profissionais citados no processo de acolhimento foram: auxiliar/técnico de enfermagem, gerente/gestor, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista e outros profissionais não ligados à saúde.

Em estudo de Freire *et al.* (2008), os profissionais da enfermagem (auxiliares e enfermeiros) foram apontados como os profissionais mais bem preparados para realizar o acolhimento. A realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional de saúde. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário.

Em conformidade a este processo foram elencadas algumas características necessárias ou desejáveis para a prática dessa ação, tais como: capacidade de escuta; empatia; bom relacionamento com a população; paciência; e afetividade. Outro ponto evidenciado na análise diz respeito ao preparo técnico-científico que fundamenta a ação, bem como ao embasamento dos aspectos legais referentes ao exercício profissional, em que a equipe deve desempenhar as atribuições pertinentes à sua categoria profissional (FREIRE ET AL., 2008).

Dentre os fatores que facilitam e dificultam a prática do acolhimento (*quadro 1*), pode-se observar que foram apontados inúmeros entraves para a realização do acolhimento, na opinião dos profissionais. Para Oliveira, Tunin e Silva (2008), o acolhimento tem se constituído em um permanente desafio, repleto de tensões. Para os autores, é necessário investir em formas de receber os diferentes modos através dos quais o usuário busca ajuda, respeitando cada um, com suas especificidades e demandas.

Quadro 1. Fatores indicados como facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento, sob a percepção dos profissionais

Facilitadores	
Receptividade da comunidade	FREIRE <i>et al.</i> , 2008
Espaços de conversação entre profissionais e usuários	CARDOSO <i>et al.</i> , 2009; CAVALCANTE FILHO <i>et al.</i> , 2009; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011
Maior visibilidade ao trabalho dos profissionais	CAVALCANTE FILHO <i>et al.</i> , 2009
Dificultadores	
Falta de espaço físico adequado	FREIRE <i>et al.</i> , 2008; NERY <i>et al.</i> , 2009; MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009; BREHMER; VERDI, 2010; DAMASCENO <i>et al.</i> , 2012
Falta de privacidade	FREIRE <i>et al.</i> , 2008; NERY <i>et al.</i> , 2009; MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009; BREHMER; VERDI, 2010; DAMASCENO <i>et al.</i> , 2012
Não aceitação do acolhimento/Resistência dos usuários	FREIRE <i>et al.</i> , 2008; JUNGES <i>et al.</i> , 2012
Falta de valorização e reconhecimento	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; NERY <i>et al.</i> , 2009
Conciliação das atividades da unidade com atividades externas (visita domiciliar)	NERY <i>et al.</i> , 2009; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011
Falta de funcionários de outras áreas para apoio	NERY <i>et al.</i> , 2009
Falta de profissionais	NERY <i>et al.</i> , 2009; BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2010
Sobrecarga de trabalho	NERY <i>et al.</i> , 2009; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011
Organização das reuniões de avaliação das ações das equipes	NERY <i>et al.</i> , 2009
Falta de preparo dos profissionais	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2010
Pressão da demanda, que gera um tempo reduzido para o atendimento	NERY <i>et al.</i> , 2009; COELHO; JORGE, 2009
Atividades burocráticas	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009
Infraestrutura e falta de recursos	PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011; COELHO; JORGE, 2009
Falta de limpeza	MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009
Sensação de impotência	JUNGES <i>et al.</i> , 2012
Falta de comunicação	COELHO; JORGE, 2009

Fonte: Elaboração própria

Percepção dos usuários

A partir da análise de 9 artigos (27%), puderam-se sistematizar três temáticas predominantes, nas falas dos usuários: ‘Conhecimento sobre o acolhimento’; ‘Percepção/sentimento’; e ‘Acessibilidade no acolhimento’.

Através da análise das percepções dos usuários pode-se constatar que estes relacionam o acolhimento à boa receptividade (bom atendimento) pela equipe, ao direcionamento para consultas médicas, ao fornecimento de medicamentos, à resolução dos problemas de saúde, à triagem (avaliação de

sinais vitais e classificação de prioridades) e, ainda, relacionam o acolhimento ao atendimento executado pelo profissional médico ou enfermeiro.

Em pesquisa produzida por Santana *et al.* (2012), observou-se que a percepção do usuário sobre o que seria o acolhimento estava relacionada ao nível de instrução e aos aspectos sociais e culturais dos usuários, bem como às suas expectativas quanto a serem atendidos e terem seus problemas resolvidos.

Quanto ao sentimento/percepção dos usuários sobre o acolhimento, o que pôde ser encontrado foram atributos que ocasionavam satisfação ou insatisfação (*quadro 2*).

Quadro 2. Sentimentos/percepções dos usuários que ocasionam satisfação e insatisfação quanto ao acolhimento

Satisfação	
Bom atendimento	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Escuta às queixas	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Presença de instrumentos que favorecem o atendimento	LIMA <i>et al.</i> , 2007; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Ambiência	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Responsabilização e comprometimento dos profissionais	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008
Resolução dos problemas	MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Insatisfação	
Falta do profissional médico	SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Filas e longa espera	LIMA <i>et al.</i> , 2007; MARTHA <i>et al.</i> , 2011; SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Falta de recursos materiais e humanos	SANTANA <i>et al.</i> , 2012; MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Estrutura física inadequada	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Morosidade na marcação e no resultado de exames	SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Impessoalidade na relação entre profissional e usuário	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Dificuldade de acesso a atendimento especializado	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Falta de privacidade	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Falta de preparo dos profissionais	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Falta de respeito	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2008; MARTHA <i>et al.</i> , 2011

Fonte: Elaboração própria

Ao acolhimento, para Brehmer e Verdi (2010), é atribuído também o significado de acesso aos serviços de saúde, sendo considerado como a porta de entrada prioritária para o usuário.

Quanto à acessibilidade no acolhimento, pode-se observar que os usuários percebem o acesso como oferecimento de ações e serviços, recepção administrativa eficaz e estabelecimento de vínculo com os profissionais.

Savassi (2010) coloca que a percepção do acesso aos serviços de saúde está relacionada ao espaço geográfico, ou seja, se dá pela adscrição da clientela e a boa relação com os profissionais, que, por sua vez, estão relacionadas ao nível de satisfação da população com o serviço. A percepção do usuário e sua satisfação com o serviço interferem na acessibilidade e na criação de vínculos, o que pode provocar dificuldades, para a equipe, de coordenar o cuidado, refletindo na qualidade do serviço. Lima *et al.* (2007) reforçam

este conceito, de que o vínculo, a resolutividade e o desempenho profissional estão relacionados ao acolhimento.

Conclusões

Mediante o subsídio dos artigos analisados, pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas, tanto por profissionais quanto por usuários.

O acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, de forma que possibilite ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade. É uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais.

Entretanto, ainda se faz necessário qualificar a maneira como vem sendo desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada e pontual, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização. Sendo assim, não alcançaria seus propósitos, caso fosse implantado como medida isolada.

Pela análise dos textos, fica evidente que não existe uma uniformidade quanto à prática do acolhimento. Mesmo levando-se em consideração que cada serviço tem suas peculiaridades e individualidades, é necessária certa forma de organizar o serviço, que deverá ser pautado em normatizações e, principalmente, em incentivos à educação permanente. O serviço é que precisa se organizar para oferecer o acolhimento, e não o contrário.

Uma consideração quanto à percepção de profissionais e usuários é a de que os

benefícios da prática acolhedora acabam ficando sem a devida relevância quando se observa que existem mais obstáculos para a realização dessa atividade do que pontos positivos e estimuladores da mesma. É evidente que ambientes desfavoráveis, e tantos outros pontos apontados nas análises são dificultadores, porém o ato de humanização ultrapassa as atividades rotineiras e deve ser encarado como algo intrínseco à prática profissional.

São necessários estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de APS, ou ainda, é preciso que sejam divulgadas as experiências positivas na prática dos profissionais, e se estas têm realmente impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários, entendendo que esta é a 'peça-chave' de toda a organização do serviço. ■

Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq. Bras. Cienc. Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de

Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CARDOSO, L. S. C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. *CuidArte Enfermagem*, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Cienc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Collective welcoming: a challenge instigating new ways of producing

- care. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAUJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.
- DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.
- FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. *Reme*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.
- JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.
- LIMA, A. S. *O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática*. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.
- MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, 2011.
- MARTHA, S. N. et al. Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.
- MATUMOTO, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta par o acolhimento em unidades de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1001-1008, 2009.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- NERY, S.R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1411-1419, 2009.
- OLIVEIRA, E. R. A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010.
- OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-37, 2008.
- OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2007.
- PINAFO, E.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2008.
- PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da

prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 187-198, 2011.

SANTANA, J. C. et al. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, São João del-Rei, v. 2, n. 2, p. 166-176, 2012.

SANTOS, S. A. S. et al. The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/Niterói. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705, 2013.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a auto-percepção da saúde em atenção primária [Editorial]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-14, 2009.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010.

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

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TESSER, C. D.; POLI-NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-624, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Materno-Infant*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s131-143, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever*. Geneva: WHO, 2008.

Recebido para publicação em julho de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?

Judicialization of health: where are heading the scientific productions to?

Maria dos Remédios Mendes Oliveira¹, Maria Célia Delduque², Maria Fátima de Sousa³, Ana Valéria Machado Mendonça⁴

RESUMO Neste estudo são analisados artigos, teses, dissertações e monografias produzidos no Brasil, no período de 2009 a 2013. Os estudos sobre judicialização da saúde têm aumentado a cada ano, demonstrando a importância do tema, buscando meios de compreender e apontar soluções para o problema. O texto discute formalmente o descritor 'judicialização da saúde', fazendo análises com os resultados encontrados em 20 estudos localizados a partir do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e da *Scientific Electronic Library Online*. Este artigo oferece um panorama sobre a temática e fomenta novas produções para que se compreenda o fenômeno da judicialização da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Judicialização da saúde; Acesso a medicamentos; Saúde pública.

ABSTRACT *In this study are analyzed articles, theses, dissertations and monographs produced in Brazil, in the period from 2009 to 2013. Studies about judicialization of health have increased each year, demonstrating the importance of the topic, looking for ways to understand and point solutions for the problem. This text formally discusses the descriptor 'judicialization of health', making analysis with the results found on 20 studies located from the databases of the Health Virtual Library and Scientific Electronic Library Online. This article provides an overview on the subject and fosters new productions in order to understand the phenomenon of judicialization of health.*

KEYWORDS *Judicialization of health; Access to medication; Public health.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
remediosmendes@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Brasília (DF), Brasil.
delduque@fiocruz.br

³Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
mariafatimasousa@uol.com.br

⁴Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
valeriamendonca@unb.br

Introdução

O tema saúde como um direito não é um 'objeto' de estudo recente no Brasil, haja vista a larga produção do conhecimento no campo da saúde coletiva. Ainda assim, os estudos e as pesquisas sobre o tema do direito à saúde carecem de um aporte de reflexões acadêmicas que possam dar o suporte teórico e delimitar os marcos jurídico-legais da saúde como um campo de práticas sociais (SOUSA, 2007).

A conquista do direito à saúde como dever do Estado, assegurado há mais de 25 anos pelo art. 196 da Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 2012), ainda não se constitui de fato em acesso aos bens e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, os cidadãos recorrem à prestação jurisdicional de maneira individual ou coletiva, demandando do Estado o cumprimento do preceito constitucional.

No que afirmam Delduque e Oliveira (2009, p. 110), a conquista do direito à saúde não terminou com sua inscrição na Constituição Federal de 1988. Dizem, ainda, que “[...] os tijolos assentados até agora na sua construção, embora tenham representado um enorme avanço, não foram suficientes para levantar a morada desse direito para todos”. Afirmam, sobretudo, que, enquanto houver indicadores sociais a demonstrar iniquidades, injustiça social e quadros epidemiológicos não favoráveis, o direito à saúde permanece em construção.

É certo que, embora a Constituição garanta o princípio da inafastabilidade do órgão judicante para resolução dos conflitos, garantindo a qualquer cidadão recorrer ao terceiro poder para ver o seu direito assegurado, em caso de lesão ou ameaça, muitas vezes, a decisão jurídica pode influir nas decisões coletivas tomadas pelo sistema político. E disso pode resultar um Judiciário que decide politicamente sem a estrutura necessária para atuar com a lógica, o ritmo e a prática do sistema político, formulador e executor das políticas

públicas (CAMPILONGO, 2002). Com o setor da saúde, esse fenômeno ocorre de maneira exacerbada, o que se convencionou chamar de judicialização da saúde.

Quanto a esse conceito, acompanhamos o entendimento de Brito (2011), quando conceitua judicialização da política na perspectiva da expansão da influência e dos procedimentos do poder judiciário em áreas antes designadas ao executivo e ao legislativo. Menciona, por exemplo, a formulação de políticas públicas e afirma que o debate nacional tem se norteado pelo conceito de judicialização da política traçado por Tate e Vallinder (1995), conceito que vem sendo usado nos estudos de judicialização da saúde.

Logo, o fenômeno da judicialização vem sendo adotado como estratégia dos sujeitos para garantir seus direitos recorrendo ao Poder Judiciário, e tem acontecido, sobretudo, em duas dimensões distintas: uma individual e outra coletiva. Assim, a busca da garantia do direito à saúde tem passado pela atuação de diversas instâncias judiciais: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública.

Nos primeiros anos da década de 1990, para assegurar o direito à saúde, a grande procura do Judiciário se dava em função do acesso aos medicamentos como os antirretrovirais. Essa busca provocou no poder público a criação da política pública de distribuição gratuita de medicamentos.

Com o surgimento da Lei nº 9.313/96, criada para garantir a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, esperava-se a diminuição da discricionariedade dos juízes e, conseqüentemente, a diminuição da interferência do Poder Judiciário no campo da saúde. No entanto, o que se observou foi justamente o oposto. Se, antes, o artigo 196 era considerado uma norma programática, a partir do ano de 1997, o mesmo texto passou a ser reconhecido uma norma constitucional de plena eficácia. Isso, no entanto, não é um consenso no meio jurídico (MACHADO, 2011).

O autor argumenta que, antes daquele ano, todas as ações (individuais e coletivas) encaminhadas à justiça, buscando a obtenção de bens e serviços de saúde, eram sumariamente negadas, ao passo que, a partir de 1997, quase todos os pedidos passaram a ser aceitos pelo Poder Judiciário.

Nessa direção, o debate em torno do uso de ações judiciais referentes ao direito à saúde vem se expandindo concomitantemente ao crescimento do uso dessa via para o fornecimento de bens e serviços de saúde. Tal crescimento é apontado pelos autores Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005), Vieira e Zucchi (2007) e Romero (2008), em estudos empreendidos no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Distrito Federal, respectivamente.

Assim, a judicialização da saúde, inicialmente requerida de forma individual, acabou ganhando novos contornos e exigindo um debate mais profundo, inclusive com a entrada da instância máxima desse poder: o Supremo Tribunal Federal (STF), que, sentindo a necessidade de compreender para melhor decidir, quis ouvir os atores sociais dessa nova realidade, que desafia a refletir e impulsiona para novas condutas. Desse modo, instalou a Audiência Pública em que foram ouvidos 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do SUS, nos dias 27, 28 e 29 de abril, e em 4, 6 e 7 de maio de 2009. Dessa Audiência Pública surgiram as recomendações do Conselho Nacional de Justiça, para que os Tribunais Estaduais passassem a decidir de forma homogênea e conhecedora do SUS e para que, com isso, pudessem aprofundar a discussão dos rumos da judicialização da saúde no Brasil.

O presente artigo tem como objetivo descrever, de forma analítica e reflexiva, a produção científica existente no Brasil, no período de 2009 a 2012, acerca do tema da judicialização da saúde.

Metodologia

Este artigo se propõe a empreender uma revisão bibliográfica a fim de aprofundar o referencial teórico-conceitual sobre a judicialização em saúde. Com isso, pretende iluminar as discussões do objeto da dissertação no mestrado profissional em saúde coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, acerca da questão 'As demandas judiciais em saúde pós-audiência do STF e a mediação sanitária como alternativa à judicialização'.

A metodologia utilizada foi a descritivo-analítico-reflexiva, que, segundo Marcolino e Mizukami (2008), permite, por meio do embasamento em referenciais bibliográficos existentes na literatura, a análise reflexiva do tema proposto sob o modo descritivo.

Para a realização da revisão, utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, considerando-se as publicações em língua portuguesa, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013. Os dados foram pesquisados durante o período de dezembro de 2013 a março de 2014. E, como descritor de interesse, foi utilizado judicialização da saúde.

As produções científicas analisadas foram provenientes de artigos oriundos de teses, dissertações e monografias publicadas em formato de artigos originais. O local de produção ficou restrito à judicialização na saúde, no âmbito do SUS. Tomou-se como questão geradora da busca a seguinte pergunta: como se apresenta a produção científica sobre judicialização na saúde no Brasil de 2009 a 2013?

Os critérios de inclusão: (1) Estudos realizados no Brasil de 2009 a 2013; (2) Produzidos em português; (3) Que tratam da judicialização de bens e serviços no âmbito do SUS. E os critérios de exclusão: (a) Estudos que tratam da judicialização do subsistema de saúde suplementar; (b) Publicações referentes a relatos de experiências e artigos de opinião, resenhas de livros, notas técnicas; (c) Estudos realizados fora do período delimitado para a busca da produção em literatura científica.

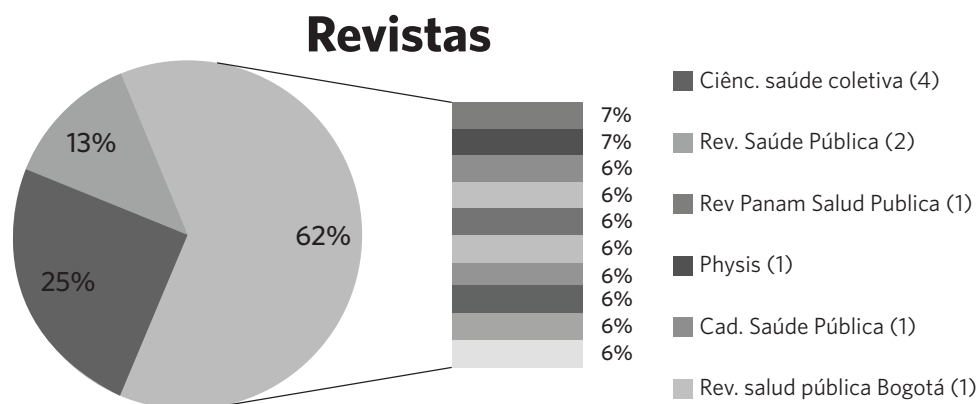
A análise concentrou-se, essencialmente, na revisão da literatura, complementada por reflexões subsidiadas pelas práxis das autoras.

Os caminhos das produções científicas sobre judicialização da saúde

Dos 47 artigos pesquisados nas bases mencionadas, foram analisados 20 oriundos de

teses, dissertações e monografias, com o descritor: judicialização da saúde, provenientes de 10 revistas nacionais, conforme verificase no *gráfico 1*. A produção sobre o tema foi reconhecida pelo mundo acadêmico nos seus principais periódicos, revelando a importância dessa questão. Revela ainda ser esse um assunto de alto interesse para os profissionais da área da saúde coletiva/pública, que sempre tiveram significativa presença na defesa dos direitos individuais e coletivos no campo da saúde e na construção do SUS.

Gráfico 1. Número e porcentagem de artigos de acordo com os periódicos de publicação



Fonte: Elaboração própria

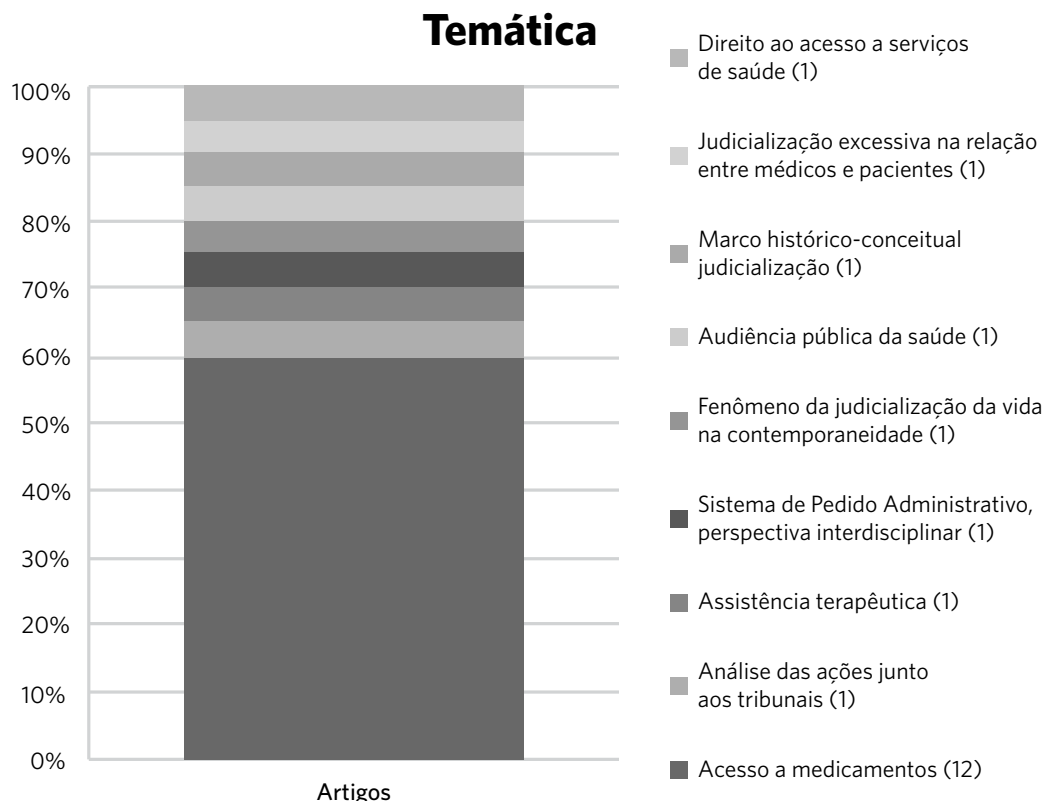
Com relação aos temas abordados nos artigos analisados, conforme se vê no *gráfico 2*, o maior número refere-se à pesquisa sobre judicialização para acesso a medicamentos. Os avanços das políticas públicas na assistência às pessoas com HIV/Aids parecem ter animado outros movimentos sociais organizados e a população em geral, pois, nas últimas décadas, pode-se constatar que a reivindicação judicial passa a ser largamente utilizada como mecanismo de garantia de direitos e ampliação de políticas públicas, ampliando, inclusive, a atuação do Ministério Público nesse âmbito (VENTURA ET AL., 2010). Mas, também, constata-se a inclusão do recurso judicial no 'itinerário terapêutico' (GERHARDT, 2006) de milhares de cidadãos que, de forma individual, buscam garantir o fornecimento de insumos e procedimentos de saúde

para suas necessidades individuais por essa via.

Embora as políticas e ações públicas de assistência farmacêutica tenham avançado, constatam-se dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários à assistência integral à saúde. Segundo estudo realizado por Vieira e Zucchi (2007), estimou-se que, no ano 2000, 41% da população brasileira não tinha acesso a medicamentos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2004), a despesa com medicamentos representa o maior dispêndio das famílias brasileiras no item saúde. A maioria das ações que buscam o acesso a medicamentos é patrocinada pela Defensoria e pelo Ministério Público, sendo a urgência e a falta de recursos financeiros as principais alegações respaldadas nas decisões judiciais.

Gráfico 2. Número e porcentagem dos artigos analisados



Fonte: Elaboração própria

Há estudos que analisam o acesso a medicamentos específicos para determinadas doenças, que, por atingirem um número restrito da população, são tratadas como doenças raras, e, por esse motivo, não obtêm do poder público o interesse de criar políticas públicas voltadas para esse público específico, que se protege na criação de Organizações Não Governamentais (ONGs) e conta com o protagonismo do Ministério Público.

No acesso a medicamentos de altíssimo custo, segundo estudo realizado por Medeiros, Diniz e Schwartz (2013), as empresas distribuidoras, bem como as indústrias farmacêuticas, têm potencial interesse na judicialização, chegando a arcar com os honorários de advogados, e destacam haver expressiva concentração de advogados privados. Assim sendo, o patrocínio da causa

por advogado particular não é indicador de que a elite é classe dominante na judicialização por acesso a medicamentos de alto custo.

Ainda ressalta o custo médio de mais de R\$ 1,1 milhão para a aquisição de medicamento por determinação judicial em cada ação, exemplificando a submissão a que se sujeita o governo brasileiro na compra de medicamentos para as Mucopolissacaridoses (MPS): doenças genéticas raras, hereditárias, causadas pela atividade deficiente de uma das enzimas envolvidas no catabolismo dos glicosaminoglicanos. Esses medicamentos são distribuídos pelas empresas *Uno Healthcare*, que embolsa 97%, e *Genzyme Corporation*, com 3% dos valores pagos.

[...] Estudo realizado em 2007 revelou descompasso entre gastos com saúde e com

medicamentos na esfera federal: enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com medicamentos tiveram incremento de 123,9% no período de 2002 a 2006. (GONTIJO, 2010, P. 609).

Os artigos que tratam da judicialização indicam que a maioria dos demandantes solicitaram medicamentos ao gestor público oriundos de receituário fornecido pelo setor privado e patrocinados por escritórios de advocacia, sugerindo que o cidadão, por ter um maior conhecimento de seus direitos, recorre ao Judiciário para garanti-los. Também apontam para a possibilidade de falha no SUS, por estar o cidadão buscando no Judiciário o acesso a medicamento já constante na lista dos fornecidos pelo sistema (MACHADO *ET AL.*, 2011).

O artigo que estudou o ordenamento jurídico brasileiro dá abrigo à proteção dos Direitos Humanos, que, por sua vez, integra o ordenamento jurídico de Direito Internacional. A saúde é direito relevante garantido por norma constitucional. O Estado brasileiro assegura a inviolabilidade do direito à vida, tendo no princípio da dignidade humana um dos seus fundamentos. Assim, como dispõe a lei, todos têm direito à saúde. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde declara que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doenças e outros danos (OMS, 1946). Rumo a afirmação destes preceitos, no Brasil, a Constituição Federal, no artigo 196, expressa que a

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2012).

Esses valores são reafirmados na Lei 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde, denominada de Lei Orgânica da Saúde,

em seu artigo segundo, quando menciona que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 2015).

Para garantir o que preconizam as normas constitucionais, o cidadão recorre ao Judiciário, a fim de resguardar seus direitos, que são concedidos na maioria das vezes. Tais decisões são fundamentadas no que relatam sobre a situação e a condição do indivíduo, decidindo por fornecimento de medicamentos, em alguns casos, sem observar a Política de Assistência Farmacêutica, causando impactos importantes no orçamento, uma vez que os recursos financeiros são previstos e definidos para um período de gestão; assim, as decisões judiciais acabam interferindo nas ações de poderes autônomos (CHIEFFI; BARATA, 2009). O judiciário tem tratado o direito à saúde como disputa entre Estado e indivíduo. Marçal (2012, P. 29) cita em seu estudo a súmula 18 do Tribunal de Justiça de Pernambuco, quando afirma: “É dever do estado-membro fornecer ao cidadão carente, sem ônus para este, medicamento essencial ao tratamento de moléstia grave, ainda que não previsto em lista oficial”.

Em estudo realizado em São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco, observa-se que, do grande número das ações judiciais, foram incluídos diversos itens aos componentes da indústria farmacêutica, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) foi atualizada, bem como os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) tem sido mais ágeis, indicando uma melhora dos serviços de Assistência Farmacêutica (AF). Ainda aponta que a maioria dos medicamentos foi solicitada por profissionais do serviço público, evidenciando que esses profissionais não aderiram aos medicamentos elencados. Tal situação inquieta por não saber se as razões para a falta de adesão se devem ao desconhecimento de quem prescreve ou se a Rename não atende às necessidades terapêuticas dos usuários (MARÇAL, 2012).

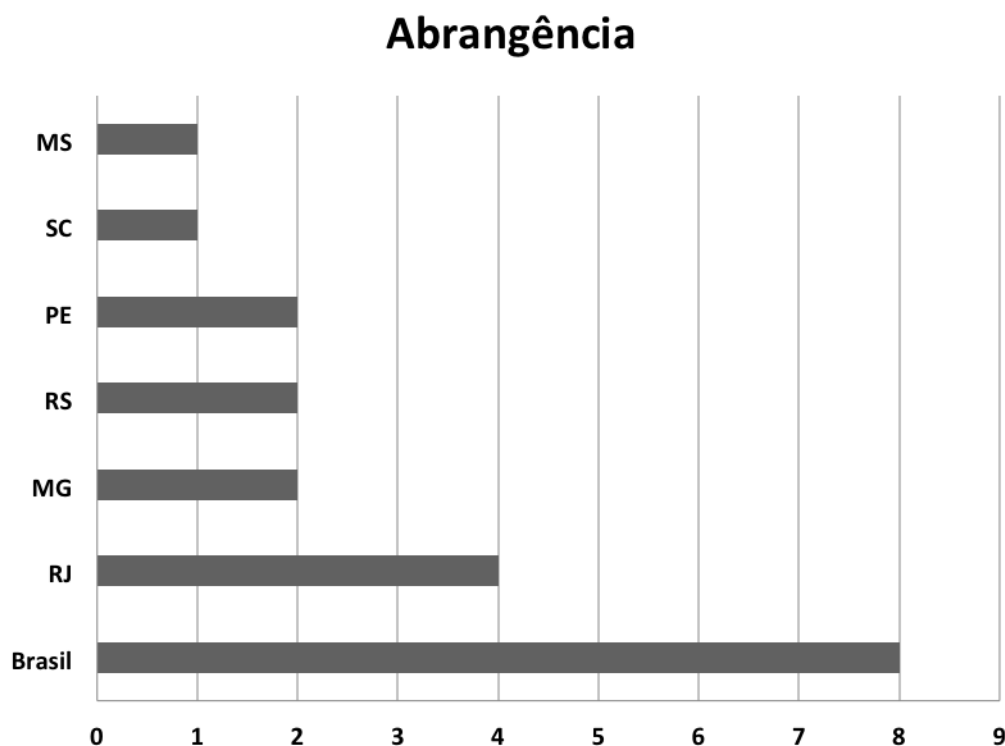
A produção com o tema judicialização da saúde, tratada no âmbito nacional, predominou nos documentos pesquisados, de

onde se conclui que este fenômeno tem ocorrência em quatro regiões do País, apontando para o protagonismo do brasileiro no exercício de sua cidadania, abandonando o status de cidadão de papel e assumindo o status de cidadão de direito, exigindo do Estado o cumprimento do seu dever, ainda que através da discricionariedade do Poder Judiciário. Percebe-se, como demonstra o *gráfico 3*, uma concentração nas produções nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Pernambuco.

O fato de não constar resultado de estudo específico em cada um dos entes federativos

tratando da judicialização da saúde não significa dizer que esse fenômeno acontece somente onde a literatura registra. Além de acontecer em todo território nacional, está também acontecendo em todo o mundo. Apenas para exemplificar, na Espanha, a mediação como alternativa ao processo judicial já é sistematizada e resulta na resolução extrajudicial dos conflitos decorrentes da prestação de serviços sanitários, proporcionando às partes a solução da controvérsia, sem imposição de uma decisão. Evita-se a possibilidade de o conflito desembocar no Poder Judiciário (CAYÓN DE LAS CUEVAS, 2010).

Gráfico 3. Número dos artigos analisados por abrangência

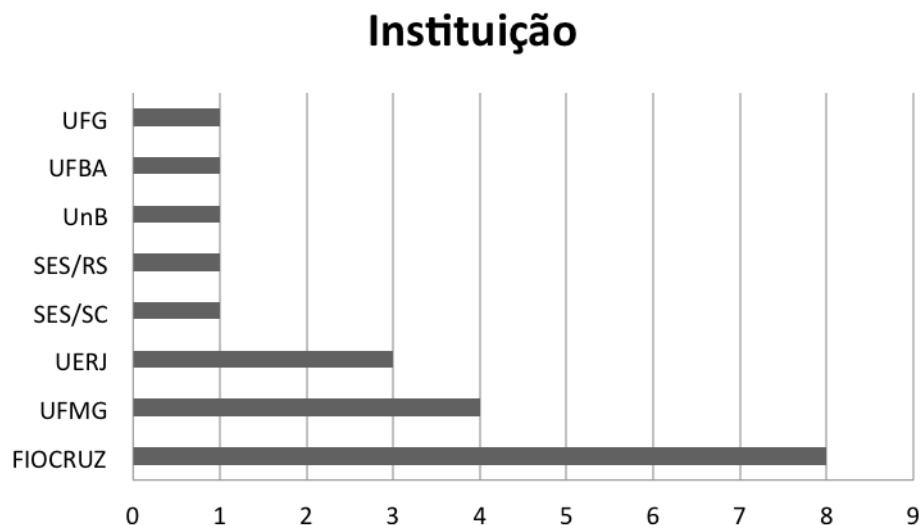


Fonte: Elaboração própria

As produções nacionais são, sobretudo, das escolas de saúde pública e da Fundação Oswaldo Cruz, além de universidades públicas, reafirmando o compromisso dessas instituições

de compartilhar conhecimentos, fortalecer e consolidar o SUS, contribuindo para a qualidade de vida da população, fomentando a cidadania, como se observa no *gráfico 4*.

Gráfico 4. Número de artigos por instituição de origem



Fonte: Elaboração própria

Judicialização na saúde: (re)visitando a lacuna entre o direito do cidadão e o dever do Estado

Sendo o homem um ser eminentemente social, não vive isolado, mas em grupos, e sua convivência impõe certa ordem, determinada por regras de conduta. Essa imposição pressupõe restrições que limitam a atividade dos indivíduos componentes dos diversos grupos sociais, mas que também asseguram direitos que permitem ao homem a vida em sociedade, com acesso aos bens e serviços que lhe garantam uma vida digna.

Para Pereira (1981, p. 8),

[...] o direito é o princípio de adequação do homem à vida social. Está na lei, como exteriorização do comando do Estado; integra-se na consciência do indivíduo que pauta sua conduta pelo espiritualismo do seu elevado grau de moralidade; está no anseio de justiça, como ideal eterno do homem; está imamente na necessidade de contenção para a coexistência.

Pereira percebe, assim, que há marcante diferença entre o ‘ser’ do mundo da natureza e o ‘dever ser’ do mundo jurídico. Direito, portanto, em uma compreensão lógica, é a ciência do ‘dever ser’. Nesse contexto, o Estado, como forma de organização política, tem um papel importante e existe para satisfazer as necessidades humanas, realizando a segurança, a justiça e o bem-estar econômico e social, mediante atividades que lhe são próprias.

Surge, então, a Constituição Federal, considerada como lei fundamental do Estado, com o fim de estabelecer direitos, deveres, princípios e responsabilidades aos agentes políticos e ao cidadão comum, como forma de possibilitar a convivência pacífica, a harmonia e que a paz social aconteça. Na visão de Silva (2011, p. 37), Constituição seria:

[...] a organização dos seus elementos essenciais: um sistema de normas jurídicas, escritas ou costumeiras, que regula a forma do Estado, a forma de seu governo, o modo de aquisição e o exercício do poder, o estabelecimento de seus órgãos e os limites de sua ação.

O primeiro direito do homem, sem dúvida, consiste no direito à vida,

condicionador de todos os demais. Desde a concepção até a morte natural, o homem tem o direito à existência, não só biológica, como também moral, cabendo ao Estado proporcionar os meios necessários para que seu titular possa exercê-lo.

Morais (2010, p. 35) atesta que o direito à vida “é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui como pré-requisito à existência e ao exercício de todos os demais direitos”.

A atual Constituição (BRASIL, 2012) reconhece a importância e a primazia do direito à vida, que aparece, em seu art. 5º, caput, em primeiro lugar, antes do direito à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Constata-se, ainda, que no art. 5º, inciso XLVII, alínea ‘a’, relativo aos direitos e garantias fundamentais, o legislador constitucional volta a tutelar o direito à vida. Não há dúvida de que o direito à vida, da mesma forma que os demais direitos e garantias fundamentais, decorre inequivocamente do princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III do texto constitucional, ali apontado como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

A dignidade da pessoa humana, que a nossa Constituição inscreve como fundamento do Estado, significa não só um reconhecimento do valor do homem em sua dimensão de liberdade, como também de que o próprio Estado se constrói com base nesse princípio. Não há vida sem dignidade, significando esta, diferentemente das coisas, um ser que deve ser tratado e considerado como um fim em si mesmo, e não para a obtenção de algum resultado. Como qualidade intrínseca da pessoa humana, a dignidade é irrenunciável e inalienável, e constitui elemento que significa o ser humano como tal e que dele não pode ser destacado, fazendo parte da personalidade do homem.

Apesar de todas as garantias constitucionais do direito à vida e, conseqüentemente, da efetivação da dignidade do homem e

da cidadania, o Estado não cumpre o seu dever constitucional. A omissão do Estado no cumprimento de suas atribuições, inseridas na Constituição Federal, vem trazendo graves conseqüências para o cidadão.

No tocante à saúde, o legislador constitucional consagrou a universalização, ao preconizá-la, no art. 196 (BRASIL, 2012), como sendo direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a realidade nos mostra uma grande lacuna entre a efetivação desse importante direito e as ações do Estado, que, em muitas situações, não está cumprindo com suas atribuições, nem com o desenvolvimento de ações sem planejamento adequado. Assim, o mau gerenciamento dos recursos públicos leva o cidadão a judicializar, através de procedimento próprio, um direito que lhe é fundamental, garantido constitucionalmente. Percebe-se, ainda, que, ao tentar exercer seus direitos junto aos órgãos estatais, o cidadão se depara com uma burocracia exagerada. Tanto em um caso como no outro, vidas são negligenciadas, não restando à família outra alternativa senão pleitear indenização, amparada no art. 37, § 6º da Constituição Federal.

Para Oliveira (2013, p. 80).

Há uma lacuna entre o que expressa a Carta Magna e as demandas reais no cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades, sobretudo no tocante às necessidades de ações e serviços de saúde, levando o cidadão a procurar a via judicial para prevalecer o seu direito e obrigar o Estado a assegurá-lo. A partir da constatação dessa contradição, vários grupos sociais vêm buscando na Justiça o apoio no tocante a essas brechas entre o direito ideal e sua materialização no mundo real. Os fundamentos e alternativas legais para que o cidadão proponha ações judiciais com o objetivo de obter medicamentos e outros serviços de saúde, em face dos poderes públicos, permitem uma reflexão mais acurada desse fenômeno.

À guisa de conclusão, embora a Constituição atual, de forma enfática, assegure ao cidadão o direito à saúde como fundamental, percebe-se, com clareza, uma significativa lacuna entre o seu exercício e os meios não disponibilizados adequadamente pelo Estado. Ao Estado cabe, através de seus órgãos e poderes constituídos, assegurar o exercício pleno da cidadania a todos os cidadãos, para que assim prevaleça a dignidade da pessoa humana e o estado democrático de direito.

Considerações finais

O artigo apresentou as produções disponíveis nas bases de dados da BVS e *SciELO* acerca do fenômeno da judicialização na saúde, com um único descritor, objetivando evidenciar o que mais se judicializa na área, totalizando 20 textos. A produção revela que a hipossuficiência econômica e o estado de urgência são as principais causas dos pedidos. Observou-se que o expressivo

número de pesquisas sobre a judicialização na saúde ocorreu para avaliar o acesso a medicamentos, sejam os que constam em lista pública do sistema de saúde, os que ainda não constam, por serem de alto custo, e os que ainda se encontram em testes.

A lei constitucional garante ao cidadão, subtraído de seu direito, em razão dos bens e serviços de saúde indicados ou mais adequados ao seu estado de saúde, conforme precetiva seu médico eleito, pertencente ou não ao sistema público de saúde, ingressar com ação judicial, de forma individual ou coletiva. Está em ascensão o número de cidadãos brasileiros, conhecedores do dever do Estado, que, exercendo sua cidadania, buscam o judiciário para validar o seu direito. A judicialização na saúde apresenta-se como temática emergente e com tendência de aumento nas pesquisas realizadas nas escolas de saúde pública e nos programas de pós-graduação no Brasil, embora sua produção necessite de investimento científico ainda maior frente ao que já se examina nacionalmente quanto à produção nessa área do conhecimento. ■

Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 35. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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] União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 jun. 2015.

CAYÓN DE LAS CUEVAS, J. Implantación de mecanismos de resolución extrajudicial de conflictos por más praxis asistencial: ventajas y posibilidades de articulación jurídica. *Revista de Administración Sanitaria Siglo*

XXI, Barcelona, v. 8, n. 1, p. 183-198, 2010.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2009, vol. 25, n. 8, p. 1839-1849.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. C. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: COSTA, A. B. *et al.* (Org.) *O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 103-111.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

- GONTIJO, G. A judicialização do direito à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.
- MARÇAL, K. K. S. A *Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010*. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- MARCOLINO, T. Q.; MIZUKAMI, M. G. N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 541-547, 2008.
- MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Ciênc. saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1079-1088, 2013.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/19.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- MORAIS, A. *Direito constitucional*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- OLIVEIRA, M. R. M. A judicialização da saúde no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 79-90, abr. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946*. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 maio 2014.
- PEREIRA, C. M. *Instituições de direito civil*. São Paulo: Saraiva, 1981.
- ROMERO, L. C. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal. *Textos para discussão 41*. 2008. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senado/conleg/textos_discussao/TD41LuizCarlosRomero.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: RT, 2011.
- SOUSA, M. F. *Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: UnB, 2007.
- TATE, C. N. VALLINDER, T. *The global expansion of judicial power*. New York: University Press, 1995.
- VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010, v. 20, n. 1, p. 77-100.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5587.pdf>>. Acesso em 21 abr. 2014.

Recebido para publicação em maio de 2014
 Versão final em janeiro de 2015
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa

Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega¹, Márcia Carréra Campos Leal², Ana Paula de Oliveira Marques³, Júlia de Cássia Miguel Vieira⁴

RESUMO A presente revisão integrativa da literatura objetivou verificar o conhecimento científico produzido relacionado aos fatores significativamente associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Foram consultadas as bases de dados Lilacs, *Medline* e *Ibecs*, entre 2002 e 2012, cuja amostra de vinte artigos identificou seis grupos de fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, comportamento, cognição e medicamentos. Espera-se que os resultados desta revisão contribuam para a reflexão sobre as práticas de saúde destinadas aos idosos que vivem no âmbito institucional.

PALAVRAS-CHAVE Idoso; Depressão; Instituição de longa permanência para idosos.

ABSTRACT *This integrative literature review aimed to assess the scientific knowledge related to factors significantly associated with depressive symptoms in elderly residents in long-stay institutions. The databases Lilacs, Medline and Ibecs were consulted from 2002 to 2012, which provided a twenty articles sample that allowed us to identify six main groups of factors associated with depression among institutionalized elders: sociodemographic, health status, functional ability, behavior, cognition and drugs. It is expected that the results of this review may contribute to the debate on health practices for older people living in institutional ambience.*

KEYWORDS *Aged; Depression; Homes for the aged.*

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.
isabelle_rayanne@hotmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Medicina Social - Recife (PE), Brasil.
marciacarrera@hotmail.com

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Medicina Social - Recife (PE), Brasil.
marquesap@hotmail.com

⁴Universidade do Porto (UP), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto, Portugal.
july_nurse21@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial, sendo atualmente mais expressivo e impactante nos países em desenvolvimento (BATISTA *ET AL.*, 2008). No Brasil, o crescimento abrupto da população idosa resulta da combinação de variáveis estritamente demográficas com as profundas alterações sociais e culturais ocorridas, que simultaneamente configuram-se como causa e consequência (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Em 2011, dos estimados 195,2 milhões de habitantes do País, 12,1% eram de pessoas com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2012). Projeções apontam que em 2050 esse contingente atingirá 38 milhões de idosos, superando a proporção de jovens na população (BRASIL, 2012).

As mudanças no perfil etário brasileiro, entretanto, não têm sido devidamente acompanhadas de reorganização das políticas públicas, estando ainda o setor da saúde despreparado para atender à demanda de uma população cada vez mais envelhecida e com uma sobrecarga de doenças crônico-degenerativas que levam a limitações funcionais e cognitivas (SAMPAIO *ET AL.*, 2009; VALCARENCHI, 2011).

A instabilidade econômica e o agravamento das condições de saúde geralmente trazem o idoso para mais perto de seus familiares, que nem sempre aceitam ou estão aptos à função de cuidadores, aumentando a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpi) (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010). Essas instituições, governamentais ou não, possuem caráter residencial e são destinadas ao domicílio coletivo de pessoas idosas, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania, oferecendo-lhes alimentação, moradia e lazer (BRASIL, 2005).

No entanto, em muitas delas, a falta de estrutura física adequada e recursos humanos capacitados, aliada à assistência caritativa e protecionista, frequentemente insensíveis às potencialidades do idoso e à sua liberdade de

escolha, pode aumentar o quadro de dependência, o isolamento social e a falta de perspectivas para uma vida ativa e com qualidade (SOUZA *ET AL.*, 2011).

O contexto institucional também favorece ao idoso vivenciar perdas em vários aspectos da vida, aumentando a vulnerabilidade a quadros depressivos que podem desencadear desordens psiquiátricas, perda da autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes (CARREIRA *ET AL.*, 2011).

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA *ET AL.*, 2011).

Atualmente, é apontada como o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano (GIAVONI *ET AL.*, 2008). Também é considerada a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial e estima-se que em 2020 será a segunda causa global de incapacidade (GONZÁLEZ *ET AL.*, 2010).

Na população idosa, essa é uma doença comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primários (MEDEIROS, 2010). Epidemiologicamente, estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007; PÓVOA *ET AL.*, 2009; SIQUEIRA *ET AL.*, 2009).

Nessa fase da vida, a sintomatologia depressiva é permeada por elementos que dizem respeito não apenas à doença, mas às oscilações sentimentais próprias do envelhecimento e ao contexto social marcado pelo culto aos valores da juventude (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009). É também no indivíduo idoso que a depressão tem pior

prognóstico e maior incidência de suicídios, podendo, quando duradouros, interferir na sua capacidade funcional, de autocuidado e nas suas relações sociais (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Vários autores têm estudado os estados depressivos nos idosos. No entanto, a maioria dos artigos enfoca os fatores biológicos da doença, com pouco destaque para os aspectos psicossociais associados ao transtorno (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009).

Frente a essa problemática e à relevância do tema exposto, justifica-se a necessidade de buscar evidências que apontem quais os fatores associados à depressão em pessoas idosas que vivem no ambiente institucional, no intuito de condensar e disseminar o conhecimento produzido a respeito e auxiliar na melhoria da atenção ofertada a esses indivíduos.

O presente estudo teve como objetivo verificar o conhecimento científico produzido relacionado aos fatores significativamente associados à sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes em Ilpi.

Procedimentos metodológicos

Dentre os métodos de revisão de literatura, o presente estudo adotou a modalidade integrativa, que é considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões por permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, combinando dados teóricos e empíricos, no intuito de fornecer uma vasta compreensão sobre o fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa da literatura é comumente empregada na análise de conceitos, revisão de teorias ou evidências e síntese do conhecimento sobre determinado assunto, permitindo identificar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos, sendo também bastante plausível na busca de evidências para a prática clínica

dos profissionais da área de saúde (OLIVEIRA, 2008; FARIA, 2010).

Para o desenvolvimento desta revisão, foram percorridas as seguintes etapas: 1) definição do tema e formulação da questão norteadora, 2) escolha das bases de dados eletrônicas utilizadas na pesquisa, 3) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, 4) definição dos descritores, 5) pré-seleção dos artigos, 6) avaliação dos estudos pré-selecionados e seleção dos estudos incluídos na revisão, 7) interpretação dos resultados e 8) apresentação da revisão integrativa.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de janeiro de 2013 e foi norteada pela seguinte pergunta: 'Quais as evidências científicas que retratam os fatores significativamente associados à depressão em pessoas idosas institucionalizadas?' Foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idoso, depressão e instituição de longa permanência para idosos. Os critérios de inclusão adotados foram:

- ser artigo e ter sido publicado entre os anos de 2002 e 2012 nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature and Retrieval System Online (Medline)* e *Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud (Ibecs)*;
- ter sido divulgado em língua portuguesa, inglesa ou espanhola;
- estar disponível na íntegra;
- apresentar em seus resultados fatores significativamente associados à sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas.

Seguindo critérios de exclusão, foram desconsideradas publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de revisão, estudos que incluíssem

em sua amostra pessoas com idade inferior a 60 anos e que encontrassem associação estatística não significativa entre depressão e os fatores estudados.

A estratégia de busca utilizada combinou dois ou mais descritores por meio do conector 'and' no campo 'descriptor de assunto'. A partir daí, foi realizada a pré-seleção dos artigos relacionados ao tema por meio da leitura criteriosa dos títulos e resumos, a fim de verificar a adequação dos estudos aos critérios de inclusão.

Os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra e aqueles selecionados para a revisão foram analisados a partir de dois instrumentos. O primeiro, adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (Casp)* – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do *Public Health Resource Unit (PHRU)*, elaborado pela Universidade de Oxford, em 1993 (LONDON, 2002). O instrumento foi eleito devido à proposta de análise objetiva, sistemática e de fácil entendimento. Este consiste em 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo, 2) adequação metodológica, 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, 4) seleção da amostra, 5) procedimento para a coleta de dados, 6) relação entre o pesquisador e pesquisados, 7) consideração dos aspectos éticos, 8) procedimento para a análise dos dados, 9) apresentação dos resultados e 10) importância da pesquisa. Os estudos foram classificados de acordo com as seguintes pontuações: 6 a 10 pontos – boa qualidade metodológica e viés reduzido; e mínima de 5 pontos – qualidade metodológica satisfatória, porém

com risco de viés aumentado. Neste estudo, optou-se por utilizar apenas os artigos classificados de 6 a 10 pontos.

O segundo instrumento correspondeu à Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação de Estudos, baseado na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, onde a qualidade das evidências é classificada em sete níveis: I) revisão sistemática ou metanálise, II) ensaios clínicos randomizados, III) ensaio clínico sem randomização, IV) estudos de coorte e de caso-controle, V) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, VI) único estudo descritivo ou qualitativo e VII) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades (MELNYK ET AL., 2010). Atendendo aos critérios de exclusão, foram considerados apenas os estudos com níveis II, III, IV e VI de evidência.

A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva, de acordo com o instrumento de coleta de dados, permitindo verificar as seguintes características de cada pesquisa: autoria, periódico, país de origem, idioma, delineamento da pesquisa, ano da publicação, instrumento utilizado e fatores associados à depressão.

Resultados e discussão

Na presente revisão integrativa, foram analisados vinte artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A *tabela 1* apresenta os resultados das buscas pelos descritores de acordo com as bases de dados.

Tabela 1. Distribuição dos artigos encontrados e selecionados por base de dados. Recife (PE), 2013

Base de dados	Encontrados	Pré-selecionados	Excluídos	Analisados
lbecs	13	0	-	-
Lilacs	786	5	4	1
Medline	27069	28	9	19
Total	27868	33	13	20

Fonte: Elaboração própria

Dentre os artigos analisados, quatro apresentam médicos como autores, um é de autoria de dois enfermeiros e uma estatística e nos demais não foi possível identificar a categoria profissional dos autores.

Em relação aos tipos de periódicos nos quais foram publicados os artigos incluídos na revisão, onze faziam parte de revistas de psiquiatria geriátrica, dois de revistas de psiquiatria geral, três foram publicados em revistas sobre envelhecimento, geriatria e gerontologia, dois em revistas de nutrição, um em revista médica e um em revista de enfermagem clínica.

Quanto ao país de origem das pesquisas, oito artigos são provenientes de países europeus, cinco de países asiáticos, três são originários da América do Norte (Estados Unidos), três da América do Sul (sendo dois destes do Brasil) e um foi realizado na Oceania (Austrália).

Apenas um artigo, aquele publicado na base Lilacs, estava no idioma espanhol, sendo as demais publicações de língua inglesa. Em relação às instituições de origem

das pesquisas, dos vinte artigos, somente um estava vinculado a um centro de estudos, enquanto os demais foram promovidos por universidades e/ou hospitais.

No que se refere ao delineamento da pesquisa, apenas um estudo era do tipo coorte prospectiva (nível IV de evidência) enquanto os demais eram descritivos transversais (nível VI de evidência). Dentre os estudos transversais, quatro baseavam-se na análise de dados secundários, provenientes de pesquisas prévias. Segundo Toledo (2008), a análise do desenho é importante, visto que aponta a ótica em que o problema foi analisado.

Dentro do intervalo cronológico considerado na revisão, apenas os anos de 2002 e 2011 não apresentaram estudos compatíveis com os critérios de inclusão, o que demonstra a constante atualização desta temática.

O *quadro 1* apresenta uma síntese da caracterização dos artigos segundo título, autores, periódico onde foi publicado, país de origem do estudo, delineamento da pesquisa e ano da publicação.

Quadro 1. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo título, autor, periódico, país de origem, delineamento da pesquisa e ano da publicação

Nº	Título	Autores	Periódico	País	Delineamento da pesquisa	Ano
01	Association of Depression with Agitation in Elderly Nursing Home Residents	HEEREN, O.; BORIN, L.; RASKIN, A.; GRUBER-BALDINI, A. L.; MENON, A. S.; KAUP, B.; LORECK, D.; RUSKIN, P. E.; ZIMMERMAN, S.; MAGAZINER, J.	Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology	Estados Unidos	Estudo transversal quantitativo - análise de dados secundários	2003
02	Risk indicators of depression in residential homes	EISSES, A. M. H.; KLUITER H.; JONGENELIS, K.; POT A. M.; BEEKMAN, A. T. F.; ORMEL, J.	International Journal of Geriatric Psychiatry	Holanda	Estudo transversal quantitativo - análise de dados secundários	2004
03	The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong	CHOW, E. S. L.; KONG, B. M.; H.; WONG, M. T. P.; DRAPER, B.; LIN K. L.; HO, S. K. S.; WONG, C. P.	International Journal of Geriatric Psychiatry	China	Estudo transversal quantitativo	2004

Quadro 1. (cont.)

04	Comparison of the prevalence and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan and Hong Kong	TSAI, Y.; CHUNG, J. W. Y.; WONG, T. K. S.; HUANG, C. M.	International Journal of Geriatric Psychiatry	China	Estudo transversal quantitativo	2005
05	Depression as prognostic factor: 6 months follow-up in a geriatric institution	SHIM, Y. S.; YANG, D.	Archives of Gerontology and Geriatrics	Coréia do Sul	Estudo de coorte prospectivo	2006
06	Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs	PLATI, M. C. F.; COVRE, P.; LUKASOVA, K.; MACEDO, E. C.	Revista Brasileira de Psiquiatria	Brasil	Estudo transversal quantitativo	2006
07	Prevalence and risk factors for depressive symptoms among veterans home elders in Eastern Taiwan	KU, Y.; LIU, W.; TSAI, Y.	International Journal of Geriatric Psychiatry	China	Estudo transversal quantitativo	2006
08	Incidence and Outcome of Depressive Symptoms in Nursing Home Patients in The Netherlands	SMALBRUGGE, M.; JONGENELIS, M.; POT, A. M.; EEFSTING, J. A.; RIBBE, M. W.; BEEKMAN, A. T. F.	American Journal of Geriatric Psychiatry	Holanda	Estudo transversal quantitativo - análise de dados secundários	2006
09	Assisted Living Policies Promoting Autonomy and Their Relationship to Resident Depressive Symptoms	CHEN, C. K.; ZIMMERMAN, S.; SLOANE, P. D.; BARRICK, A. L.	American Journal of Geriatric Psychiatry	Estados Unidos	Estudo transversal quantitativo - análise de dados secundários	2007
10	Recognising depression in residential facilities: an Australian challenge	SNOWDON, J.; FLEMING, R.	International Journal of Geriatric Psychiatry	Austrália	Estudo transversal quantitativo	2007
11	Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales	MCDUGALL, F. A.; MATTHEWS, F. E.; KVAAL, K.; DEWEY, M. E.; BRAYNE, C.	Age and Ageing	Reino Unido	Estudo transversal quantitativo	2007
12	Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga	CÓRDOBA, A. M. C.	Universitas Psychologica	Bolívia	Estudo transversal quali-quantitativo	2008
13	Functional status and depressive symptoms among older adults from residential care facilities in the Czech Republic	VANKOVA, H.; HOLMEROVA, I.; ANDEL, R.; VELETA, P.; JANECKOVA, H.	International Journal of Geriatric Psychiatry	República Tcheca	Estudo transversal quantitativo	2008
14	Relationships between health status, depression and cognitive functions of institutionalized male veterans	CHUNG, P.; CHIOU, C.; CHOU, F.	Archives of Gerontology and Geriatrics	China	Estudo transversal quantitativo	2009
15	Dependence of the Geriatric Depression scores on age, nutritional status, and haematologic variables in elderly institutionalized patients	ALVES DE REZENDE, C. H.; COELHO, L. M.; OLIVEIRA, L. M.; PENHA-SILVA, N.	The Journal of Nutrition, Health & Aging	Brasil	Estudo transversal quantitativo	2009
16	Malnutrition and depression in the institutionalised elderly	SMOLINER, C.; NORMAN, K.; WAGNER, K.; HARTIG, W.; LOCHS, H.; PIRLICH, M.	British Journal of Nutrition	Alemanha	Estudo transversal quantitativo	2009
17	Depression in Dutch homes for the elderly: under-diagnosis in demented residents?	BALLER, M.; BOORSMA, M.; FRIJTERS, D. H. M.; MARWIJK, H. W. J.; NIJPELS, G.; HOUT, H. P. J.	International Journal of Geriatric Psychiatry	Holanda	Estudo transversal quantitativo	2010

Quadro 1. (cont.)

18	Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A.	HOOVER, D. R.; SIEGEL, M.; LUCAS, J.; KALAY, E.; GABODA, D.; DEVANAND, D. P.; CRYSTAL, S.	International Psychogeriatrics	Estados Unidos	Estudo transversal quantitativo	2010
19	Descriptive Epidemiology of Undetected Depression in Institutionalized Older People	DAMIÁN, J.; PASTOR-BARRIUSO, R.; VALDERRAMA-GAMA, E.	Journal of the American Medical Directors Association	Espanha	Estudo transversal quantitativo	2010
20	The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey	DRAGESET, J.; ESPEHAUG, B.; KIRKEVOLD, M.	Journal of Clinical Nursing	Noruega	Estudo transversal quantitativo	2012

Fonte: Elaboração própria

A partir da leitura minuciosa dos artigos analisados, foi possível identificar quais fatores encontravam-se significativamente associados aos sintomas depressivos nos idosos vivendo em condição de institucionalização.

O *quadro 2* apresenta, para cada estudo incluído na revisão, os instrumentos utilizados na detecção de sintomatologia depressiva, bem como os resultados referentes aos testes de associação feitos para os fatores investigados.

Quadro 2. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo instrumento utilizado na coleta de dados e resultados referentes aos fatores associados à depressão em idosos institucionalizados

Nº	Instrumento	Resultados
01	Escala Cornell de Depressão em Demência – versão modificada	Depressão prediz significativamente o funcionamento comportamental no âmbito da agressão física/abuso verbal, intromissão e comportamento psicótico.
02	Escala de Depressão Geriátrica – versão holandesa	Depressão significativamente associada a: deficiência auditiva, ausência de filiação religiosa, incontinência, internação hospitalar recente, cegueira, vulnerabilidade familiar, menos idade, solidão, dor, incapacidade funcional, neuroticismo e falta de apoio social.
03	Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens – versão chinesa	Depressão significativamente associada aos seguintes fatores socioeconômicos: não ser coberto pela Assistência de Segurança Social, baixo nível de escolaridade e baixo nível de atividade social; e aos fatores físicos: déficit visual, dificuldade de deglutição, baixa funcionalidade e à deambulação. Idosos depressivos mais propensos à autopercepção de inadequação financeira, insatisfação com a vida, autopercepção de saúde ruim, atitudes negativas em relação ao seu modo de vida e a relatar pensamentos suicidas recentes.
04	Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens – versão chinesa	Em Taiwan, a depressão foi associada ao sexo feminino e baixa escolaridade e negativamente associada à satisfação com a vida, condição de saúde autopercebida, percepção de adequação de renda, estado funcional, estado cognitivo e satisfação com o apoio social. Sendo o gênero, a condição de saúde e a adequação de renda preditores significativos da depressão. Em Honk Kong, a depressão foi significativa e negativamente associada à satisfação com a vida, ao estado cognitivo, ao estado funcional (preditores), à condição de saúde autopercebida, à percepção de adequação de renda e à rede de apoio social.
05	Escala de Depressão Geriátrica	Após seis meses de seguimento, o grupo deprimido apresentou mudanças significativamente mais graves nos testes do Mini Exame do Estado Mental e <i>Clinical Dementia Rating</i> .
06	Escala de Depressão Geriátrica	Idosos institucionalizados sem atividade apresentaram maior tendência estatística para dar respostas depressivas ao item 2 da GDS (“Você deixou muitos de seus interesses e atividades?”). GDS inversamente correlacionada com o resultado do teste de fluência verbal.
07	Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens	Depressão associada a maior idade, menor nível de escolaridade, pior estado funcional, menor satisfação com a vida, pior estado de saúde percebido, diagnóstico de Hipertensão e Acidente Vascular Cerebral. Estado depressivo consideravelmente prognosticado pelo pior estado funcional, insatisfação com a vida, pior estado de saúde percebido e menor nível de escolaridade.

Quadro 2. (cont.)

08	Escala de Depressão Geriátrica	No início do estudo, a depressão foi associada à idade inferior a 80 anos, dor, deficiência visual, AVC, solidão e percepção de cuidados inadequados. Após seis meses sintomas depressivos foram significativamente associados à presença de sintomas depressivos na linha de base. Dor e limitações funcionais foram associadas com a presença de sintomas depressivos em seis meses. Maior nível de escolaridade associado à persistência de sintomas depressivos.
09	Escala Cornell de Depressão em Demência	Menores médias globais na escala de depressão associadas a maior poder de influência nas decisões políticas da instituição.
10	Escala de depressão Geriátrica de 15 itens, Escala Cornell de Depressão em Demência, <i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i> , 17-item <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>	Depressão identificada pela GDS-15 associada ao luto pela perda de oportunidades e habilidades para participar de atividades, ao relato de depressão prévia por um parente antes da admissão na instituição, não ajudar aos outros, não participar de atividades, dificuldade em resolver problemas e no estabelecimento de bons relacionamentos. GDS-15: correlação negativa fraca com idade para ambos os sexos. CSDD: correlação negativa fraca com idade para mulheres.
11	<i>Automated Geriatric Examination for Computer-assisted Taxonomy System</i> (AGECAT)	Depressão associada a menor idade e incapacidade funcional.
12	Inventário de Depressão Geriátrica de Beck	Baixa correlação negativa entre depressão e deterioração cognitiva.
13	Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens	Depressão associada de forma independente a ter filhos, maior idade, limitação funcional pela dor, pior estado cognitivo, menor mobilidade e menor pontuação no Índice de Barthel.
14	<i>Taiwan Geriatric Depression Scale</i> (TGDS)	Depressão negativamente correlacionada com função cognitiva.
15	Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens	Para os homens, a depressão correlacionou-se negativamente com pontuações da MAN, hematócrito e hemoglobina. Para toda a população, correlacionou-se negativamente com pontuações da MAN.
16	Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens	Correlação negativa fraca entre as pontuações da GDS-15 e da MAN, mas as pontuações da MAN não foram significativamente maiores em idosos deprimidos. Depressão como único fator de risco independente para desnutrição.
17	<i>InterRAI Long-Term Care Facilities Assessment System</i> (InterRAI LTCF)	A depressão foi mais frequentemente diagnosticada entre os idosos demenciados engajados socialmente. Dentre os idosos com alteração do humor, os demenciados eram menos susceptíveis a ser diagnosticados com transtorno depressivo em relação aos idosos não demenciados.
18	<i>Minimum Data Set</i>	Institucionalização prévia fortemente associada com depressão na admissão. Uso prévio de antidepressivos fortemente associado com incidência de depressão após admissão. Depressão na admissão e sua incidência posterior foi significativamente menor nos idosos com comprometimento cognitivo. Maior uso de drogas psicotrópicas foi substancialmente associado a uma maior taxa de diagnósticos de depressão na admissão e nos trimestres posteriores. Dor e comorbidade física foram positivamente associadas com depressão identificada ao longo do primeiro ano.
19	Escala de Depressão Geriátrica de 10 itens	Depressão significativamente mais elevada entre os moradores com quatro ou mais doenças crônicas, com polifarmácia, fazendo uso de medicamentos ansiolíticos e antipsicóticos, com aumento da dependência funcional, e autoavaliação e avaliação médica de saúde ruins.
20	Escala de Depressão Geriátrica	Depressão associada a apego e integração social.

Fonte: Elaboração própria

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi o instrumento mais utilizado nos estudos analisados, tanto na versão de 30 itens (5 artigos), como de 15 itens (7 artigos) e 10 itens (1 artigo). Desenvolvida por Yesavage *et al.* (1983), é um dos instrumentos mais

frequentemente aplicados por incluir uma pequena variação das respostas (sim/não), não necessitar de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação e poder ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Sua versão original com

30 itens vem cedendo espaço para a versão curta de 15 itens por reduzir significativamente o tempo gasto na aplicação e por ser confiável e válida entre idosos em diversas situações, sendo também recomendada para populações institucionalizadas (JONGENELIS ET AL., 2005).

A Escala Cornell de Depressão em Demência, segundo instrumento mais utilizado (3 artigos), foi desenvolvida por Alexopoulos *et al.* em 1988 e avalia alterações de humor, comportamento e distúrbios físicos e de ideação em pessoas com prejuízo cognitivo a partir de 19 itens aplicados pelo entrevistador ao paciente e ao cuidador, podendo também ser utilizada em indivíduos sem demência (PARADELA, 2011).

Observou-se também que em dois estudos (17 e 18) foram utilizados instrumentos que não são específicos para a avaliação da depressão, o *Minimum Data Set* e o *InterRAI Long-Term Care Facilities Assessment System*, os quais são formulários de coleta de dados que fornecem um panorama geral acerca das condições de saúde dos indivíduos residentes em instalações de longo prazo (BALLER ET AL., 2010; HOOVER ET AL., 2010).

Quanto ao objetivo desta revisão, percebeu-se que a maioria dos estudos testou a associação de sintomas depressivos com diversos tipos de variáveis, explorando uma ampla gama de aspectos relacionados à institucionalização. Ressalta-se a impossibilidade de estabelecer uma sequência temporal entre as associações encontradas, uma vez que a maioria das pesquisas apresentou delineamento transversal. A análise dos artigos permitiu a seleção de 6 fatores principais associados à depressão:

Fator 1: aspectos sociodemográficos. Os fatores sociodemográficos que apresentaram algum tipo de associação foram a idade (6 estudos), a escolaridade (4 estudos), a autopercepção de situação financeira ruim (2 estudos) e o sexo feminino (1 estudo). Houve divergências quanto à associação com a idade e escolaridade. No entanto, na maioria

dos estudos, os idosos depressivos tinham menos idade (02, 08, 10, 11, 13) e baixo nível de escolaridade (03, 04, 07). Os eventos estressores da vida, possivelmente, são mais esperados e, por isso, melhor tolerados por idosos mais velhos, podendo, dessa maneira, não mais evocar depressão nesses indivíduos (EISSES ET AL., 2004). Além disso, os idosos com menos idade que vivem em Ilpi geralmente são os que apresentam mais doenças graves ou comprometimento cognitivo severo e, por isso, podem ser mais propensos a desenvolver sintomatologia depressiva (MCDUGALL ET AL., 2007). O grau de instrução, associado à depressão, pode ser justificado por uma reação em cadeia, em que o baixo nível de escolaridade pode levar à inadequação de renda e impedir o acesso a cuidados de saúde, lazer e apoio social (KU; LIU; TSAI, 2006).

Fator 2: condições de saúde. A depressão foi mais frequentemente associada à auto-percepção de saúde ruim (03, 04, 07, 19), à dor (02, 08, 18), à deficiência visual (02, 03, 08), à presença de comorbidades (18, 19), ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) (07,08) e ao maior risco de desnutrição (15,16).

A autoavaliação da saúde é uma variável complexa que capta múltiplas dimensões da relação entre saúde física e outras características pessoais e sociais (DAMIÁN; BARRIUSO; VALDERRAMA-GAMA, 2008). No idoso, a autopercepção de saúde é influenciada pelas condições de suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições crônicas de saúde, estilo de vida, dentre outros (HARTMANN, 2008). O processo de institucionalização favorece a vivência de perdas em vários desses aspectos da vida, aumentando a vulnerabilidade a quadros depressivos e contribuindo para uma pior percepção do estado de saúde (CARREIRA ET AL., 2011).

A dor é uma experiência vital que afeta de maneira integral o ser, ocasionando sofrimento, que quando prolongado e severo, como na maioria dos casos de dor crônica, afeta a qualidade de vida de quem a sofre de

maneira significativa, gerando maior risco de comorbidade psiquiátrica, podendo esta relação ser de dupla via, sendo a dor fator de risco ou consequência de transtornos psíquicos (SERRANO, 2011). Em pessoas idosas, os mecanismos de cronificação da dor estão relacionados à diminuição da capacidade de adaptação que acompanha o envelhecimento, ao aumento da sensibilidade dolorosa, às comorbidades médicas e psiquiátricas e ao isolamento social (KARP ET AL., 2008).

Idosos com déficits visuais estão mais propensos a desenvolver quadros depressivos, uma vez que podem precisar alterar seu estilo de vida e sua independência funcional, requerendo mais assistência nas atividades básicas de vida diária, quando comparados com aqueles que não têm tal deficiência (MACEDO ET AL., 2008).

A associação entre doenças crônicas e sintomas depressivos é bimodal, de modo que a depressão pode precipitar o surgimento de doenças crônicas ou estas podem exacerbar sintomas depressivos por meio dos efeitos diretos na função cerebral ou através de alterações psicológicas e psicossociais (DUARTE; REGO, 2007).

A depressão está diretamente relacionada ao estado nutricional, uma vez que interfere no centro de controle neural, responsável pela fome, ansiedade e compulsões alimentares, podendo levar à desnutrição ou à obesidade (PEIXOTO, 2006). As questões econômicas, sociais, biológicas, psíquicas e alimentares também são determinantes do estado nutricional dos indivíduos idosos institucionalizados, tendo a depressão sido identificada como a maior causa de perda de peso nesse grupo populacional (VALENÇA; ANDRADE, 2011).

A relação entre depressão e AVC é complexa e também pode ocorrer nos dois sentidos. O surgimento de quadro depressivo em pacientes pós-AVC tende a ser visto como uma reação psicológica compreensível resultante da perda ou das incapacidades associadas à doença, sendo, por este motivo, subdiagnosticado (TERRONI, 2009). No

primeiro ano após o AVC, considerado o período agudo, a depressão é a complicação psiquiátrica mais prevalente e a que tem sido mais associada a um pior prognóstico, uma vez que os pacientes com essa complicação apresentam recuperação funcional mais lenta, comprometimento das atividades da vida diária, internação hospitalar mais longa na fase aguda e maior mortalidade (SOUZA; TORQUATO JUNIOR; SOARES, 2010).

Fator 3: capacidade funcional. Baixa capacidade ou incapacidade funcional (02, 03, 04, 07, 11, 13, 19) e limitação funcional pela dor (12) foram significativamente associados à sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados. Define-se como capacidade funcional a condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio (NOGUEIRA ET AL., 2010). Pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida, cursando em redução ou perda da independência funcional (SANTOS ET AL., 2012).

Fator 4: comportamento. Vários tipos de comportamento foram associados à depressão, desde agressão física, abuso verbal e agir psicótico (01), neuroticismo (02), pensamentos suicidas recentes (03), indisponibilidade em ajudar aos outros e em participar de atividades, dificuldade em resolver problemas e em estabelecer bons relacionamentos (10). Dentre esses fatores, a ideação suicida, tentativas de suicídio e o suicídio merecem especial atenção, uma vez que representam instâncias da vida — expectativas, doença, sofrimento — que se tornaram difíceis de suportar, representando o auge da insatisfação com o viver (GREK, 2007). Investigações a respeito da ideação suicida são problemáticas, uma vez que esse fenômeno é pouco perguntado por pesquisadores e também muito pouco relatado pelos idosos, e, quando isso ocorre, pode ser confundido com processos depressivos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). A população institucionalizada tende a declarar com mais frequência a presença de pensamentos

suicidas do que a não institucionalizada (ALMEIDA; QUINTÃO, 2012).

Fator 5: cognição. Os estudos também apresentaram divergências quanto a este aspecto. Em quatro deles, a depressão foi associada a um pior estado cognitivo (04, 05, 13, 14) e em duas pesquisas a um melhor estado cognitivo (12, 18). A grande frequência de queixas cognitivas em idosos depressivos levou à criação do termo pseudodemência depressiva, caso em que os sintomas de depressão são acompanhados pelas dificuldades de concentração e atenção e pela falta de memória (BANHATO, 2011). Muitas alterações cognitivas observadas em idosos com depressão se assemelham às observadas em quadros demenciais, enquanto outras se assemelham ao envelhecimento normal (ÁVILLA; BOTINO, 2006).

Fator 6: medicamentos. A polifarmácia (19) e o uso de antidepressivos e de psicotrópicos (18) foram associados à sintomatologia depressiva. Os pacientes internados em Ilpi merecem atenção especial quanto ao consumo de psicofármacos, tendo em vista seu uso corriqueiro em quadros demenciais, depressões e distúrbios comportamentais (LUCCHETTI ET AL., 2010). Estima-se que a prevalência de psicofármacos em asilados chegue a 63%, sendo esses medicamentos usualmente prescritos por médicos não psiquiatras em decorrência da necessidade de controle comportamental, presença de sintomas de depressão e transtornos do sono (STELLA ET AL., 2006).

Outros fatores associados encontrados nos estudos incluídos na revisão que merecem destaque foram: a solidão (02, 08), depressão prévia (08, 10) e a falta de apoio social (02) ou insatisfação com o mesmo (04). Na velhice, o fenômeno depressivo em si pode representar a recorrência de episódios anteriores que se manifestaram em outras épocas da vida: pode ser a continuidade de uma depressão crônica anterior do tipo Distímia, pode ser uma depressão reativa, pode ainda surgir como consequência do prejuízo na

qualidade de vida proporcionada por alguma outra doença orgânica concomitante ou, simplesmente, pode ser um episódio originado após os 60 anos (MARINHO, 2010).

Vivenciar a solidão pode indicar uma rede social insatisfatória e tem sido um dos fatores de risco para a depressão mais citado pelos diferentes investigadores, além de um dos principais motivos para a admissão em instituições (VAZ; GASPAR, 2011). Os eventos estressores, como o luto, situações em que há dificuldade de se estabelecer relações interpessoais e a falta de apoio social e familiar, também podem contribuir para a manifestação de sintomas depressivos (WHO, 2012).

Considerações finais

A presente revisão integrativa possibilitou caracterizar a produção científica acerca dos fatores significativamente associados à depressão em idosos institucionalizados. Apesar do considerável número de artigos incluídos, percebe-se uma lacuna com relação à categorização dos estudos devido à escassez de pesquisas de intervenção que retratassem evidências fortes, pois a maioria dos estudos encontrados tem delineamento transversal, classificado como nível VI de evidência, o que é considerado fraco.

Detectou-se, também, a baixa produção científica tanto no Brasil quanto na América Latina, sendo apenas dois artigos originários de pesquisas realizadas no Brasil, fazendo-se necessária uma maior reflexão sobre a relevância da temática no País, para que novos estudos sejam desenvolvidos e divulgados.

Durante a pré-seleção dos artigos, observou-se que muitos deles foram excluídos da revisão por não utilizarem técnicas estatísticas para testar hipóteses de associação da depressão com os fatores investigados. Os métodos estatísticos devem ser valorizados uma vez que aumentam a credibilidade das pesquisas e servem de base para as tomadas de decisões por parte dos gestores.

Além disso, outros estudos, apesar de terem sido realizados em Ilpi, incluíram pessoas não idosas na amostra, descaracterizando o perfil do público-alvo desses locais.

Quanto aos instrumentos utilizados na detecção da depressão, observou-se que, apesar da ampla disponibilidade de instrumentos destinados a este fim na psiquiatria geriátrica, dois estudos utilizaram instrumentos de avaliação geral do estado de saúde, o que de certa maneira minimiza o poder de comparação dos resultados com aqueles estudos que utilizaram instrumentos específicos.

A variação dos fatores associados à depressão justifica-se pelas diferentes características das populações de cada país, pelos

objetivos específicos de cada pesquisa, pelos instrumentos utilizados e pelas técnicas de amostragem, o que resultou em algumas divergências de resultados para fatores semelhantes.

Essa observação é importante, uma vez que o intuito dessa revisão foi condensar as evidências científicas a respeito da temática em questão, cabendo aos profissionais da saúde que lidam com pessoas idosas institucionalizadas utilizar-se destes resultados no aprimoramento de suas práticas, valorizando as formas de investigação da depressão e dos possíveis fatores associados, considerando as particularidades e o contexto biopsicossocial e cultural de cada indivíduo. ■

Referências

ALEXOPOULOS, G. S. Cornell Scale for Depression in dementia. *Biological Psychiatry*, San Francisco, v. 23, p. 271-84, 1988.

ALMEIDA, L.; QUINTÃO, S. Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, Lisboa, v. 25, n. 6, p. 350-8, 2012. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1351/944>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 316-20, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n4/2225.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BALLER, M. Depression in Dutch homes for the elderly: under-diagnosis in demented residents? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v. 25, n. 7, p. 712-8, 2010.

BANHATO, E. F. C. *Validade de critério de uma forma abreviada da escala Wais-III em uma amostra de idosos brasileiros*. 2011. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Brasileira) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

BATISTA, A. S. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília, DF: MPS: SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28).

BRASIL. *Informe nacional sobre a implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília sobre Envelhecimento*. 2012. Disponível em: <<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Brasil.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

_____. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005*. Regulamento técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/resol_rdc_283_set_2005.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio

- de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012.
- DAMIÁN, J.; BARRIUSO, R. P.; VALDERRAMA-GAMA, E. Factors associated with self-rated health in older people living in Institutions. *BioMed Central Geriatrics*, London, v. 8, n. 5, p. 1-6, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-8-5.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.
- DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- EISSES, A. M. H. Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, n. 19, v. 7, p. 634-40, 2004.
- FARIA, F. A. C. *Escolas promotoras de saúde na América Latina*: uma revisão integrativa da literatura. 2010. 102 p. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca, 2010.
- FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1.html_site/a02v11n1.htm>. Acesso em: 22 dez. 2012.
- GALHARDO, V. A. C.; MARIOSA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/195.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- GIAVONI, A. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-982, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.
- GONZÁLEZ, L. A. M. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 32-39, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/166.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2012.
- GREK, A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 52, n. 6, suppl. 1, p. 47S-57S, 2007.
- HARTMANN JUNIOR, A. P.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. *Neurobiologia*, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009. Disponível em: <[http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- HARTMANN, A. C. V. C. *Fatores associados a auto-percepção de saúde em idosos de Porto Alegre*. 2008. 73 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- HOOVER, D. R. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A. *International Psychogeriatrics*, Cambridge, v. 22, n. 7, p. 1161-1171.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000010135709212012572220530659.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012.
- JONGENELIS, K. Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v. 20, n. 11, p. 1067-1074, 2005.
- KARP, J. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *British Journal of Anaesthesia*, Oxford, v. 101, n. 1, p.

- 111-120, 2008. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/101/1/111.full.pdf+html>>. Acesso em: 22 jan. 2013.
- KU, Y.; LIU, W.; TSAI, Y. Prevalence and risk factors for depressive symptoms among veterans home elders in Eastern Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v. 21, n. 12, p. 1181-8, 2006.
- LONDON. Milton Keynes Primary Care Trust. *Critical Appraisal Skills Programme*. London: Oxford; 2002.
- LUCCHETTI, G. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 38-43, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a03.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.
- MACEDO, B. G. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 419-432, 2008. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo9.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- MARINHO, S. M. B. A. *O suporte social e a depressão no idoso*. 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010.
- MCDUGALL, F. A. Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*, Oxford, v. 36, n. 5, p. 562-568, 2007.
- MEDEIROS, J. M. L. *Depressão no idoso*. 2010. 31 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.
- MELNYK, B. M. Evidence-based practice: step by step. *The American Journal of Nursing*, New York, v. 110, n. 5, p. 41-47, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- NOGUEIRA, S. L. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [online], v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- OLIVEIRA, J. L. M. *Exercícios de resistência para a promoção de saúde de grupos especiais de coronariopatas*. 2008. 62 p. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca, 2008. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp096082.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.
- PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 31-40, 2011.
- PEIXOTO, H. G. E. *Estado nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivos*. 2006. 61 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília.
- PÓVOA, T. R. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do Instituto de Gerontologia de Brasília. *Brasília Médica*, Brasília, DF, v. 46, n. 3, p. 241-46, 2009. Disponível em: <[http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46\(3\)_2009_prevalencia_depressao.pdf](http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46(3)_2009_prevalencia_depressao.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- SAMPAIO, L. S. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié – BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-274, 2009. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_9.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2012.
- SANTANA, A. J.; BARBOZA FILHO, J. C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007.

- SANTOS, J. G. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-dia Geriátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 102-106, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n2/08.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2013.
- SERRANO, N. L. M. Importancia de la evaluación de aspectos psicossomáticos en los pacientes con dolor crónico neuropático. *Acta Neurologica Colombiana*, Bogotá, v. 27 n. 2, supl. 2, p. 113-124, 2011.
- SIQUEIRA, G. R. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a31v14n1.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- SOUZA, B. P. F.; TORQUATO JUNIOR, M. A. A.; SOARES, S. M. S. R. Prevenção de depressão pós-AVC. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 182, 2010. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n4/pdf/194.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2013.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.
- SOUZA, P. D. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v14n1/v14n1a02.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- STELLA, F. Factors influencing psychotropic prescription by non-psychiatrist physicians in a nursing home for the elderly in Brazil. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 124, n. 5, p. 253-6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v124n5/03.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.
- TERRONI, L. M. N. *Associação entre o episódio depressivo maior após acidente vascular cerebral isquêmico e comprometimento de circuitos neuronais pela lesão:* um estudo prospectivo de 4 meses. 2009. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- TOLEDO, M. M. *Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS: revisão integrativa*. 2008. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- VALCARENGHI, R. V. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24 n. 6, p. 828-33, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a17v24n6.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- VALENÇA, J. M.; ANDRADE, K. L. Desnutrição associada à depressão em idosos hospitalizados. *Geriatrics & Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 14-18, 2011.
- VAZ, S. F. A.; GASPAR, N. M. S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência* [online], v. 3, n. 4, p. 49-58, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a05.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Conquering Depression*. 2012. Disponível em: <<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2013.
- YESAVAGE, J. A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, Londres, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983. Disponível em: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/at%20least%20read/development%20and%20validation%20of%20a%20geriatric%20depression%20screening%20scale_a%20preliminary%20report.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2012.

Recebido para publicação em dezembro de 2013
 Versão final em agosto de 2014
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Atenção à saúde na síndrome demencial: qual será o impacto econômico dessa atenção no Brasil?

Health care in dementia: what will be the economic impact of this care in Brazil?

Leyla Gomes Sancho¹

RESUMO O estudo pretende chamar a atenção dos tomadores de decisão para a premente necessidade da avaliação do impacto econômico da síndrome demencial no Brasil. O País já se enquadra, em termos demográficos e epidemiológicos, em patamar semelhante ao dos países desenvolvidos, mas ainda não implementou de forma efetiva políticas públicas ou reconheceu as reais necessidades sociais em saúde para a configuração dessa atual condição. Para tanto, uma revisão não sistemática sobre o impacto financeiro da síndrome em várias regiões do mundo foi elaborada. Diante das evidências, concluiu-se que é de suma importância a realização de estudos empíricos no contexto brasileiro que contemplem essa temática.

PALAVRAS-CHAVE Demência; Alocação de custos; Governo; Políticas públicas.

ABSTRACT *The study intends to draw the attention of decision makers for the urgent need to assess the economic impact of dementia in Brazil. Nowadays, this country stands at the same baseline, in demographic and epidemiological terms, as developed countries. However, it has not yet implemented policies or even recognized real health needs to this current condition. Therefore, a non-systematic review of the financial impact of the syndrome in various regions of the world was developed. Given the evidence, it was concluded that it is extremely important to carry out empirical studies in the Brazilian context that address this theme.*

KEYWORDS *Dementia; Cost allocation; Government; Public policies.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. leylasancho@gmail.com

Introdução

Como amplamente aludido no meio acadêmico, a síndrome demencial já se tornou um problema de saúde pública (VERAS ET AL., 2007). Sua ocorrência é crescente, uma vez que o principal fator de risco continuará existindo: o aumento da esperança de vida. Ademais, e como consequência da incessante inovação tecnológica, novas causas são esclarecidas ou descobertas, apesar das dificuldades e disparidades no seu diagnóstico. Existe um consenso em reconhecer que a maior parte das síndromes demenciais é devida à Doença de Alzheimer (MORAGAS, 1994), o que foi corroborado por recente estudo de Gallucci, Tamellini e Forlenza (2005), ao afirmar que 60% dos casos têm essa doença como causa, seguida pelas demências vasculares, pela demência por Corpúsculos de Lewy e pela demência frontotemporal.

De acordo com o ‘*World Alzheimer Report 2010*’, cerca de 35,6 milhões de cidadãos no mundo convivem com algum tipo de síndrome demencial, sendo que dois terços destes moram em países de baixa e média renda, aí incluído o Brasil. Além disso, ainda segundo o relatório, é previsto que em 2050 o quantitativo de pessoas acometidas pela síndrome chegue a 115,4 milhões (WIMO; PRINCE, 2010).

No Brasil, e independentemente do fato de se inscreverem os idosos como ‘bombas demográficas’, poucos foram os estudos de base populacional realizados para medir a prevalência da síndrome demencial (ALMEIDA; SANTANA; PINHO, 1984; BLAY; MARI; RAMOS, 1989; VERAS; COUTINHO, 1991; HERRERA ET AL., 2002). Tomando o de Herrera *et al.* (2002), que avaliou a prevalência da doença e sua associação com idade, sexo, nível educacional e níveis socioeconômicos, a estimativa referida foi de 7,1% entre idosos não institucionalizados e de 7,5% no cômputo geral, incluindo os institucionalizados. As associações, medidas através de análise de regressão multivariada, mostraram que o baixo nível educacional, o sexo feminino e a idade são estatisticamente significativos.

Esses resultados são de especial interesse para esta discussão, em vista de favorecerem o reconhecimento das reais necessidades em relação aos cuidados em saúde e seu impacto financeiro.

Quanto ao Brasil, estudo publicado no ano de 2004 estima a incidência da síndrome em 13,8 por 1000 pessoas-ano (NITRINI ET AL., 2004). Relacionando-se ambas as informações (incidência e prevalência), esse dado não só desvela como corrobora a importância da proposição de políticas públicas de saúde capazes, se não de minimizar o impacto econômico para a sociedade, pelo menos de garantir o aporte necessário de recursos públicos para garantir a atenção ao paciente. Observa-se que, no contexto brasileiro, o orçamento destinado para suprir as demandas dos idosos ainda é muito incipiente, apesar da criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), da proposição do Pacto pela Vida pelo Ministério da Saúde, que tem a saúde do idoso como uma de suas prioridades (BRASIL, 2006), e mesmo o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 703/2002 (BRASIL, 2002), e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por Doença de Alzheimer (Portaria SAS/MS nº 843/2002), que instituiu o fornecimento da medicação anticolinesterásica (BRASIL, 2002).

No âmbito mundial, o estudo realizado por Wimo e Prince (2010) já indicava que o custo direto da atenção aos pacientes portadores de demência seria de US\$ 640 bilhões e que 70% deste custo estaria circunscrito aos Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Ainda na perspectiva mundial, o custo da atenção informal (relativo ao cuidador) seria de US\$ 251 bilhões e o custo direto (médico) e o não médico (também denominado na literatura internacional de custo social) da atenção formal (paciente) seria de US\$ 352 bilhões. O estudo também chama a atenção para o crescimento dos custos – cerca de 34% – entre os anos de 2005 a 2009.

No que se refere à América Latina, outro estudo publicado em 2006, estimou a aplicação de US\$ 7,8 bilhões em custos diretos e US\$ 6 bilhões com a atenção informal, lembrando que nos países em desenvolvimento os custos não médicos (sociais) são pouco expressivos, diante da inexpressividade das políticas públicas sociais (WIMO; JONSSON; WINBLAD, 2006). Na perspectiva da discussão sobre a abrangência das políticas e na especificidade das doenças que acometem os idosos, encontrou-se na literatura que é característico o cuidado ser prestado por um sistema de suporte informal, principalmente nos países em desenvolvimento e nos emergentes. Estudos empíricos referem que o cuidado informal é parte da abordagem atual da atenção prestada, principalmente, pela família/comunidade ao paciente; observa-se, inclusive, que, em um número importante de países, e independentemente do fato de o País oferecer um sistema de saúde abrangente, esse cuidado — e seu custo subjacente — é predominante em relação ao do cuidado formal (CHAPPELL, 1993; WIMO ET AL., 2010; JONSSON; WIMO, 2009). Deve-se entender que cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias.

Considerando o panorama esboçado e a premissa de que o prolongamento da vida, a dignidade e a cidadania dos idosos, assim como dos portadores e cuidadores daqueles que sofrem de síndrome demencial, é decorrência e não causa de elevação dos gastos públicos, o conhecimento acerca desses gastos mostra-se de fundamental importância para o delineamento de políticas públicas de saúde envolvendo essa condição. Por sua vez, o conhecimento dos gastos exige instrumentais adequados, a fim de contemplar as diferentes variáveis que os compõem.

Entre os questionários disponíveis para essa finalidade, o *Resource Utilization in Dementia (RUD)* (WIMO ET AL., 1998) mostra-se particularmente promissor, em vista

de possibilitar amplo leque de leituras dos gastos e custos, tanto formais (paciente) quanto informais (cuidador).

O objetivo do presente artigo é apresentar estudos que se utilizaram do *RUD*, indicando as suas potencialidades para o planejamento e proposição de políticas públicas para a síndrome demencial.

A metodologia do estudo

O estudo realizado decorre de uma revisão não sistemática de pesquisas elaboradas e para as quais foi utilizado o questionário *RUD*, não apenas em países, mas também em regiões, comunidades urbanas e rurais e outros tipos de conglomerados geográficos, assim como a composição dos gastos ou custos, tanto os formais (médico e não médico do paciente) quanto os informais (relativos ao cuidador).

Para a busca desses estudos, utilizaram-se os descritores ‘*dementia*’, ‘*cost*’, ‘*questionnaire*’ e ‘*instrument*’ e o termo chave ‘*resource utilization in dementia*’ nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *Scopus* e *Bireme*; foram considerados elegíveis aqueles publicados em português, inglês, francês ou espanhol. Quanto à periodicidade temporal, o filtro utilizado abrangeu os estudos publicados entre os anos de 2008 a 2012, no sentido de que os resultados financeiros não apresentassem grandes distorções quanto ao poder de paridade.

É importante citar que os descritores foram dispostos na busca de forma que o termo chave (o nome do questionário) estivesse sempre presente, ou seja, utilizou-se o operador booleano ‘*and*’ para a busca.

Para processar os resumos elegíveis, definiram-se critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios adotados para inclusão do estudo/pesquisa foram: a utilização de qualquer versão do questionário *RUD* (o questionário apresenta duas versões, *RUD* e *RUD LITE*, já traduzidas pelo grupo de pesquisa

em vários idiomas, inclusive o português) e a apresentação como um dos resultados de valores financeiros relativos à utilização de recursos, independentemente de estarem relacionados com a atenção formal ou a informal, com o custo ou gasto total, bem como da situação de moradia do paciente. Foram também incluídos estudos que discutiram outras intervenções sociais junto aos pacientes demenciados ou cuidadores e ainda os relacionados à carga da doença dos cuidadores informais. Não houve nenhum tipo de restrição quanto aos métodos de estimação econômica praticadas para a obtenção do resultado.

Os critérios de exclusão referem-se a estudos de cunho teórico, aqueles que não demonstraram dados empíricos sobre o impacto financeiro, aqueles relativos à avaliação econômica em relação à terapia medicamentosa ou aqueles que não utilizaram o questionário *RUD*.

A etapa seguinte se consubstanciou na escolha das características de interesse que deveriam estar inscritas no quadro demonstrativo, e ao mesmo tempo explicativo, no que concerne aos objetivos do estudo, qual seja, o de demonstrar o impacto financeiro da síndrome demencial tanto na perspectiva da atenção formal quanto na da informal, assim como sob os pontos de vista da família, da comunidade, do governo e da sociedade.

O questionário

Em geral, o objetivo dos estudos que utilizam o *RUD/RUD LITE* é avaliar o incremento ou não do custo durante o período de um ano, tanto na perspectiva da evolução do grau de severidade da patologia no

portador de síndrome demencial quanto no seu correspondente em relação à sobrecarga do cuidador, como também subsidiar metodologias que tenham como propósito a avaliação do impacto financeiro. A proposta é a aplicação do questionário em três etapas distintas (*baseline*, no sexto mês e no décimo segundo mês).

O questionário originalmente desenhado pelos pesquisadores do Instituto Karolinska (Suécia) se atém a uma avaliação dos custos, a partir do fator tempo dispendido pelos cuidadores aos portadores de síndrome demencial e o equivalente em termos de ganhos ou perdas salariais, como também o consumo de recursos de cuidados médicos e não médicos pelos pacientes e cuidadores (sobrecarga); ou seja, direcionado para avaliar tanto os custos relacionados à atenção formal (pacientes) como à informal (cuidadores), além do custo total. Destaca-se que recentemente, após um painel entre especialistas, nova versão do questionário foi elaborada, o *RUD* versão 4.0 (WIMO ET AL., 2012).

Resultados

No que tange à revisão de literatura, e conforme já esperado, os estudos são oriundos de países europeus.

Na busca realizada nas bases citadas, foram localizados inicialmente 76 artigos, dos quais apenas sete contemplaram os critérios de inclusão e exclusão, sendo que os demais ou eram artigos repetidos ou não reportavam nenhum valor sobre custo ou versavam sobre tempo dispensado pelo cuidador ao paciente demenciado. Os resultados mais relevantes encontram-se na *tabela 1*.

Tabela 1. Características dos estudos de avaliação econômica sobre síndrome demencial

Autor/ano	Perspectiva do estudo	Tipo de estudo/método	amostra	Grau de severidade da doença/outra variável	Custo direto	Custo indireto	Custo total
LINDHOLM, C. et al., 2012	sociedade	prospectivo	173	moderado e severo	-	-	262000(SEK•)/moderado €30465,1 ano 519000(SEK)/severo €60348,8 ano
GUSTAVSSON, A. et al., 2010	sociedade	observacional	1385	leve/moderado/grave	€1251,20	€6568,80	€7820 (custo médio) ano
ÉRSEK, K et al., 2010	sociedade	transversal/cost-of-illness (COI)	88	leve/moderado/grave	-	-	€6432(médio)-domiciliado/ano €6086(médio)-asilado/ano
CODURAS, A. et al., 2010	sociedade	prospectivo (1 ano)/cost-of-illness (COI)	560	leve/moderado/grave	€366,73 (médio/mensal)	€1059 (médio/mensal)	€1425,73€ (médio/mensal)
MESTERTON, J. et al., 2010	sociedade	transversal/ cost-of-illness (COI)	233	leve, moderado e grave	-	-	U\$523.400 ano(leve) €17,475,72 U\$56.800 ano (moderada) €42, 419,72 U\$71.400 ano (severa) €53,323,37
JEDENIUS, E. et al., 2010	serviço	prospectivo/ cost-of-illness (COI)	30	atenção primária/especialista (diagnóstico da doença)	-	-	€477 APS (custo médio)/ €1.115 especialista (custo médio)
SØGAARD, R et al., 2009	sociedade	transversal/cost-of-illness (COI)	163	leve	€1070	€950	€2020 mensal

Fonte: ECB: Euro foreign exchange reference rates

• 1 euro= 8,6 SEK (dezembro de 2012); 1euro = 1,339 USD (dezembro de 2010)

Em uma perspectiva comparativa, grosso modo, os estudos de Coduras *et al.* (2010), Sogaard *et al.* (2009) e Mesterton *et al.* (2010) apresentaram valores aproximados, caso se considere o custo em período anual. Por outro lado, os estudos de Gustavsson *et al.* (2010) e Érsek *et al.* (2010), também com valores aproximados entre si, encontraram valores menores do que os obtidos pelo primeiro grupo de estudos.

Diante de as pesquisas revelarem outras informações pertinentes, que ampliam o conhecimento sobre a relação entre a carga da doença e seu impacto em termos financeiros, e que em larga medida subsidia o conhecimento das necessidades sociais de saúde, um breve resumo sobre essas informações encontra-se abaixo.

Estudo publicado recentemente, realizado por Lindholm *et al.* (2012), na Suécia, revela que o custo para a sociedade (custo formal e informal) da síndrome demencial varia de 262000 SEK por ano, para o caso de portadores no grau moderado, a 519000 SEK por ano, para os pacientes com o grau severo da doença. O estudo identificou, por meio de análise univariada, que tanto as AVD (Atividades de Vida Diária) quanto as AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária) estão relacionadas aos custos. Por meio de análise multivariada, também demonstrou que o nível de cognição não é estatisticamente significativa no que tange ao total dos custos. Já a análise que comparou a dependência ou a não dependência de qualquer uma das funções básicas das AVD

mostra alteração significativa dos custos. A conclusão do estudo é de que o nível da funcionalidade deteriorada, a qual requer um importante suporte social, prediz o aumento dos custos da atenção ao portador de síndrome demencial (LINDHOLM ET AL., 2012). Mesterton *et al.* (2010), em alguma medida, obtiveram resultados semelhantes no que se refere às funções das AVD e o impacto no custo da atenção, ressaltando inclusive o peso nesse custo do tipo de acomodação (moradia), que tem uma dada cobertura, nos países do norte europeu, por meio da proteção social.

Em estudo multicêntrico (12 países europeus) do tipo observacional, Gustavsson *et al.* (2010) estimaram o custo médio anual em 7820 euros (95% CI: 7194- 8446), sendo que 54% desse valor estão atrelados ao custo informal, 16% ao custo médico direto e 30% relacionado aos serviços comunitários. Conclusão relevante do estudo alude que há substancial diferença em relação ao uso de recursos entre os tipos de custo (formal e informal) entre os países do norte, os do sul e da parte ocidental da Europa. O custo formal é baixo e o informal é alto no sul da Europa, se comparado com o norte e a parte ocidental. Assim como as AIVD estão fortemente correlacionadas com o custo informal e o índice de Katz (avalia o autocuidado) com os custos formais (GUSTAVSSON ET AL., 2010).

Em outra vertente, estudo de corte transversal utilizou o método *cost-of-illness* (COI) para avaliar o custo dos pacientes domiciliados e o dos pacientes asilados, que advém de reembolso oficial, para determinar a carga da doença do ponto de vista da sociedade. Foram incluídos na sua amostra pacientes e cuidadores de três GP (*general practitioner*) na Hungria. Inferiu-se um custo médio anual de 6432 euros para o paciente domiciliado e 6086 euros para o paciente asilado. O estudo efetivou a previsão do impacto financeiro para a população total do País em aproximadamente 846,8 milhões de euros, sendo que 55% em custos diretos, 9% em custos indiretos (não médico) e 36% em

custo informal (ÉRSEK ET AL., 2010). Os custos na Hungria em relação aos pacientes demenciados são mais baixos se comparados com os dos demais países da Europa ocidental (CODURAS ET AL., 2010).

Na Espanha, estudo prospectivo com duração de um ano, em pacientes nos três graus de severidade da patologia, evidenciou um custo mensal médio de 1316,22 euros no início da coleta de dados e de 1425,73 euros no 12º mês, ou seja, um acréscimo de 10,08% ao longo do período. Já no que se refere ao custo não médico, que representa 74,30 %, o valor encontrado foi de 1059 euros, o qual decresceu no período estudado 4,30 euro/mês. No que concerne à atenção, que apresentou um custo médio de 366,66 euros, o referido custo cresceu 136,94 euros no período, impactado tanto pelo custo da medicação como pela utilização de serviços de enfermagem domiciliar e institucionalização. Vale ressaltar que 87% do custo total na Espanha não é financiado pelo Serviço Nacional de Saúde e a maior parte desse custo está relacionado com o custo informal (70,86%); ou seja, quase 88% do custo da doença é financiado pela família (CODURAS ET AL., 2010).

Poucos estudos avaliaram o custo da doença associado ao custo com o deslocamento (transporte) relativo à busca por cuidados de saúde e outras atividades relacionadas à síndrome e o tempo perdido de pacientes no grau leve da doença. Søggaard *et al.* (2009), ao ponderarem a relação custo público e privado, a estimaram em 1:1. Os autores chamam a atenção para o fato de o dispêndio privado incorrer em possível desequilíbrio para o planejamento do sistema público no que tange à relação oferta-demanda por bens e serviços de saúde, levando a um prejuízo da equidade da atenção à saúde.

Em uma perspectiva diferenciada de avaliação do impacto financeiro da doença, Jedenius *et al.* (2010) analisaram o custo do diagnóstico da doença quando efetivada na atenção primária e quando realizada por um especialista. Os autores concluíram que

o diagnóstico é dado entre duas semanas a dois meses e que os custos são diferenciados entre as duas modalidades de atenção, sendo os do especialista mais altos do que os da atenção primária.

Discussão

Os custos da síndrome se devem a dois fatores: de um lado, a demanda crescente por cuidados e a continuidade da atenção; por outro, a necessidade da presença do cuidador que, com frequência, precisa abandonar seu trabalho para cuidar do enfermo, o que gera perda de renda, justamente quando aumentam os gastos.

Diversos autores afirmam que o crescente aumento do custo da atenção social e da saúde do idoso portador de síndrome demencial não encontra, no numerário público, a capacidade correspondente de atender à totalidade das necessidades (WIMO; PRINCE, 2010). Não obstante, existe certa reticência em planejar o futuro dessa assistência, uma vez que não desperta o interesse da classe política e o corpo técnico não tem oferecido soluções atraentes. Ou seja, o grande desafio para os governos é desenvolver e melhorar os serviços com foco no diagnóstico precoce, no fornecimento de apoio para a comunidade, bem como respostas tanto do setor saúde quanto da assistência social. A integração dos processos da saúde e os de cunho social é necessária para garantir as especificidades desse grupo da população.

Os resultados dos estudos advindos da revisão demonstram que a abrangência das informações pertinentes e relacionadas não só às condições de saúde como também de cunho social respalda uma avaliação de impacto financeiro da patologia, assim como também revela o panorama do comportamento dos países no que concerne à proteção social aos idosos demenciados.

Embora existam na literatura outros questionários sobre utilização de recursos

em relação à demência, a escolha do questionário *RUD* como direcionador para o estudo em questão se ateve não somente ao fato de já ter sido utilizado em várias pesquisas em diferentes países, mas também por ter uma versão em português (Portugal) e possibilitar em alguma medida um balizamento entre resultados de diferentes estudos. É importante citar que a variável custo apresenta em termos estatísticos um comportamento assimétrico, em que a distribuição gama é não normal e o custo total corrigido por uma lognormal. No caso da variável se referir ao gasto *per capita*, o recomendado é a utilização do *Purchasing Power Parity (PPP)*, cuja técnica utiliza o valor relativo das moedas, ao estimar o montante de ajustamento necessário entre os países, no sentido de que a troca seja equivalente ao poder de compra de cada moeda.

As diferenças encontradas nos valores dos sete estudos são decorrentes não apenas do fato de eles terem sido realizados em momentos distintos em termos temporais, mas também pelo incremento na utilização e a decorrente valorização monetária dos recursos utilizados pelos pacientes ou por seus cuidadores. Também vale citar que nos países desenvolvidos a utilização de recursos em relação aos itens afetos às políticas sociais é mais expressiva e que, portanto, gera um custo maior, o que dificulta sobremodo a comparabilidade de resultados.

Entre os diferentes modelos/métodos para estudos nesta área do conhecimento, o custo-da-doença (*COI*), considerado o primeiro método descritivo de avaliação econômica no campo da saúde, tem sido o método de escolha para a avaliação de impacto financeiro para a sociedade, tanto na vertente *top-down* quanto, e principalmente, na vertente *bottom-up*, que apresenta como vantagem a admissão de estratificação da severidade das doenças e a verificação da variabilidade ao se apropriar/compor os diferentes tipos de custo (TARRICONE, 2006; WIMO; JONSSON; GUSTAVSSON, 2009). O método tem também a propriedade

de mensurar a perda de produtividade e é pautado pela constatação contrafactual de que o seu benefício advém do conhecimento do custo poupado ao se prevenir ou minimizar os efeitos de uma dada patologia (SEGEL, 2006). Ademais, o método é construído a partir das perspectivas epidemiológica (prevalência ou incidência) e econômica (*gross-costing* ou *micro-costing*).

Utilizando o método *COI*, foi elaborado na Inglaterra estudo que dimensiona com propriedade o impacto financeiro, com valores relativos ao ano de 2008, ao assumir um custo de £ 23 bilhões/ano (aproximadamente € 21 bilhões referentes ao câmbio de 2008), entre custos diretos e perda de produtividade (custo indireto), para um conjunto de 820 mil pacientes demenciados. Nesse estudo, o custo da atenção social é de £ 9 bilhões (€ 8 bilhões) – 40% do total –, o dos cuidados não remunerados na ordem de £ 12,4 bilhões (€ 11,4 bilhões) – 55% – e o da atenção médica de £ 1,2 bilhões (€ 1,1 bilhão) – 5% –, além de um custo adicional de £ 29 milhões (€ 26,7 milhões) decorrente da perda da produtividade. É também ressaltado pelo estudo que o custo com a síndrome demencial é duas vezes maior do que com câncer e três vezes maior do que com doenças do coração (LUENGO-FERNANDEZ; LEAL; GRAY, 2010).

O único estudo realizado no Brasil revela que os gastos das famílias com pacientes portadores de síndrome demencial correspondem, em média, a 66% da receita familiar. No caso do paciente em estágio inicial, este percentual chega a 75%, possivelmente explicado pela necessidade de investimentos (readequações e reformas) no domicílio; no estágio avançado atinge 58% e, na presença de comorbidade, 80% (VERAS ET AL., 2007). Deve-se ressaltar que o estudo não incorporou na análise o gasto com o cuidador formal. É importante mencionar que o estudo, ao tratar dos gastos/despesas e não dos custos da atenção ao portador e

do cuidador na síndrome demencial, não desvela o seu impacto financeiro, bem como não oferece subsídios em relação às reais necessidades sociais e de saúde no que tange ao seu enfrentamento.

Conclusão

A importância desta revisão é chamar a atenção daqueles que pesquisam na área do envelhecimento, bem como suscitar a necessidade da elaboração de estudos deste porte, não apenas para subsidiar os tomadores de decisão no âmbito político, mas também para sensibilizar aqueles que detêm o poder discricionário no que concerne ao apoio financeiro para a elaboração de pesquisas.

No Brasil, de maneira incontestada, apenas um estudo foi elaborado sobre os gastos das famílias, e ainda não se logrou a implementação de uma pesquisa sobre o real impacto financeiro da síndrome demencial.

Certamente esse fato causa espécie. Isto porque há diversos grupos de pesquisa que desenvolvem pesquisas na área de conhecimento do envelhecimento. Existem, entretanto, possíveis explicações para essa constatação: ou a não obtenção de recursos financeiros das agências financiadoras para elaborar estudos dessa ordem, por não ser prioridade em termos de investigação acadêmica, ou a patologia ainda não está elencada como um problema de saúde pública.

De qualquer forma, e na perspectiva de que esse importante problema mundial de saúde pública ainda se torne relevante no contexto brasileiro, dispôs-se um conjunto de informações que, em grande medida, pode subsidiar o dimensionamento provável do custo e, por conseguinte, o impacto da síndrome demencial tanto no que se refere ao setor público quanto na perspectiva da sociedade, aí incluídos aquele desembolsado diretamente pelas famílias (*out-of-pocket*). ■

Referências

- ALMEIDA, F. N.; SANTANA, V. S.; PINHO, R. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 114-120, 1984.
- BLAY, S. L.; MARI, J. J.; RAMOS, L. R. O uso do “face-hand test” como instrumento para rastrear as síndromes psicorgânicas: estudo piloto. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 395-400, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário oficial [da] União*. Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- _____. Política Nacional de Saúde do Idoso. Sem descrição. *Diário Oficial [da] União*, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 de dezembro de 1999, nº 237-E, Seção 1. p. 20-24.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 703, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a instituição do Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 12 abr. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 843, de 6 de novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por Doença de Alzheimer – Rivastigmina, Galantamina e Donepezil e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 6 nov. 2002.
- CHAPPELL, N. L. The future of health care in Canada. *Journal Social Policy*, Cambridge, v. 22, n. 4, p. 487-505, out. 1993.
- CODURAS, A. et al. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer’s disease type in Spain: the ECO study. *American Journal of Alzheimer Disease*, Weston, v. 19, n. 2, p. 601-15, 2010.
- ÉRSEK, K. et al. Costs of Dementia in Hungary. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, Paris, v. 14, n. 8, p. 633-39, 2010.
- GALLUCI, N. J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 532, n. 3, p. 119-130, 2005.
- GUSTAVSSON, A. et al. ICTUS Study Group. Differences in resource use and costs of dementia care between European countries: baseline data from the ICTUS study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, Paris, v. 14, n. 8, p. 648-54, out. 2010.
- HERRERA, E. J. R. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease Associated Disorders*, Hagerstown, v.16, n.2, p.103-8, abr./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.dementia2010.org/reports/DEMENTIA2010FULL.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2011.
- JEDENIUS, E. et al. The cost of diagnosing dementia in a community setting. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v. 25, n. 5, p. 476-82, maio 2010.
- JÖNSSON, L.; WIMO, A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, Auckland, v. 27, n. 5, p. 391-403, 2009.
- LINDHOLM, C. et al. Costs explained by function rather than diagnosis-results from the SNAC Nordanstig elderly cohort in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Manchester, v. 28, n. 4, p. 454-62, maio 2013.
- LUENGO-FERNANDEZ, R.; LEAL, J.; GRAY, A. Dementia 10. The economic burden of dementia and associated research funding in the United Kingdom. Health Economics Research Centre, University of Oxford for the Alzheimer’s Research Trust. Disponível em: <<http://www.herc.ox.ac.uk/pubs/downloads/dementiafullreport>>. Acesso em: 20 maio 2012.
- MESTERTON, J. et al. Cross sectional observational study on the societal costs of Alzheimer’s disease. *Current Alzheimer Research*, Saif Zone, v. 7, n. 4, p. 358-67, jun. 2010.
- MORAGAS, R. M. *El Centro de día para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: UCB Pharma, 1994.
- NITRINI, R. et al. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. Incidence

of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, Hagerstown, v. 18, n. 4, p. 241-246, 2004.

SEGEL, J. E. *Cost-of-Illness Studies – A Primer*. RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics, 2006. Disponível em: <http://www.rti.org/pubs/coi_primer.pdf>. Acesso em: 17 maio 2011.

SØGAARD, R. et al. Private costs almost equal health care costs when intervening in mild Alzheimer's: a cohort study alongside the DAISY trial. *Health Services Research*, v. 25, n. 9, p. 215, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/215>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

TARRICONE, R. Cost-of-illness analysis. What room in health economics? *Health Policy*, Limerick, v. 77, n. 1, p. 51-63, 2006.

VERAS, R. P. et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 5-12, 2007.

VERAS, R. P.; COUTINHO, E. S. F. Estudos de Prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 209-17, 1991.

WIMO, A. et al. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. *Alzheimer's & Dementia*, Orlando, v. 9, n. 4, p. 429-35, jul. 2013.

WIMO, A. et al. Evaluation of the healthcare resource utilization and caregiver time in anti-dementia drug trials. In: WIMO, A. (Org.). *Health Economics of Dementia*. Chichester: Wiley, 1998. p. 465-477.

WIMO, A. et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008—cost estimates from the Eurocode project. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v. 26, n. 8, p. 825-32, ago. 2011

WIMO, A.; JÖNSSON, L.; GUSTAVSSON, A. Cost of illness and burden of dementia – The base option. *Alzheimer Europe*, 2009. Disponível em: <<http://www.alzheimer-europe.org/FR/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia/Cost-of-illness-and-burden-of-dementia>>. Acesso em: 17 maio 2011.

WIMO, A.; JONSSON, L.; WINBLAD, B. An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, Basel, v. 21, n. 3, p. 175-81, 2006.

WIMO, A.; PRINCE, M. Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. *Alzheimer's Disease International September 2010*. Disponível em: <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2011.

Recebido para publicação em dezembro de 2014
Versão final em janeiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste

Organization of the work process in the handling of dengue in a northeastern capital

Kilma Wanderley Lopes Gomes¹, Lyvia Patrícia Soares Mesquita², Andrea Caprara³, Bruno Souza Benevides⁴, Ronaldo Pinheiro Gonçalves⁵

RESUMO Este estudo tem como objetivo descrever a organização do processo de trabalho na atenção primária como uma ferramenta de cuidado para os pacientes com suspeita de dengue. A situação de epidemias, em 2011 e 2012, impôs a execução do plano de contingência da dengue, elaborado de forma participativa com Equipes de Saúde da Família. As ações organizadas foram: qualificação dos profissionais, organização do serviço e monitoramento dos casos de dengue. A unidade atuou como a principal porta de entrada para a população. Foram notificados, respectivamente, 677 e 1081 casos em 2011 e 2012, sem o registro de óbitos. Implantar essas ferramentas no âmbito do serviço público constitui-se em um desafio.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde; Dengue; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This study aims to describe the organization of the work process in primary care as a care tool for patients with suspected dengue. The situation of epidemics in 2011 and 2012 imposed the execution of the dengue's contingency plan, elaborated in a participatory manner with Family Health Teams. The organized actions were: qualification of the professionals, service organization and monitoring of dengue cases. The unit served as the main gateway to the population. Were notified, respectively, 677 and 1081 cases in 2011 and 2012, without the register of deaths. Deploying these tools within the public service constitutes a challenge.*

KEYWORD *Health services; Dengue; Primary Health Care.*

¹Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil. killopes@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil. Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. lyvia_mesquita@hotmail.com

³Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. andreacaprara1@gmail.com

⁴Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil. Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. bsbenevides@gmail.com

⁵Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil. Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. ronaldopg1@terra.com.br

Introdução

Inicia-se o ano e, concomitantemente, começam as chuvas e a dengue em todas as regiões do Brasil, demandando uma transformação do processo de trabalho, das rotinas dos serviços de saúde, do cotidiano das pessoas acometidas pela dengue e de suas famílias.

Mesmo sendo uma doença antiga, (re) emergente, ainda há limitações para reduzir tanto a taxa de infestação do seu vetor, o *Aedes aegypti*, como a morbimortalidade por dengue (TORRES, 2008). Tais questões instigam os gestores de saúde a buscarem soluções em vários aspectos da doença, no tocante à prevenção, ao tratamento e à cura.

Os óbitos por dengue, em sua grande maioria, são evitáveis, segundo consta nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (DNPCD) (BRASIL, 2009B). Esse resultado, no entanto, está condicionado à qualidade da assistência prestada aos pacientes com suspeita de dengue e à organização da rede de serviços de saúde, refletindo como um forte indicador da qualidade da assistência.

A dengue acomete mais de 35 países e afeta populações de todas as idades e níveis socioeconômicos. Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas vivam em países endêmicos em situação de risco. Em média, ocorrem entre 50 e 100 milhões de casos por ano, e a região das Américas não é uma exceção. A incidência de dengue aumentou 30 vezes nos últimos 50 anos (WHO, 2012, 2014).

Entre os anos de 2008 e 2012, mais de 1,2 milhão de casos foram notificados anualmente, incluindo 28.233 casos graves e 1.000 mortes (WHO, 2012, 2014).

No Ceará, onde a dengue é considerada uma doença endêmica desde 1986, ocorreu epidemias nos anos de 1987, 1994, 2001, 2008, 2011 e 2012. Fortaleza é a segunda cidade do Brasil que apresentou maior índice de notificações de casos e óbitos por dengue nos primeiros meses de 2012, ficando atrás

apenas do Rio de Janeiro. Para que seja declarada situação de epidemia em um município, o Ministério da Saúde considera o índice mínimo de 300 casos para cada 100 mil habitantes. O município de Fortaleza atingiu 405,3 por 100 mil habitantes (O GLOBO, 2012).

Já em 2013, segundo o Informe Semanal-Dengue (1/11/2013), foram notificados 52.734 casos de dengue no Estado do Ceará, envolvendo todos os municípios (184). Fortaleza e Maracanaú foram os que mais registraram casos confirmados, com, respectivamente, 8.248 (35,2%) e 1.639 (7,1%) (FORTALEZA, 2013).

A complexidade desafiadora para o controle da dengue no mundo contemporâneo deve-se aos aspectos relacionados à permanência da dengue, tem influência multifatorial e, em sua maioria, fatores externos ao que convencionalmente é atribuído ao setor saúde (COELHO, 2008).

Nessa perspectiva, visualizam-se outros indicadores, para além do risco, que precisam ser incorporados a essa discussão: a questão das vulnerabilidades, que pode se expressar por uma dimensão individual, ou seja, pela qualidade e pelo aprendizado da informação que os indivíduos dispõem sobre seus problemas de saúde; a questão social, que revela como o coletivo se apropria das informações, do acesso aos meios de comunicação, dos recursos cognitivos e materiais disponíveis, e como participa das políticas de saúde; e a questão programática, que consiste na forma organizativa dos programas de responder ao controle das necessidades de saúde de forma efetiva (AYRES ET AL., 1999).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada das pessoas no sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado e pela realização do primeiro atendimento da maioria dos casos de dengue clássica, assim como o seguimento diário e domiciliar dos pacientes junto a Equipes de Saúde da Família (EqSF) (ANDRADE, 2004).

Deve haver disponibilidade de recursos, garantia de estabelecimentos de saúde que ofereçam serviços de promoção,

prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos de acordo com as necessidades de saúde. Dessa forma, pode-se repensar em um modelo de atenção à saúde efetivo e capaz de acompanhar longitudinalmente sua população em qualquer problema de saúde, seja crônico ou agudo (IBGE, 2010).

O acesso ofertado nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) pode garantir tanto o primeiro atendimento como o monitoramento das consultas subsequentes aos pacientes com suspeita de dengue. Para que isso ocorra, é necessário que o planejamento da gestão central esteja conectado ao local, com o propósito de organizar o fluxo da assistência, a logística de apoio e o processo de trabalho das equipes de saúde, levando em conta as necessidades da população.

Toma-se como pressuposto que a procura da cura do paciente com dengue é um percurso que vai além da escolha individual, envolve o coletivo, uma rede social de apoio e a forma como o sistema de saúde se organiza para promover o acesso à população. Desse modo, este estudo, na perspectiva de contribuir com aspectos relevantes da prática clínica e da organização do serviço para atender às demandas do paciente com dengue, tem como objetivo descrever a organização do processo de trabalho na atenção primária como uma ferramenta de cuidado aos pacientes com suspeita de dengue.

Relato de experiência

A experiência a ser relatada ocorreu em uma unidade de APS da cidade de Fortaleza/Ceará. Uma cidade heterogênea, com grandes desigualdades sociais, em que cerca de um terço da população mora em favelas (IBGE, 2010). Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754.

Os serviços de saúde estão organizados e distribuídos em sete Secretarias Regionais (SR): Centro, I, II, III, IV, V, VI

(FORTALEZA, 2014). A SR V fica localizada na região Sudoeste da cidade e apresenta uma população com um dos mais baixos IDH de Fortaleza (0,44). É uma das áreas que mais apresenta casos de dengue. A experiência a ser relatada ocorreu em uma unidade de APS dessa SR.

Em 2011 e 2012, a cidade de Fortaleza viveu epidemias de dengue. Essa situação impôs a execução do plano de contingência da dengue, organizado pela gestão central e compartilhado com gestores e profissionais que atuam nos serviços de saúde.

O plano foi elaborado com base nos eixos estratégicos das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemia de Dengue (DNPCD). No tocante à assistência ao paciente, algumas diretrizes foram elencadas para garantir a assistência adequada e oportuna, buscando como foco prioritário reduzir a letalidade das formas graves da dengue. Entre as ações implantadas, destacam-se: a classificação de risco para prioridade de atendimento, a organização dos serviços de saúde e as estratégias para enfrentamento de uma epidemia de dengue.

Para execução do plano, a gestão central articulou, junto aos gestores de unidades de APS e hospitais municipais, reuniões para sensibilizar sobre a problemática da epidemia de dengue no município e sobre estratégias a serem implementadas a partir do plano de contingência.

O foco deste estudo é descrever como ocorreu a organização do processo de trabalho em uma unidade de APS, tendo como premissa que essa é uma ferramenta de cuidado fundamental para o manejo adequado aos pacientes com suspeita de dengue.

Caracterizando a unidade de saúde

A unidade é composta por 114 profissionais, cinco EqSF, sendo três completas, 44 micro-áreas, sendo 54% de cobertura da Estratégia Saúde da Família para seu território de abrangência sanitária.

O plano local da unidade foi elaborado de forma participativa, em meados de fevereiro de 2011, a partir das orientações da gestão. Inicialmente, a coordenação da unidade de saúde reuniu seus profissionais para discutir sobre a proposta municipal para o controle da dengue, havendo o envolvimento de todos no processo. Ocorreu sensibilização desses profissionais para alerta da dengue no território e de uma possível epidemia no município, além de reflexão sobre o papel a ser desenvolvido por cada trabalhador e apresentação dos indicadores de incidência e letalidade, com enfoque para o território da unidade. As ações organizadas para a unidade foram: 'Qualificação dos profissionais sobre manejo clínico' e 'Organização do serviço para atender dengue e monitoramento dos casos de dengue'.

Qualificação dos profissionais sobre manejo clínico para médicos e enfermeiros

Um profissional da unidade foi qualificado na proposta do Ministério da Saúde 'Dengue em 15 Minutos', e atuou como facilitador do processo de multiplicação em nível local com todos os profissionais médicos e enfermeiros que iriam participar do atendimento, com classificação de risco da unidade. O treinamento foi iniciado com aplicação de um pré-teste para avaliar como o assunto dengue estava presente no cotidiano. Após a discussão dos resultados, todo o plano que envolve o manual de controle da dengue, produzido pelo Ministério da Saúde, foi repassado, elaborado em conjunto um plano de ação local, discutido o fluxograma com classificação de risco e o comprometimento de capacitar os outros integrantes da equipe.

Capacitação de técnicos e auxiliares de enfermagem

Todo o corpo de enfermagem e outros profissionais de nível médio (recepcionistas, porteiros, atendentes) foram qualificados para identificação de possíveis pacientes com

suspeita de dengue, de forma a não voltar nenhum paciente, seja da área de abrangência ou fora da área de atendimento de acolhimento, como fila de farmácia ou de marcação de exames, ou mesmo na espera de consultas programadas. A equipe de enfermagem também foi sensibilizada quanto ao atendimento dos sinais vitais, sinais de alarme e hidratação (oral e venosa), oferecendo o exame da prova do laço na sala de triagem, antes mesmo da entrada do paciente no consultório. A equipe foi orientada sobre a manutenção diária do espaço reservado para hidratação oral, bem como a oferecer soro oral aos pacientes e a monitorar a aceitação.

Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Foi elaborado um instrumento para identificação de casos da doença na área de abrangência das equipes, segundo o qual o ACS, ao identificar alguma sintomatologia de possível quadro de dengue, encaminharia imediatamente o paciente à sala de triagem. E para monitoramento nos domicílios dos pacientes em acompanhamento domiciliar pelos ACS, conforme recomenda o protocolo do Ministério da Saúde.

Foram estabelecidas parcerias com a comunidade visando à implantação de ações como: a campanha do quintal limpo pelos ACS e agentes sanitários nas áreas de maior índice de positividade e de alerta da dengue nos domicílios; ações de educação em saúde; e o monitoramento dos casos nas áreas de abrangência da unidade de saúde pela vigilância epidemiológica. Houve palestras junto às escolas e foi divulgado pelos ACS o fluxo de horário e atendimento da unidade para atenção aos casos suspeitos de dengue.

Organização do serviço para atender dengue

Para a consecução dos objetivos, foram elaborados: um prontuário de atendimento

diário específico para os casos suspeitos de dengue; utilização de um receituário padronizado com informes sobre sinais de alarme e distribuição do soro de reidratação oral e outros líquidos por volume e horário; implementação da utilização na rotina do cartão de acompanhamento diário. As equipes se organizaram para realizar o acolhimento por classificação de risco diariamente. Cada equipe ficou responsável pelo atendimento dos casos da doença em um dia fixo da semana, visando garantir o acesso (tanto à primeira consulta quanto à consulta de retorno), o acompanhamento e a vinculação dos pacientes às equipes. Com isso, conseguiu-se manter e acompanhar os pacientes classificados no grupo A e B de dengue e encaminhar os pacientes com sinais de alarme para outras unidades hospitalares de referência.

Foi ampliada a sala de observação e hidratação, aumentando o número de leitos para observação na própria unidade.

Na área logística, o apoio de transporte foi ampliado e assegurado o estoque de insumos como soro de reidratação oral, entre outros. Além disso, ficou acordado com o laboratório responsável pelo posto de coleta local a melhoria da coleta de exames com ampliação do horário de atendimento e agilidade na entrega de resultados no dia, itens fundamentais para um adequado atendimento ao paciente.

Resultado e discussão

Com relação aos casos de dengue atendidos na unidade, foram notificados, respectivamente, 677 e 1081 casos em 2011 e 2012, sem o registro de óbitos nesse período.

Tabela 1. Número de casos notificados com suspeita de dengue, nos anos de 2011 e 2012, na unidade de Atenção Primária à Saúde

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2011	13	56	165	251	133	31	5	8	9	1	0	5	677
2012	0	7	2	133	610	239	21	2	4	0	0	0	1018

Fonte: Fortaleza, 2013

Devido ao grande número de casos notificados, foi elaborada uma planilha de investigação diária compactada, na qual os profissionais preenchem os dados fundamentais dos pacientes e, ao fim de cada turno de trabalho, eram recolhidas das salas de acolhimento e repassadas para a ficha de notificação e para livro de controle epidemiológico, dando agilidade ao atendimento do profissional e facilitando a obtenção dos dados diários.

Atenção primária como porta de entrada

Partindo do princípio de que a APS é a principal porta de entrada ao sistema de saúde,

ela se apresenta como papel de filtro para o acesso a outros serviços, assumindo a responsabilidade longitudinal pelo paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença (STARFIELD, 2002). A unidade atuou como a principal porta de entrada para a população de sua responsabilidade sanitária, além de realizar atendimentos para outras unidades de atenção primária.

A garantia de cuidado integral a partir da estruturação dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação profissional, é fundamental para a resolutividade dos problemas da população. Na experiência vivida, procurou-se, a partir

da organização e do envolvimento de todos os trabalhadores, a realização do monitoramento do paciente em todos os espaços de cuidado, fosse ele unidade de saúde ou domiciliar, garantindo, assim, não somente o acesso, mas a integralidade do cuidado.

Um sistema de saúde organizado, que prioriza a APS como coordenadora do cuidado, propõe a estruturação dos serviços de saúde com o intuito de integrar todas as intervenções de promoção, prevenção, reabilitação e cura, a partir das necessidades da população. O Brasil vem, por meio da Atenção Básica, qualificando o sistema de saúde com foco na equidade social, com corresponsabilidade entre a população e o setor público, de forma a investir na Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANDRADE, 2004).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a APS é reconhecida mundialmente como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde. Contudo, há diferença de recursos e abordagens. Os países europeus preconizam a atenção primária como o serviço de primeiro contato, integrado a um sistema de saúde de acesso universal. Já os países em desenvolvimento ainda fazem uma atenção primária com recursos de baixa densidade tecnológica e sem integrar de fato aos outros níveis de atenção secundário e terciário.

O Ministério da Saúde tem como premissa a Atenção Básica para dar soluções efetivas às necessidades da população:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

A reorganização da Atenção Básica, por meio da ESF, é guiada pelos princípios organizativos do SUS, como estratégia para expansão e qualificação do sistema de saúde. Nesta

perspectiva, faz-se necessário no cenário da dengue ampliar a resolutividade a partir do envolvimento das pessoas, participando e se informando de forma efetiva (BRASIL, 2011).

Entre as suas finalidades, destaca-se aquela que tem por objetivo resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

Partindo do princípio de que a dengue é uma doença aguda e endêmica em muitas regiões, inclusive no nosso município, fazem-se necessários: a realização do diagnóstico, o tratamento e o manejo de início precoce em todos os níveis de atenção, bem como o estado de 'alerta' para os sinais de alarme, tanto pelos profissionais como pela população, ações essas consideradas fundamentais para o sucesso de um caso de dengue e, conseqüentemente, para a redução dos casos graves que evoluem para o óbito (BRASIL, 2012).

Outro aspecto suscitado foi a necessidade de mostrar e valorizar como se dá a construção dos processos entre e com as equipes na perspectiva de organização do serviço, para atender e receber o paciente com suspeita de dengue, enfocando que, além da organização do processo de trabalho, a pactuação para realizar a vigilância sistemática dos pacientes com dengue atendidos na unidade, a garantia e a otimização dos recursos disponíveis são essenciais para a qualidade da assistência.

No início, houve resistência dos profissionais em modificar a agenda, como também a presença de uma demanda elevada, em virtude de o serviço ficar como referência para outras unidades de atenção primária. Situações-limite semelhantes foram encontradas por Silva (2013), ao compreender a percepção dos profissionais implicados na organização do serviço.

Implantar essas ferramentas no âmbito do serviço público constitui-se em um grande

desafio para os gestores de saúde, pois a dengue é mais um entre muitos outros problemas sobre os quais se há de agir. O componente da assistência na saúde que consta nas DNPCD (BRASIL, 2009A) propõe focar a atenção na estrutura e na organização do serviço e na qualificação profissional, mas não põe em perspectiva aspectos inerentes à pessoa doente, que influenciam a tomada de decisão e suas escolhas terapêuticas. Na organização do processo de trabalho em saúde, têm-se ressaltado os espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial de cada profissional envolvido. Situações adversas são vivenciadas no dia a dia, e o que se planeja não corresponde exatamente ao que se faz, porque há outras implicações que dependem da subjetividade, da singularidade de cada pessoa, no que tange ao papel do paciente ou do profissional, do coletivo, dos acordos e pactos realizados entre os profissionais e a comunidade (BRASIL, 2009A).

Merhy *et al.* (1997) referem que o foco essencial do trabalho em saúde seriam as tecnologias leves, entendidas como parte destas a comunicação de forma singular entre profissionais e usuários, favorecendo o vínculo, a escuta, a informação e a relação. Contudo, essa tecnologia não tem sido fácil de ser implantada pelos sistemas de gerenciamento dos serviços de saúde, nem pelos profissionais junto às pessoas que procuram atenção. Um dos fatores que podem estar contribuindo são os protocolos e modelos de atenção fechados, muitas vezes verticalizados, que não valorizam tal tecnologia, nem mesmo pelos gestores na hora de planejar.

A pactuação realizada entre os trabalhadores para o plano de controle da unidade foi construída entre várias idas e vindas para trabalhar as agendas, negociar as trocas e ausências entre os profissionais de saúde, preenchimento correto do cartão e prontuário. Aspectos fundamentais para a realização dos encontros foram os diálogos e vínculos estabelecidos entre todos, tipo parceria.

Silva (2012), ao realizar um estudo com cartografia em uma unidade de atenção primária, observou que o encontro entre os profissionais favorece o agenciamento da mudança de uma ação somente assistencialista para uma prática direcionada ao cuidado.

Oliveira e Casanova (2009) argumentam a importância da vigilância à saúde na reorientação da atenção básica, levando em conta a territorialização, uma ferramenta para conhecer o território de atuação não somente espacial, mas com suas peculiaridades, subsídio para conhecer como as pessoas vivem, trabalham, adoecem, como se organizam, como é a real condição de vida, determinantes que as fazem adoecer e promover saúde, o que pensam sobre a saúde e, enfim, a importância da atuação da EqSF no mapeamento e apropriação do contexto real do território dinâmico.

Durante a organização do serviço da unidade de saúde, não bastou somente reunir as equipes, mas envolvê-las e fazê-las corresponsáveis pelo processo.

Sales (2008) defende o fortalecimento da relação entre profissionais e usuários, constatada em seu trabalho em uma cidade do Ceará como uma deficiência para motivar a corresponsabilidade do paciente na construção de estratégias de controle da dengue.

O uso e a resposta dos serviços de saúde podem ser indicadores de acesso, mas por si só não bastam para explicar a qualidade da atenção, que resulta de uma multiplicidade de fatores, sejam no campo comportamental das pessoas que procuram o serviço para receber cuidado, na organização e na estrutura do serviço ou na qualificação do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Considerações

Diante da experiência relatada, consideramos que a relação e a inter-relação no cotidiano das equipes são aspectos importantes que devem ser incorporados nas estratégias de organização

do processo de trabalho. São motivadores para o envolvimento de todos os atores, principalmente para o enfrentamento de eventos inesperados ou epidêmicos, como é o caso da dengue, que demanda compromisso, reorganização da prática e participação efetiva. Outro ponto importante é o investimento nas condições estruturais. Não há possibilidade de execução de um plano de controle da dengue sem apoio da logística, incluindo a capacitação profissional.

O conhecimento da situação da doença em cada comunidade, o monitoramento dos casos e a realização da vigilância à saúde pelos agentes comunitários e de endemias se fazem

necessários para incrementar a efetividade do plano local de controle da dengue.

A articulação entre a vigilância epidemiológica e as equipes que prestam atenção à saúde é fundamental para o cumprimento dos indicadores diários, de forma que estejam sempre em posição de 'alerta', facilitando tomadas de decisão em tempo hábil.

É possível prevenir e atuar com êxito diante da dengue, implementando indicadores para o manejo da doença que possam ser discutidos junto às equipes no dia a dia, de forma a qualificar o acesso do paciente e seu seguimento pelas EqSF. ■

Referências

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, I. M.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas na atenção primária baseada em evidência*. Rio de Janeiro: Artmed, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, p. 50-71.
- _____. Ministério da Saúde. Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Anexo – Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. *Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue*. Brasília, DF, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: trabalho e redes de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília, DF, 2009b.
- COELHO, G. E. Dengue: desafios atuais. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 3, set. 2008.
- FORTALEZA. *Informe Semanal Dengue – 2013, 29 nov. 2013*. Disponível em: <<http://sala.situacao.saude.ce.gov.br/index.php/publicacoes/nota-tecnica>>. Acesso em: 5 nov. 2013. (Nota Técnica).
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal. *Regionais*. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal. *SIMDA – Sistema de Monitoramento Diário de Agravos*. Disponível em: <

<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/dengue/unidadeTipo>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Contagem da população 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=23>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis em salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-149.

O GLOBO. *Fortaleza tem o 2º maior número de notificações de dengue do Brasil*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ceara/noticia/2012/05/fortaleza-tem-o-2-maior-numero-de-notificacoes-de-dengue-do-brasil.html>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, maio/jun. 2009, p. 929-936.

PAIM, J. et al. sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: PAIM, J. (Org.) *Saúde no Brasil*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011. p. 11-31.

SALES, F. M. S. Ações de Educação em Saúde do Pará. Prevenção e Controle da dengue: um Estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 7 mar. 2015.

SILVA, G. A. P., SILVA, L. M. V. Organização das Práticas de Vigilância em Saúde em um Sistema Local. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador, v. 37, n. 1,

p. 57-73, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3820.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

SILVA, M. R. F. *Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia de Saúde da Família*. Uma cartografia da micropolítica. 2012. 199 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2012.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. *Informe epidemiológico do SUS*, Salvador, v. 8, n. 4, 1999, p. 5-33.

TORRES, E. M. Dengue. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 22, n. 64, dez. 2008, p. 33-52.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004, p. 190-198.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global strategy for dengue prevention and control 2012*. Geneva, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. *State of the art in the Prevention and Control of Dengue in the Americas*. Disponível em: <www.paho.org/hq/index.php>. Acesso em: 20 jan. 2015.

Recebido para publicação em setembro de 2014

Versão final em março de 2015

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve



VIANNA SOBRINHO, L. *Medicina Financeira: a ética estilhaçada*. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.

Ana Maria Costa¹

‘Medicina financeira, a ética estilhaçada’, de Luiz Vianna Sobrinho, editado pela Garamond, é um livro de fôlego e coragem no qual o autor, como observador participante, olha a intimidade da medicina praticada hoje no Brasil e a analisa sob as lentes e referências da ética e da bioética.

Sua tese central é a de que a medicina atual serve muito mais ao mercado dos planos de saúde e ao capital do complexo médico industrial que aos pacientes, e a partir de histórias e fatos vividos vai demonstrando as razões que confirmam sua tese.

Nas raízes da sua inquietação investigativa, o autor expressa o desejo de sair do senso comum, de desconstruir mitos e escancarar a realidade da medicina. Assim, ele abre as 335 páginas para, como ele mesmo diz, avaliar, de forma ampla, a mudança/transformação do objetivo principal da medicina contemporânea. Ainda específica que constata a ocorrência de uma substituição do paciente — como principal objetivo da medicina — pelo médico, pelo hospital, pela ciência, pelo plano de saúde, pela sociedade ou pelo ‘cliente-consumidor’. No meio desses interesses, o paciente desaparece.

Longe de ser apenas o depoimento de um médico indignado com o que viu e viveu, Luiz Vianna persegue na análise a razão crítica que enaltece e valoriza como maior herança histórica da civilização, pavimentada nas suas leituras dos gregos nos seus

devidos tempos e depois por Bacon, Hume, Descartes, Kant, Montaigne, Espinosa, Nietzsche, Marx e Freud.

Na busca por respostas às suas perguntas, a primeira constatação é a situação na qual a medicina tem como principal objetivo o próprio médico, hoje completamente destituído do papel de ‘sacerdócio’. Orientado pela disciplina e pela prática do ‘profissionalismo’, o médico fica liberado, de acordo com a sua satisfação, para alimentar suas curiosidades sobre a doença, incensar o gozo pela ciência ou mesmo selecionar a melhor oferta de ganhos financeiros no campo de sua ação empresarial.

Assim caracterizado, o médico mais se aproxima de um técnico que afasta o paciente de suas preocupações centrais e objetivos profissionais, ocupado hoje pelo sentido e o conceito de ‘cliente’ de um conjunto de serviços oferecidos.

Nesse contexto cada vez mais tecnificado da medicina, o autor identifica que ocorre uma gradual transferência das responsabilidades típicas e próprias do cuidado médico para os métodos diagnósticos, que, por sua vez, se tornaram produtos expostos à venda e ajustados aos valores dos que podem pagar por mais ou menos procedimentos, exames etc.

Entremeando suas histórias e observações de ‘vida de médico’, a segunda constatação é aquela na qual a medicina tem como

¹Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Brasília (DF), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), Brasil. Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames). dotorana@gmail.com

objetivo o hospital, uma indústria de procedimentos similar a qualquer outro mercado de serviços.

O mote da viabilidade hospitalar é o lucro e sua sustentabilidade, que, de imediato, coloca o paciente à margem de seus objetivos de existência. Aqui mais uma vez prevalecem as tecnologias e a sofisticação dos produtos ofertados, transformados na atração e no sentido do hospital para o mercado, descartando o grupo de pacientes que não precisa ou não pode usar ou pagar por esses produtos.

A medicina para os seguros ou planos de saúde, que constituem uma clara exploração lucrativa da saúde, deslocam mais uma vez o foco da medicina sobre o paciente. Eles vendem assistência médica na lógica de seguros, ou seja, explorando o risco das pessoas adoecerem. Além da perversidade dessa modalidade de construção do lucro, as seguradoras ou planos de saúde, inter põem entre médicos e pacientes seus respectivos contratos e expectativas de lucros. Testemunho dessa subversão da prática e da decisão médica, o autor denuncia a subserviência dos médicos e dos pacientes à perversa situação.

Quando em outro caso, em que a medicina está essencialmente regida pelo interesse da ciência, o autor questiona com propriedade

a natureza dessa ciência estimulada e induzida pela indústria privada, seja de medicamentos ou de equipamentos. A ciência que encanta a medicina e os médicos, que deveria produzir benefícios à humanidade, está hoje direcionada aos interesses e aspirações do próprio mercado e da indústria, cada vez mais distanciada dos interesses e necessidades dos pacientes.

Nessa complexa trama da medicina com o mercado, o autor lança uma crítica de alerta à sociedade e aos pacientes ou clientes, todos eles acomodados e deslocados como vítimas do fetichismo da saúde como mercadoria, alienados na medicalização da vida propiciada por essa modalidade de medicina financeira.

Sob essa perspectiva, o livro abre um leque de desconfortáveis denúncias e situações reais que se descortinam na vida cotidiana de quem é profissional de saúde, particularmente os médicos que hipocritamente praticam a profissão negando seus juramentos éticos estilhaçados e desgastados pela medicina contemporânea. Sem a pretensão de apontar caminhos, o autor reconhece a necessidade de que algo seja feito. Talvez sua instigante obra seja inspiradora de outros indignados para essa tarefa da reconstrução ética de recuperar o sujeito original da medicina nos tempos futuros. Quem sabe? ■

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuem para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizadas e enviados para o e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br), depois do artigo aprovado:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instructions to authors for preparation and submission of articles

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at <http://cebes.org.br>.

Modalities of work accepted for evaluation

- 1. Original paper:** final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.
- 2. Essay:** critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.
- 3. Systematized review:** critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.
- 4. Opinion piece:** exclusively upon invitation of the Scientific

Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

5. Case study: description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

6. Book review: review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

7. Document and testimonial: work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website www.sau-deemdebate.org.br.

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval. In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.
- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Abstract in Portuguese and English, or in Spanish and English, containing a maximum of 700 characters, spaces included; the goals, method employed and main conclusions must be clearly stated.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnote markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform¹.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- A maximum of five pictures and tables are allowed, in total, per article.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.
 - They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.
- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainments that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

Journal

PETITTI D.B. *et al. Blood pressure levels before dementia*. *American Neurological Association*, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Access on: 9 jun. 2010.

Mandatory documents

The documents 'Statement of Authorship and Responsibility' and the 'Approval of the Committee of Ethics in Research' must be signed and posted or digitalized and sent to the journal's e-mail address (revista@saudeemdebate.org.br), after approval:

1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>.

2. Ethics in research

In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

3. Conflict of interests

The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover sheet.

Mailing address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 - Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA



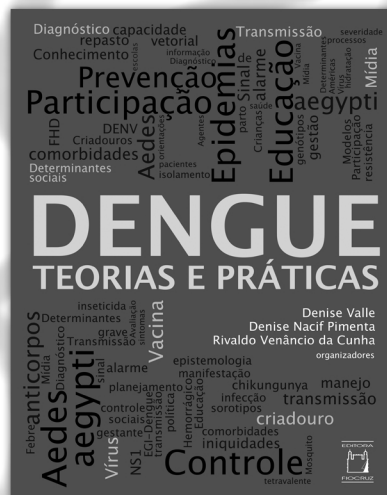
FIOCRUZ

EDITORA FIOCRUZ

LANÇAMENTOS

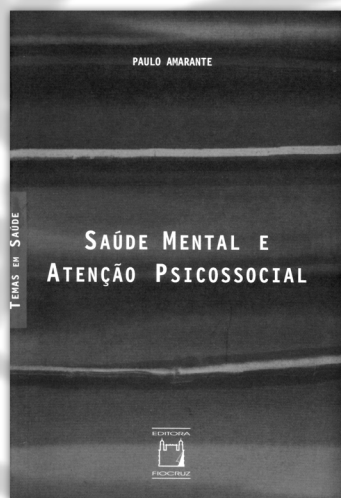


TRÊS ENSAIOS DE BIOÉTICA
Fermin Roland Schramm
177p.
Preço: R\$ 28

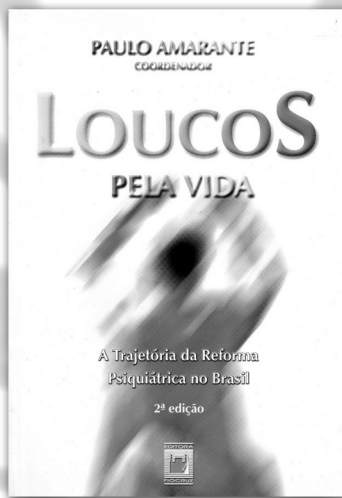


DENGUE: TEORIAS E PRÁTICAS
Denise Valle, Denise Nacif Pimenta
e Rivaldo Venâncio da Cunha (orgs.)
458p.
Preço: R\$ 159

REIMPRESSÕES



**SAÚDE MENTAL
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
Paulo Amarante
Coleção Temas em Saúde
123p.
Preço: R\$ 15



LOUCOS PELA VIDA:
A TRAJETÓRIA DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL
Paulo Amarante
136p.
Preço: R\$ 20



**POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE
NO BRASIL**
Lígia Giovanella, Sarah Escorel,
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato,
José Carvalho de Noronha e Antonio
Ivo de Carvalho (orgs.)
Coedição com o Cebes
1.100p.
Preço: R\$ 190

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a Editora Fiocruz:
Av. Brasil, 4036, 1º andar, sala 112, Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21040-361
Tel.: (21) 3882-9007 | Telefax: (21) 3882-9006 | e-mail: comercialeditora@fiocruz.br
Outros títulos em www.fiocruz.br/editora. Venda *online* disponível.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

HG Design Digital

Design de capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Agnes Sabino (português)

Ana Karina Furginelli (inglês)

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Frederico Azevedo (normalização)

Jorge Davidson (espanhol)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Simone Basílio (português)

Virgínia Maria Nogueira de Oliveira (português e inglês)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Imos Gráfica e Editora Ltda.

Tiragem

Number of Copies

1.300 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché LD matte 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in couché LD matte 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2015.

v. 39. n. 105; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br www.saudeemdebate.org.br