

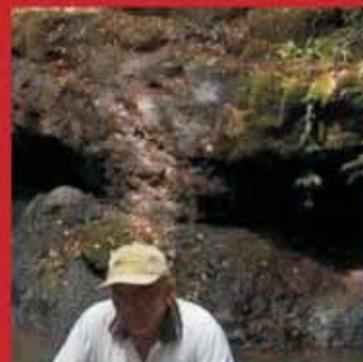
REVISTA  
BRASILEIRA

# SAÚDE DA FAMÍLIA 19



Publicação do Ministério da Saúde - Ano IX - Julho a Setembro de 2008

## 20 anos de SUS e 15 anos de Saúde da Família: mudando a saúde do brasileiro



Os trabalhos premiados no  
III Concurso Nacional de Experiências  
em Saúde da Família

Entrevistas com Adib Jatene e  
Eugênio Vilaça



**Revista Brasileira Saúde da Família**

Ano IX, número 19, julho/setembro de 2008

Tiragem: 50.000 exemplares

**Coordenação, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

6º andar, Sala 655

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-2497

Fax: (61) 3226-4340

Home Page: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

**Supervisão Geral:**

Claunara Schilling Mendonça

**Coordenação Técnica:**

Antônio Dercy Silveira Filho

**Coordenação Editorial:**

Inaiara Bragante

**Redação:**

Eduardo Dias

Patrícia Alvares

**Diagramação e Arte-final:**

HMP Comunicação Ltda.

**Projeto Gráfico:**

Wagner Alves

**Jornalista Responsável:**

Patrícia Alvares (MTB – 3240/DF)

**Revisão:**

Ana Paula Reis

**Tradução:**

Sem Fronteiras

**Fotografias:**

Patrícia Alvares, Eduardo Dias, Denise Zakabi, Fernando Albuquerque, Thais F. Lima, Altamiro Carvalho, Ana Carla Carvalho e Dayse, Graça Pamplona e Rosilene Amorim

**Colaboração:**

Maria Carolina Marcello, Chintia Lociks

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Distribuição gratuita

---

Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano IX, n. 19 (Jul./Set. 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008

Trimestral.

ISSN: 1518-2355

1. Saúde da família. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título.

---

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

REVISTA  
BRASILEIRA **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Saúde da Família

Brasília / 2008

- 3**    **Apresentação**
- 4**    **Entrevista**  
Adib Jatene, diretor do HCor e ex-ministro da Saúde  
Eugênio Vilaça, consultor em Saúde Pública
- 11**    Programação Científica da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família
- 14**    Agentes de Vacaria, no sul do Brasil, estimulam a participação comunitária
- 16**    Agentes de João Pessoa se transformam em atores e promovem saúde
- 22**    ACS de Campinas miram a dengue e combatem miséria
- 24**    Saúde Bucal de Amparo, em São Paulo, une profissionais e reorganiza demanda para atendimento
- 28**    No Pará, equipe cria Programa de Recuperação Nutricional para população indígena
- 34**    Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica
- 40**    Alunos da Saúde Coletiva realizam pesquisa sobre as necessidades de saúde e organização do trabalho dos ACS
- 46**    **Artigo**  
A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura – iniciativa da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde  
*Prof. J. De Maeseneer, Ph.D.; S. Willems, Mestre, Ph.D.; A. De Sutter, Médico, Ph.D.; I. Van de Geuchte, M.L.; M. Billings, Mestre em Ciências.*

Em 2008, foram comemorados os 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), sem dúvida a maior conquista da sociedade brasileira. Com o mesmo orgulho, comemoramos 15 anos de implantação da Saúde da Família. Hoje, são mais de 89 milhões de brasileiros acompanhados por quase 28 mil Equipes Saúde da Família e 16 mil Equipes de Saúde Bucal da Família em milhares de municípios brasileiros.

O Ministério da Saúde reconhece o empenho dos inúmeros defensores do SUS. São os gestores das três esferas de gestão, profissionais das Equipes de Saúde da Família, coordenações municipais e estaduais da Atenção Básica, professores e acadêmicos das instituições de ensino, pesquisa, e profissionais das diversas entidades do Brasil e, ainda, os companheiros das diferentes instituições internacionais.

A Saúde da Família tem se fortalecido como estratégia permanente para a consolidação do SUS, tese reafirmada pelos 4 mil delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) firmou-se como compromisso do governo brasileiro para efetivação das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Para consolidar o SUS como política pública social acessível a toda a população brasileira, entretanto, ainda há necessidade de expansão e qualificação da atenção básica, por meio das Equipes Saúde da Família. Isso inclui equipes multiprofissionais atuando em unidades básicas de saúde, com a responsabilidade de acompanhar um número definido de famílias localizadas em áreas geográficas delimitadas.

Com a atenção organizada para abranger aspectos da promoção da saúde - incluindo prevenção e assistência, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes nas comunidades -, a Saúde da Família traz, em sua proposta, uma concepção de atenção e prática que ultrapassa (e muito) os limites anteriormente definidos para a atenção básica no contexto do SUS.

Os resultados da Saúde da Família já são sentidos, numa significativa melhora da atenção em saúde e na qualidade de vida do brasileiro. Experiências sobre sua implantação, nos três níveis de gestão do SUS, têm sido acumuladas e registradas pelos serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa. A diversidade das lições aprendidas e registradas constitui, certamente, importante estímulo ao debate acerca dos limites e possibilidades da Atenção Básica/Saúde da Família como eixo estruturante da organização da atenção à saúde no SUS.

Por isso, editar a **III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**, o **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família** e o **IV Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde** servirá como importante instrumento de disseminação das boas práticas. Os três eventos têm o propósito de reunir esforços para sistematização sobre a forma brasileira de qualificar a atenção básica e servirão também como reconhecimento e valorização dos profissionais das Equipes Saúde da Família, que transformam a vida de tantos brasileiros.

**Ministério da Saúde**

## Adib Jatene

Diretor do HCor e ex-ministro  
da Saúde



## Entrevista

A Revista Brasileira Saúde da Família conversou com o médico Adib Jatene sobre sua participação na construção do Sistema Único de Saúde, e seus 20 anos de história, e sobre o nascimento da estratégia Saúde da Família no Brasil.

**Revista Brasileira Saúde da Família - Qual foi a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1988, na construção do SUS?**

**Adib Jatene** - A 8ª Conferência foi fundamental na construção do SUS. Eu participei da 7ª Conferência, em 1980, realizada no auditório do Palácio do Itamaraty – só tinha técnicos. E participei também da 8ª Conferência, que foi feita no Ginásio de Esportes de Brasília, com uma imensa participação popular, de sindicatos etc. O relatório dessa comissão, elaborado pelo professor Guilherme Rodrigues da Silva, serviu praticamente de roteiro para a Constituinte e para a elaboração do SUS.

**P - E qual foi a sua participação, em especial, na construção do SUS?**

**Jatene** - Bem, eu tive participação desde os primórdios. Porque, de 1979 a 1983, eu fui secretário de Saúde do município de São Paulo. Nós criamos, na

época, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do qual eu fui o primeiro presidente. E nós estávamos sob o impacto da reunião da Organização Mundial de Saúde, que tinha sido feita em Alma-Ata, com a ênfase à Atenção Primária. E com a necessidade de se atender a um *slogan* que foi criado: "Saúde para todos no ano 2000". E o trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que teve influência na 7ª Conferência e participação ativa na 8ª Conferência, com o acompanhamento das discussões no Congresso, uma participação intensa. E depois eu tive oportunidade, como ministro, naquele período final do governo Collor, e depois como ministro do Fernando Henrique Cardoso, de participar na efetiva elaboração da proposta de Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, com descentralização no nível do município. Tudo isso foi um grande processo em que vários ministros e vários atores do Ministério tiveram uma atuação muito importante. Na época, em 93 – porque a 9ª Conferência fizemos em 92, no auge do processo de *impeachment* do presidente Fernando Collor, eu insisti que a 9ª Conferência fosse realizada e foi. Essa conferência estabeleceu os parâmetros do Sistema Único de Saúde e coube ao ministro Jamil Haddad e ao Gilson Carvalho, que então era o secretário de Assistência à Saúde, elaborar os primeiros planos de descentralização com os municípios sendo enquadrados em três categorias, de gestão incipiente, semiplena e plena. Quando eu cheguei, em 95, existiam 24 municípios em gestão semiplena, nós analisamos essa estratégia e realmente achamos que esse era um caminho. Então nós ampliamos a inclusão de municípios na gestão semiplena e isso foi se consolidando. Posteriormente, a partir de 98, já com o ministro José Serra, ampliou-se esse

processo. Ao mesmo tempo, o Programa Saúde da Família, que tinha sido iniciado pelo ministro Henrique Santilo, sofreu na nossa gestão um grande impulso. E isso foi sendo trabalhado de modo que o programa, o Sistema Único de Saúde, não é elaboração de um governo, de um ministro, é uma proposta da sociedade, baseada na Constituição e nas leis orgânicas da Saúde. É por isso que nesses anos todos o rumo é o mesmo.

### **P - Quais os grandes desafios do SUS atualmente e quais as vitórias obtidas?**

**Jatene** - no Brasil, nós temos toda a tecnologia, todos os avanços incorporados, mas não conseguimos oferecer atendimento à população de baixa renda, a toda a população. O desafio e meta do SUS é oferecer os avanços científicos, tecnológicos a todos. Isso significa que o SUS precisa ter um esquema financeiro adequado e precisa ter gestão adequada para que possa cumprir esse compromisso.

Agora as vitórias, as vitórias são muitas, ao contrário do que muita gente pensa. Veja que o Brasil é o país que mais vacina no mundo. Nós já eliminamos a varíola, poliomielite, sarampo, e as doenças possíveis de prevenção por vacina não são mais problema para o Brasil. A consequência é que nós conseguimos uma diminuição significativa da mortalidade infantil nesses últimos anos. E ela continua decrescendo. Nas grandes endemias, nós temos alguns sucessos importantes. O principal deles, na minha avaliação, é a doença de chagas, que era uma doença emblemática e hoje ela está praticamente eliminada na transmissão pelo barbeiro. Mas nesse capítulo nós temos alguns fracassos, o principal é a malária. Nós não conseguimos reduzir os seus números e forma consistente e decrescente. Temos as doenças

reemergentes. Quando veio a cólera, achavam que ia ser uma tragédia, não foi, principalmente pela ação dos Agentes Comunitários de Saúde. A dengue é um problema que nos preocupa, mas está sofrendo um combate permanente e não tem o aspecto catastrófico que se pretendia. Por outro lado, nós tivemos uma extraordinária vitória no problema da aids. O Brasil tem um programa de aids que é modelo para o mundo inteiro. Nossa grande deficiência é no atendimento médico-hospitalar ambulatorial, porque, até a criação do SUS, só os segurados da Previdência Social tinham atendimento. Nós tínhamos uma grande parcela da população que eram os indigentes, que não tinham atendimento. Com o Sistema Único de Saúde, universalizou-se o atendimento. Então se colocou toda a população como tendo direito ao atendimento. E isso exigiria um esquema financeiro que os constituintes propuseram. Nas disposições transitórias da constituição, 30% do orçamento da seguridade deveria ser destinado ao SUS. Esse item nunca foi regulamentado. Quando eu fui ministro, em 95, nós tínhamos 22% do orçamento da seguridade, em 98 tínhamos 18% da seguridade e, no ano passado, tivemos menos de 14% do orçamento da seguridade.

### **P - A Emenda 29 cobrirá essa defasagem?**

**Jatene** - A Emenda 29 é uma tentativa de evitar que se percam recursos. Ela não traz o volume de recursos necessários. A Saúde, nessa área de financiamento, teve várias frustrações. A primeira foi quando a Previdência Social se retirou do financiamento. Tínhamos de 25 a 30% do orçamento da Previdência Social para o atendimento da Saúde. Todo o atendimento hospitalar, ambulatorial

era mantido pelo orçamento da Previdência. No momento em que o número de aposentados cresceu muito, em que se incorporaram os rurais, a Previdência deixou de destinar recursos para a Saúde. E, quando a parte de assistência da Previdência – que era o INANPS – veio para o Ministério da Saúde, foram retirados os recursos. A Saúde perdeu mais da metade do orçamento que tinha. E não se conseguiu recompor esse orçamento. A Emenda 29, que é de 2000, até hoje não está regulamentada. Eu estimo que o orçamento da área da Saúde está absolutamente defasado e não permite que se consiga oferecer o atendimento devido a toda a população. Eu concordo que a gestão pode ser melhorada. Mas, com os recursos que a Saúde dispõe, nós internamos 11 milhões de pessoas, fazemos mais de 1 bilhão de procedimentos, realizamos mais de 300 milhões de consultas por ano, perto de 3 milhões de partos, praticamente todos os transplantes, a alta complexidade e fornecemos a medicação para câncer.

### **P - Quais foram os movimentos sociais que propiciaram a elaboração da Saúde da Família?**

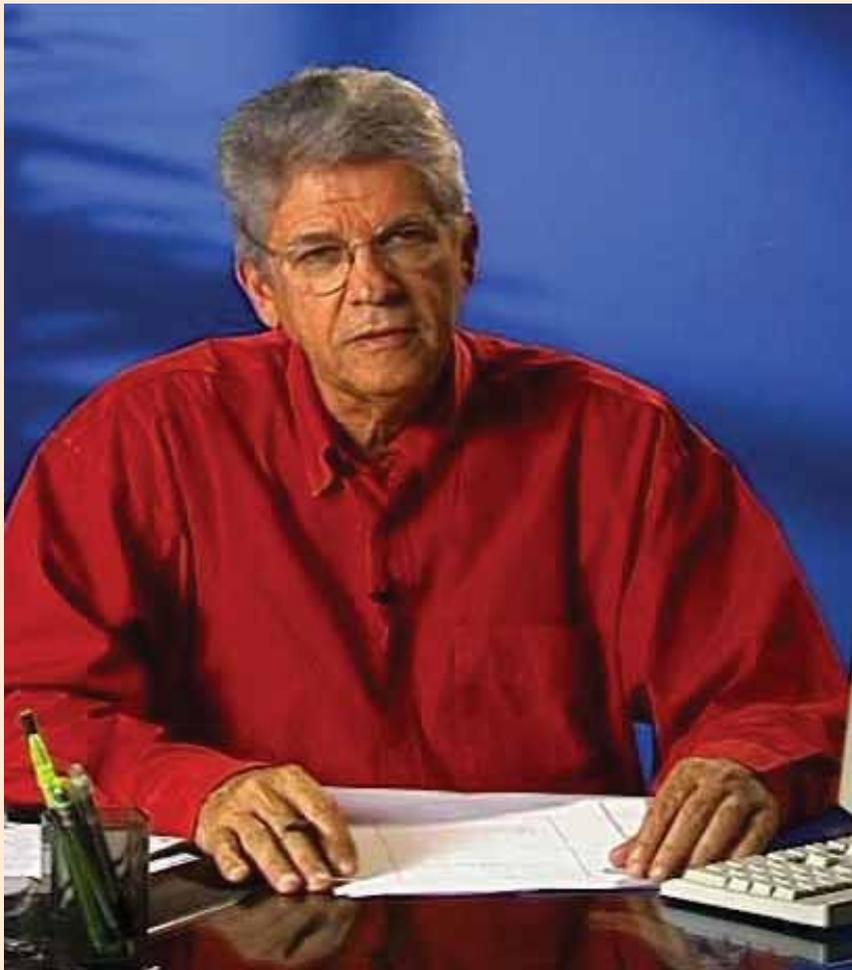
**Jatene** - Quando eu cheguei, em 95, havia no Ministério um grupo dirigido por duas enfermeiras, a Heloisa Machado e a Fátima de Souza, que estavam trabalhando no programa de Agentes Comunitários de Saúde. E o ministro Henrique Santilo tinha iniciado um programa para o que ele chamava de Médicos de Família. Quando eu cheguei, em 95, isso tava começando. Essas duas moças vieram falar comigo e me expuseram o problema. Eu já tinha tentado, como secretário de Saúde, fazer alguma coisa semelhante aqui - inclusive do Vale do Ribeira, em São Paulo. Então eu trouxe o programa para o gabinete, para ver a importância que

eu vislumbrei nesse programa. O resultado foi extraordinário, principalmente nas regiões mais desprovidas do Nordeste, nos pequenos municípios. Mas logo eu verifiquei que esse programa não era como muita gente dizia. Para os municípios mais pobres e mais carentes, ele era um programa para ser implantado nas áreas metropolitanas. Por quê? Porque as áreas metropolitanas sofreram uma urbanização e um crescimento extraordinariamente acelerado a partir de 1960. O Brasil ingressou na Revolução Industrial 200 anos atrasado. E, quando ingressou, precisou importar empresas e indústrias como a automobilística e a eletrônica. Receberam terrenos, isenção de impostos e representaram um extraordinário chamariz para as populações virem buscar empregos nessas regiões. Só que o interesse era no desenvolvimento econômico, e não no desenvolvimento das pessoas. O que aconteceu: as pessoas foram morar nas periferias das grandes cidades. E municípios das áreas metropolitanas passaram a funcionar como municípios dormitório, bairros dormitório.

Então eu dizia: “O Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários precisa ser implantado nas áreas metropolitanas”. Porque muita gente dizia: “não, mas nas áreas metropolitanas tem muito hospital...”. Tem nada. Tem hospitais concentrados em determinadas regiões da cidade e as periferias da cidade estão completamente desprotegidas. Então, em 1996, eu trouxe o programa para São Paulo e conseguimos com as Irmãs Marcelinas que elas incorporassem o programa de Agentes Comunitários. E foi onde nós criamos os primeiros grupos de Saúde da Família, em São Paulo, com agentes comunitários e médicos de família.

### **P - Como foram essas primeiras experiências no novo modelo de Atenção Primária?**

**Jatene** - A primeira experiência foi no Hospital Santa Marcelina e foi implantada na região de Itaquera. O resultado foi extraordinário. Para se ter uma idéia, a Secretaria Estadual de Saúde tinha cadastrado sete tuberculosos na área. Os Agentes Comunitários encontraram 62. E eles iam à casa desses doentes todo dia para fazê-los tomarem o remédio, essa coisa toda. Gestantes, na média, não chegavam a duas consultas de pré-natal, passaram a fazer seis, sete. Depois que eu saí do Ministério e baseado no resultado do programa de Saúde da Família, com Hospital Santa Marcelina, nós propusemos ao secretário estadual e ao governador a ampliação do programa. E aí criamos, com a Fundação Zerbini, o Qualis. Ele foi criado na Vila Espanhola, em Cachoeirinha, e outro módulo em Sapopema. O resultado foi realmente muito importante. E se consolidou a idéia de que esse era um programa específico para as regiões metropolitanas. Até hoje, São Paulo não tem a metade de Saúde da Família de que precisa. Mas onde o programa está implantado, com todos os critérios que devem reger o programa, com Agente Comunitário selecionado no seio da população - porque o Agente Comunitário não é um funcionário público, é um funcionário da população. Naquela microrregião de 200 famílias, onde ele foi escolhido entre os moradores e com participação dos moradores, é fundamental, porque ele vai entrar na casa das pessoas. Eu não posso selecionar esse indivíduo por um concurso público, porque não permite escolher, é universal, e vai trazer gente não vinculada à população. E o Agente Comunitário tem que ser vinculado a ela.



**Eugênio Vilaça**

Consultor em Saúde Pública

## Entrevista

Intimamente ligada à estratégia Saúde da Família, e ao seu sucesso, estão as Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. O consultor em Saúde Pública Eugênio Vilaça, em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família, explica o que são as Redes.

### Por que as redes de atenção à saúde no SUS?

**Eugênio Vilaça** - Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde de uma população. As necessidades de saúde da população brasileira expressam-se numa situação de saúde que se caracteriza por uma transição demográfica muito acelerada e uma transição epidemiológica singular.

A população idosa é de 9% da população total e atingirá, em 2025, 15%, mais de 40 milhões de pessoas. A PNAD 2003, do IBGE, revelou que 77% da população de 65 anos ou mais referiu ser portadora de doença crônica. Portanto, a transição demográfica aponta, no horizonte, para uma presença relativa maior de doenças crônicas no país.

O estudo de carga de doenças revelou que os anos perdidos ajustados por incapacidade (AVAls) no Brasil têm a seguinte composição: 15% por doenças infecciosas e parasitárias; 10% por causas externas; 9% por causas maternas e perinatais; e 66% por doenças crônicas. Se somarmos as causas maternas e perinatais e as doenças crônicas, constatamos que 75% dos anos perdidos são por condições crônicas. Esses dados configuram uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças: as doenças infecciosas e parasitárias não foram superadas, há uma presença significativa de causas externas em decorrência da epidemia de violência e as condições crônicas já são responsáveis por  $\frac{3}{4}$  das mortes e incapacidades.

Vão se consolidando, internacionalmente, as evidências de que as situações de saúde hegemônicas pelas condições crônicas não podem ser respondidas, conseqüentemente, por sistemas de saúde fragmentados e organizados para o enfrentamento das condições agudas, por meio de equipamentos de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar. Essa incoerência entre a situação de saúde e sistema fragmentado praticado constitui o principal problema do SUS.

A solução para esse problema está em estabelecer a coerência entre a situação de tripla carga de doenças e a resposta social da saúde por meio da mudança do modelo de atenção à saúde vigente, o que convoca a implantação de redes de atenção à saúde, capazes de enfrentar, com efetividade e eficiência, as condições agudas e crônicas.

### O que são as redes de atenção à saúde?

**Vilaça** - As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.

Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e

ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

### Quais são os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde?

**Vilaça** - As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: uma população; uma estrutura operacional, os componentes das redes de atenção à saúde; e um sistema lógico, o modelo de atenção à saúde.

A população é a razão de ser das redes de atenção à saúde. Para isso a população deve ser adscrita às redes e deve ser dividida em subpopulações, segundo os diferentes riscos. A vinculação da população às redes de atenção à saúde é papel inequívoco da atenção primária à saúde.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde envolve cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundária e terciária, as unidades especializadas ambulatoriais ou hospitalares; os sistemas de apoio, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde; os sistemas logísticos, o cartão de identificação dos usuários, o prontuário familiar, o sistema de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde; e o sistema de governança.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção

à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e as subpopulações, os componentes das redes e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

### **Qual o papel da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde?**

**Vilaça** - A atenção primária à saúde constitui um nó fundamental nas redes de atenção à saúde, funcionando como um centro de comunicação. Isso significa que cabe à atenção primária à saúde regular os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes de atenção à saúde.

A atenção primária à saúde, como elemento essencial das redes de atenção à saúde, implica sua consideração como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde, e não meramente como um programa para pobres em regiões pobres ou, exclusivamente, como um nível básico de atenção à saúde. A interpretação da atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de atenção à saúde para satisfazer às necessidades da população.

Essa visão contemporânea da atenção primária nas redes de atenção à saúde exige que ela se estruture a

partir de seis atributos (primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária) e cumpra três papéis (resolver mais de 85% dos problemas de saúde, comunicar os diferentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio e responsabilizar-se pela saúde da população adscrita).

### **A atenção primária à saúde praticada no SUS apresenta as condições para funcionar como centro de comunicação das redes de atenção à saúde?**

**Vilaça** - Uma análise da evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil permite identificar oito ciclos evolutivos que começaram, na USP, no início do século XX, com a proposta da prof.<sup>a</sup> Paula Souza de centros de saúde-escola, até o ciclo vigente a partir de 1994, da atenção básica. Em todos os ciclos houve avanços consideráveis.

O ciclo atual da atenção básica, caracterizado pelo desenvolvimento e expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), tem muitos resultados a comemorar, seja em termos de processos, seja em termos de resultados, como atesta a pesquisa feita pelo Ministério da Saúde sobre o impacto do PSF na mortalidade infantil em nosso país. Contudo, esse ciclo se esgotou e não tem condições de estruturar uma prática de atenção primária à saúde capaz de desempenhar adequadamente os papéis de um centro de comunicação das redes de atenção à saúde.

Por isso, ainda que celebrando as conquistas do passado e do presente, torna-se necessário instituir um novo

ciclo, o ciclo da atenção primária à saúde.

Não dá para ter uma atenção primária à saúde de qualidade, cumprindo com as funções de resolubilidade, de comunicação e de responsabilização nas redes de atenção à saúde, com uma prática que se realiza, muitas vezes, improvisamente, em casas alugadas, que opera com baixa densidade tecnológica, que é carente em tecnologia da informação, que tem uma carteira de medicamentos muito restringida, que funciona com base em cuidados profissionais prestados exclusivamente por médicos e enfermeiras, que não pode oferecer o autocuidado apoiado em função da ausência de equipes multiprofissionais, que apresenta sistemas de contratação de profissionais extremamente precarizados e que, em geral, não dispõe de uma gerência profissionalizada.

Por isso, há que se instituir um novo ciclo da atenção primária à saúde no Brasil, o que implicará assumi-la verdadeiramente, e não só discursivamente, como a estratégia de organização do SUS, em redes de atenção à saúde. Essa mudança paradigmática significará uma atenção primária à saúde mais qualificada, adensada tecnologicamente, com mais recursos e que, para isso, deverá ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS, nas três instâncias federativas.

A implantação das redes de atenção à saúde no SUS começa por um choque de qualidade na atenção primária à saúde. Isso custará um pouco mais, em esforços e recursos financeiros, mas agregará valor à população brasileira.



# Programação Científica da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família

Antônio Dercy Silveira  
Ana Luíza Queiroz Vilasbôas  
Brasileira Lopes Correa  
Célia Regina Rodrigues Gil  
Cinthia Lociks de Araújo  
Estela Márcia Saraiva Campos  
Maria Angélica Cúria Cerveira

A III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família está comemorando, com muito vigor, os 15 anos de construção do modo brasileiro de qualificar a atenção básica: cerca de 3.700 trabalhos foram selecionados pela comissão científica para compor um rico mosaico de experiências e estudos que indicam o acúmulo político-institucional e técnico-organizativo produzido por milhares de profissionais atuantes em mais de 90% de nossos municípios.

Trabalhadores das Equipes Saúde da Família (SF), gestores das três esferas administrativas do SUS, estudantes, docentes e pesquisadores de todas as regiões do país, cujas trajetórias têm sido pautadas pelo compromisso com a efetiva operacionalização do SUS a partir da reorientação do trabalho da atenção básica, estão representados pelo conjunto dos trabalhos que serão apresentados e debatidos em Brasília, em agosto de 2008.

A comissão científica contou com a imprescindível colaboração de cerca de 180 avaliadores *ad hoc*, responsáveis pela primeira etapa de seleção dos trabalhos, momento em que indicaram a classificação temática e atribuíram valores à qualidade técnica e à relevância do relato de experiência ou do estudo apresentado sob a forma

de um resumo. Os critérios de análise adotados foram: clareza na exposição, precisão dos objetivos, metodologia coerente e resultados relevantes para o sistema de saúde, os quais estavam registrados no termo de referência do evento, documento divulgado no *site* do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)), onde os autores principais inscreveram seus trabalhos.

Os avaliadores *ad hoc* foram convidados em função de sua experiência acumulada na estratégia Saúde da Família como trabalhadores,

gestores, docentes ou pesquisadores. Essa colaboração foi imprescindível para a organização dos trabalhos na etapa seguinte conduzida pela comissão científica da III Mostra, momento em que foram definidas as 72 sessões orais (mesas-redondas, painéis, comunicações coordenadas), 90 sessões de pôsteres comentados e exposição de quase 3.000 pôsteres, em função de afinidade temática e qualidade do resumo apresentado.

Todas as dez áreas temáticas propostas no termo de referência estão representadas nas modalidades de



apresentação previstas. A distribuição das sessões orais no decorrer dos três dias da III Mostra evitou a ocorrência simultânea de temas semelhantes, de modo a permitir aos participantes um percurso no mesmo caminho "temático" durante o evento, caso desejassem.

A área temática com maior número de trabalhos inscritos foi a de Promoção da Saúde, seguida pela de Assistência, Educação e Formação e a de Tecnologias do Cuidado. Observou-se uma expressiva presença de trabalhos oriundos de estudos e pesquisas produzidos pelos serviços, o que indica os efeitos positivos dos investimentos realizados pela gestão do SUS em qualificação profissional e no monitoramento e avaliação da atenção básica. Destacam-se, também, trabalhos que relatam os desafios da articulação entre o ensino e os serviços no âmbito da graduação, extrapolando as profissões que compõem a equipe mínima, incluindo nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais.

Entre os trabalhos classificados como Vigilância em Saúde, há o registro de várias iniciativas de integração, em especial no combate à dengue, tuberculose e hanseníase, ao lado de estudos que caracterizaram a situação epidemiológica de populações adscritas à Saúde da Família. Há evidências do uso da epidemiologia na avaliação dos efeitos da Saúde da Família em escalas regionais e nacionais, muitos desses trabalhos produzidos com o apoio financeiro do governo federal, a exemplo do PROESF, ou por iniciativa de pesquisadores vinculados a programas de pós-graduação.

Quanto aos trabalhadores das Equipes Saúde da Família, é importante ressaltar que muitos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentaram relatos de suas experiências na promoção da saúde e no acompanhamento das famílias.

Estudos sobre formação profissional, condições de trabalho e perfil dos ACS também se destacam, indicando a importância estratégica desse profissional na construção da Saúde da Família.

Na área da assistência, observa-se um esforço das equipes em relatarem suas experiências em saúde mental, saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança e no controle da hipertensão arterial. A violência aparece como tema de ações intersetoriais, desencadeadas pelas equipes para o enfrentamento desse complexo problema.

A arte como meio de produzir saúde e sujeitos autônomos é destaque em trabalhos com adolescentes, mulheres e idosos em várias regiões do país. A criatividade das equipes marca a originalidade de muitos trabalhos apresentados, especialmente em situações nas quais o vínculo com a comunidade está bem estabelecido.

Os resumos apresentados na III Mostra expressam a rica diversidade das experiências acumuladas por muitas pessoas, vindas de todas as regiões do país. Certamente, é espaço para compartilhar o que se fez, o que se sabe e o que se quer aprender para continuar avançando na construção cotidiana, coletiva e solidária do SUS, onde a Saúde da Família tem o papel estratégico de universalizar a atenção à saúde com qualidade, equidade e efetividade para todos os brasileiros.

Ainda, com o objetivo de divulgar e estimular o desenvolvimento de experiências bem sucedidas que contribuam para o fortalecimento da Saúde da Família, o Ministério da Saúde realiza, concomitante à III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, o III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família.

Quase dois mil trabalhos foram inscritos para concorrer a essa premiação, em três diferentes categorias:

- Relato de Experiência de Agente Comunitário de Saúde;
- Relato de Experiência de Equipe Saúde da Família;
- Estudos e Pesquisas em Atenção Básica/Saúde da Família.

Para a seleção dos trabalhos, foi desenvolvido um cuidadoso processo de avaliação, envolvendo 78 pareceristas, que realizaram a análise dos trabalhos, com base em critérios previamente definidos no "Manual do Participante", divulgado no site da III Mostra.

Para o conhecimento mais aprofundado dos trabalhos, as experiências finalistas da premiação foram visitadas e os autores dos trabalhos entrevistados, visando à elaboração dos artigos que compuseram este número da Revista Brasileira Saúde da Família.

O resultado final do III Concurso de Premiação foi anunciado no dia 6 de agosto em cerimônia especial com a entrega dos prêmios e menções honrosas aos autores principais dos trabalhos selecionados.

Esta edição da Revista Brasileira Saúde da Família constitui mais uma forma de reconhecimento do mérito dos profissionais de saúde, gestores e pesquisadores finalistas do Concurso, reafirmando a certeza de que o sucesso da estratégia Saúde da Família depende do esforço de ação e reflexão daqueles que por meio de suas práticas constroem o SUS que queremos.

# III CONCURSO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA



## **Relato de Experiência de Agente Comunitário de Saúde**

- O ACS como agente motivador da participação comunitária
- AACCS - Agente Ator Comunitário de Saúde (um exemplo de Educação Permanente em Saúde)
- Reciclar com saúde

## **Relato de Experiência de Equipes de Saúde da Família**

- Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo-SP
- Programa de Recuperação Nutricional para População Indígena
- Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis

## **Estudos e Pesquisas em Atenção Básica/Saúde da Família**

- Programa de Saúde da Família (PSF): determinantes e efeitos de sua implantação no Brasil
- Atenção domiciliar a idosos no sul e nordeste do Brasil
- Necessidades de saúde e organização do trabalho de ACS em região metropolitana

Agentes Comunitários de Saúde de Vacaria, no Rio Grande do Sul, provam que a promoção da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família deve ser feita com a participação da comunidade.

## Agentes de Vacaria, no sul do Brasil, estimulam a participação comunitária



Para os Agentes Comunitários de Saúde, ficou claro que quaisquer problemas detectados na população adscrita devem ser levados para as reuniões de equipe e, somente quando a comunidade é co-participante do processo, as mudanças ocorrem efetivamente.

A atuação das Equipes Saúde da Família (ESF), especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vai além dos limites das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) e não pára nas residências da comunidade adscrita, afinal, o seu bem-estar e qualidade de vida têm impacto direto na saúde dessa população. Percebendo que a zona rural do município sofria com o grande número de borrachudos, os agentes resolveram mudar essa situação.

A UBS/SF Km 4 está situada numa grande área que possui características urbanas e rurais, com sítios, córregos e arroios - o que favorece a proliferação de simuliídeos, popularmente conhecidos como mosquitos borrachudos.

Após ouvirem as constantes reclamações da comunidade, os ACS procuraram o Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município, que, juntamente com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Estado (CEVS), prepararam um curso de capacitação para os agentes para que eles pudessem atuar junto à comunidade no controle da infestação de simuliídeos. Carla Nunes Francisco, coordenadora do Controle e Prevenção dos Simuliídeos da Secretaria Municipal de Saúde de Vacaria, conta que o departamento tomou conhecimento da situação dos moradores da região rural dos quilômetros 4 e 5 por meio dos ACS, "que trouxeram a solicitação para que entrássemos em contato com a coordenadoria de saúde e com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde e realizássemos um treinamento, que teve duração de uma semana e contou com aulas teóricas e práticas".

Durante esse treinamento os ACS adquiriram a capacidade de avaliar e medir a vazão dos córregos, determinar a vazão pelo flutuador e calcular a aplicação do biolarvicida - *Bacillus Thuringensis var israelensis*. Além disso, os agentes visitaram os locais de risco na área adscrita da UBS/SF Km 4. Segundo o mapa do manancial hídrico do município de Vacaria, essa área da unidade possui cinco riachos e é lá a maior infestação de borrachudos.

Devidamente treinados, os Agentes Comunitários de Saúde deram início às atividades junto aos usuários, tendo nas visitas domiciliares a oportunidade ideal para abordar a problemática dos borrachudos, aplicar a Ficha Epidemiológica de Agravo e convidar para a reunião comunitária a fim de definir as estratégias de ação no controle do mosquito na área. A ACS Rachel Antunes Moreira lembra que nessa fase de mobilização foram usados pôlderes e ministradas palestras nas duas escolas da comunidade.



No Rio Grande do Sul, historicamente, as populações residentes em áreas rurais e subúrbios sofrem com o ataque dos borrachudos. Sua presença interfere na qualidade de vida dos moradores, além de causar perdas na produtividade dos animais e prejuízos nos pólos turísticos.

Segundo Carla Nunes, 50% do sucesso do programa depende da retirada do excesso de matéria orgânica antes da aplicação do BTi, daí a necessidade da participação ativa da população. Diante disso, uma outra estratégia foi a mobilização da comunidade para a limpeza dos córregos da área adstrita da UBS/SF, sendo que dos cinco locais demarcados foi realizada a limpeza do primeiro riacho e aplicação do BTi, totalizando mais de dois mil metros de extensão.

A dentista da UBS/SF Anelise Pelissari conta que com o tempo todos os agentes se integraram ao projeto, "pois, além de serem Agentes Comunitários de Saúde e conhecerem os problemas de sua microárea, são também moradores e sofrem com as picadas dos mosquitos".

No decorrer do processo, foi observada uma diminuição na incidência do mosquito e conseqüente melhora na qualidade de vida da comunidade. Eliane Kuhn, enfermeira e coordenadora da UBS/SF Km 4, ressalta que, na comunidade, o maior impacto foi a conscientização do cuidado com o meio ambiente, "o qual possibilitou uma melhor qualidade de vida para toda a população". Eliane destaca que os profissionais da UBS/SF observaram uma diminuição da procura por consultas

médicas decorrentes de causas alérgicas à picada do mosquito borrachudo.

Nesse período em que o inverno na serra gaúcha chega a quatro graus negativos, diminuiu a incidência do mosquito e as limpezas dos riachos e aplicação do biolarvicida foram suspensas, "pois é muito frio para entrar nos riachos", lembra a dentista Anelise Pelissari. Com o início da primavera, as reuniões serão retomadas "para que possamos organizar as próximas limpezas nos riachos; limpezas estas que precisam ser constantes". Anelise lembra, ainda, que somente com o esforço conjunto do poder público, da Equipe Saúde da Família e da comunidade as atividades terão seguimento.

Romildo Santana, um dos moradores que ajudaram na limpeza do córrego, diz que a incidência de mosquitos diminuiu bastante, "não apareceu mais mosquito. Antes era insuportável e o pior é que afastava os turistas da região e do pesque-pague". Romildo, que dividiu a limpeza de 800 metros do arroio com outros dois moradores, também lembra a necessidade de realização de novas limpezas e aplicação do biolarvicida "e, para o bem de todos, a comunidade tem de colaborar".

Dona Clarianne Rizzo, 60 anos, moradora da região, salienta que depois

da limpeza diminuiu a quantidade de mosquito, mas lembra da necessidade de dar continuidade ao trabalho, "porque agora é inverno, mas se não limpar os mosquitos voltam no verão". Ela e o marido dizem apoiar a iniciativa dos agentes "que ajudaram a comunidade porque se interessaram em diminuir o borrachudo".

A agente Rachel destaca como ganhos do trabalho desenvolvido a participação da comunidade para a melhoria da sua qualidade de vida e a conscientização para o cuidado com o meio ambiente e promoção do equilíbrio ecológico. Na opinião dos agentes da UBS/SF, a ação trouxe um maior fortalecimento entre a comunidade e a Equipe Saúde da Família.

O grupo de agentes e comunidade vem contando, agora, com o apoio das pequenas empresas dos arredores que disponibilizaram funcionários para ajudar nas próximas limpezas. Todos sabem que, para o controle efetivo do borrachudo, é necessário o envolvimento e mudança de comportamento de toda a comunidade e os ACS, além de conseguirem encaminhar a solução para um problema constante e persistente, tiveram a importância do seu trabalho fortalecida por meio da melhora da saúde e da qualidade de vida das pessoas que residem na sua microárea.

Agentes Comunitários de Saúde da Paraíba mostram que podem (e devem) ir além para promover não só saúde, mas debate e união entre as Equipes Saúde da Família e usuários.



Elenco e equipe da peça "Nunca é tarde para ser feliz".

## Agentes de João Pessoa se transformam em atores e promovem saúde

Há cerca de um ano e meio, as quatro Equipes Saúde da Família (ESF) do bairro Mangabeira Cidade Verde, na periferia de João Pessoa, Paraíba, atuavam separadamente e em prédios com pouca estrutura para acolher seus usuários. Após a mudança para a Unidade Integrada de Saúde da Família Cidade Verde – composta pelas equipes Cidade Verde I, Cidade Verde IV, Cidade Verde V, Cidade Verde VI e Projeto Mariz –, foram propiciadas melhores condições de trabalho para os funcionários e melhor atendimento para o usuário, “mas as dificuldades em manter um vínculo mais homogêneo e fortalecido com a comunidade ainda eram distantes”, lembra a Agente Comunitária de Saúde, na época, Ana Carla Pereira de Melo.

Embora cada equipe possua sua área de abrangência e acompanhe suas respectivas famílias, isso não era suficiente para estabelecer uma relação de confiança entre a unidade e a comunidade, uma vez que o serviço era individualizado “e, para crescermos enquanto equipe, não bastaria só cada um fazer o seu, mas todos, juntos em sintonia, somar com o trabalho do outro”, lembra Ana Carla.

Até pela origem de cada equipe e visão de trabalho diferenciada, os grupos educativos eram criados e desfeitos de uma semana para outra e as dificuldades em manter as atividades coletivas eram inúmeras devido à falta de entrosamento dos profissionais, escassez de material, improvisação das atividades, ausência de capacitação, entre outros.

A partir do curso Cuidando do Cuidador – incentivado pela Secretaria de Saúde do município e pela Equipe Técnica do Distrito III e organizado pelas ESF, com o objetivo de criar uma relação mais afetuosa, humanizada e solidária entre os funcionários e ressaltando valores como confiança, respeito, credibilidade, sinceridade –, as ações passaram a ser vistas e elaboradas com mais entusiasmo.



Nos dias de apresentação dos Agentes Atores Comunitários de Saúde, a Unidade Integrada de Saúde da Família Cidade Verde fica lotada.

**“Como o agente está com as famílias o tempo todo, tem facilidade para abordar os assuntos que muitas vezes é o que a pessoa está passando naquele momento. É um laboratório diário”.**  
Ricardo Inácio, ACS.

Mas na visão dos agentes, para que o trabalho seja feito em harmonia, o profissional precisa se capacitar e entender a relação dos trabalhos coletivo e individual, de forma que um complemente o outro. E isso começa desde a organização da agenda, “procuramos organizar a ação sem prejudicar os atendimentos da consulta”, contam os agentes.

A Unidade Integrada de Saúde da Família Cidade Verde tem o atendimento focado no acolhimento, para o qual foram destinados momentos no período da manhã e da tarde para que a ESF receba a comunidade e esclareça como será o funcionamento da unidade naquele respectivo dia, além de esclarecer eventuais dúvidas da população. As atividades desenvolvidas pelos AACS também são realizadas, geralmente, a partir das 9h, e à tarde, a partir das 15h, horário de movimento mais tranquilo em que os atendimentos já foram devidamente encaminhados.

Embora exista a cooperação e participação de toda a ESF, o elenco é composto basicamente por Agentes Comunitários de Saúde, que também desempenham as funções de produtor, figurinista, maquiador, fotógrafo e outros. Os agentes, no entanto, fazem questão de ressaltar que o trabalho é coletivo, “cada um de nós é importante no processo de construção e na transformação de um serviço de saúde humanizado, acessível e igualitário para toda a população. Precisamos uns dos outros para desenvolver um trabalho eficaz e principalmente do apoio dos gestores nas ações”. Eles destacam, ainda, que não há distinção entre as funções, “todos ajudam e não deixamos de dar importância ao que não atua, por exemplo. Procuramos despertar o potencial de todos”. E conseguem, tanto que a ACS Bugaret Barbosa é considerada por todos os colegas uma surpresa na arte da dramatização.

Os AACS da Unidade Cidade Verde

**“Sentíamos a necessidade de criar um vínculo mais significativo da comunidade com a unidade de saúde e seus integrantes para se trabalhar temas relevantes de promoção e prevenção à saúde, como também motivar a participação dos ACS no desenvolvimento de atividades educativas planejadas para esse fim”.**

Ana Carla Pereira de Melo, usuária e ex-Agente Comunitária de Saúde



Cena da peça com a ACS Bugaret em cena.

encaram o trabalho artístico com tanto profissionalismo que para eles as etapas que antecedem uma apresentação devem ser seguidas a risca sob pena de prejudicar o trabalho final.

O trabalho tem início nas reuniões semanais, onde são discutidas as possíveis atividades a serem exploradas naquela semana e, caso seja feita a opção pela linguagem cênica, os AACS entram em ação; em seguida, fazem uma reunião para a definição do tema e a melhor forma de abordá-lo; o terceiro passo é o estudo do tema e levantamento de informações que

servirão de base para o roteiro; após a elaboração do roteiro, que é feita pelos membros que se identificam com produção de texto, ele é submetido para aprovação dos demais membros do grupo, “o roteiro precisa estar escrito em linguagem clara e fidedigna com a mensagem que se quer passar”, lembra o agente Ricardo Inácio. Os passos seguintes são a seleção dos papéis; escolha do figurino; definição dos dias de ensaios; montagem do cenário e apresentação, “geralmente o grupo ensaia próximo aos horários finais do expediente. Um grupo mal ensaiado pode destruir todo um

planejamento, pois a mensagem pode não ser entendida”. Ana Carla lembra que essa é uma das maiores dificuldades, já que cada membro tem suas atividades a realizar e precisa conciliar com a atividade coletiva, “e não é só isso, além de ACS temos responsabilidades como pais, mães, filho. Mas, apesar do desafio, temos conseguido atuar com compromisso, alcançando com satisfação um número significativo dos objetivos traçados”. Outra dificuldade apontada pelo grupo é a falta de apoio material para as ações, o que faz com que muitas vezes os próprios profissionais

custeiem as iniciativas ou mesmo apoio logístico para transporte do grupo para apresentações nas escolas, por exemplo.

Mas o trabalho não se encerra com a apresentação da peça, já que um dos momentos mais importantes é o debate e retorno da platéia, no qual os agentes falam do trabalho realizado pelas equipes e dos grupos de hipertensos, adolescentes etc. e estimulam a participação da comunidade formulando perguntas sobre o tema exposto. Ricardo conta que, após a realização do início das atividades cênicas, a comunidade ficou mais receptiva aos grupos e vem participando com mais regularidade dos demais trabalhos educativos ofertados pela Unidade, “a relação profissional ganhou mais afetividade e com isso o atendimento se tornou mais humanizado”. Os agentes consideram que houve mudança no vínculo com a comunidade e os usuários passaram a compreender melhor os assuntos, “as pessoas nos olham diferente; percebemos que há um reconhecimento e respeito por parte da comunidade.

Embora o grupo ainda não tenha criado uma “caixinha” formal de sugestões ou um livro de presença para avaliar a frequência do público, na etapa final as pessoas envolvidas com o trabalho se reúnem para identificar os pontos positivos e negativos encontrados no desenvolvimento da atividade, “esse momento é de fundamental importância para o grupo, para que se possa enaltecer o que deu certo e corrigir as falhas, evitando assim a repetição delas”, destaca o agente Edson Morais.

O usuário Severino Cândido gosta da idéia de se usar o teatro para chegar à população, “muitas vezes as pessoas não têm coragem de falar o que passam e as peças estimulam para que elas façam isso. A dificuldade para trazer o usuário

para a UBS ou mesmo para que ele receba o agente em sua casa é grande, então as equipes precisam sempre pensar em mudar a forma de abordar os assuntos”. Severino, que é presidente da Associação Comunitária de Moradores do Jardim Cidade Verde, conta que a professora da escola mantida pela associação replica a peça para as crianças e cita os exemplos dados pelos agentes, “a saúde bucal também vai até a escola e fala da peça”.

Exemplos de como os temas são tratados podem ser vistos na peça A

*Bela Cariada*, sobre higiene bucal, ou na delicada temática da violência doméstica na peça *Nunca é tarde para ser feliz*, para a qual a equipe conseguiu a presença de um juiz de direito para falar sobre a Lei Maria da Penha, “muitas pessoas choraram e vieram ao microfone dar seu depoimento”. O grupo vem realizando uma média de 12 apresentações por ano, sendo que são divulgadas durante as próprias visitas, nas consultas e grupos, pela rádio comunitária, panfletos etc. Entre as peças teatrais

Usuários do grupo de adolescentes também participam das atividades.



**A educação permanente em saúde desenvolvida pelos Agentes Atores Comunitários de Saúde visa:**

- Proporcionar maior interação da equipe com a comunidade;
- Melhorar a qualidade de vida da população ofertando conhecimento e lazer;
- Promover a saúde por meio do teatro;
- Estimular a capacidade crítica dos trabalhadores e usuários, conduzindo debates após o término das peças;
- Conscientizar a comunidade dos problemas existentes no seu contexto social;
- Fazer com que o Agente Comunitário de Saúde se descubra enquanto educador popular;
- Participar de eventos expondo os trabalhos desenvolvidos pelo grupo, como forma de socializar a experiência vivenciada, auxiliando as instituições na construção de outras iniciativas que beneficiem o bem comum.



Os agentes Guilherme e Edson aquecem o público antes da apresentação teatral.

apresentadas em 2007 estão *A Bruxa Cariçéia*, *A Bela Cariada*, *O Super-Herói Agente Comunitário de Saúde*, *Chapeuzinho Vermelho* e *a Vovó Hipertensa*, *Como acolher?*

Os agentes da Unidade Integrada de Saúde da Família consideram que o projeto fez com que eles percebessem que podem ser utilizadas diferentes técnicas pedagógicas para o alcance dos objetivos traçados e que, no caso da população adscrita do bairro Mangabeira, as ESF percebem, agora, uma maior participação popular nas atividades coletivas da unidade, como grupo de idosos, adolescentes, gestantes, sobrepeso e terapia

comunitária; significativa participação dos trabalhadores nas atividades Cuidando do Cuidador e nas reuniões semanais das Equipes; integração entre os trabalhadores e deles com a comunidade; conscientização da comunidade na prevenção de doenças; reconhecimento por parte da gestão, que convidou o grupo a participar da seleção de projetos de natureza cultural apoiados por ela; maior número de Agentes Comunitários de Saúde aderindo a um perfil profissional comprometido com uma educação em saúde; maior entrosamento entre todas as categorias profissionais que compõem

**“O objetivo do teatro educativo não é o mesmo do teatro comercial, que é entreter para obter lucro, mas sim motivar a mudança a partir da reflexão proporcionada por uma mensagem”.**

Alecsandro Pereira de Melo, ACS



Os agentes Ana Carla Pereira de Melo, Alecsandro Pereira de Melo, Ricardo Inácio Cardoso, Bugaret Barbosa, Maria Aparecida e Michelly Sigismundo.



Severino Cândido acredita que as ESF devam inovar para informar melhor sobre saúde.

a equipe de saúde, já que todas são envolvidas no processo de produção de uma peça, seja no figurino, na maquiagem, na direção etc.

A apoiadora da unidade, Julianne Lima Santos, considera que a atividade dos agentes é uma forma de mostrar a realidade para que todos entendam, “de linguagem fácil de ser entendida por meio das apresentações e o efeito é bastante positivo”. Ela conta que antes de ver uma apresentação do grupo já tinha ouvido falar que eles eram bons, “mas eu nunca imaginei que fossem artistas mesmo”.

Segundo Alecsandro, as ações têm gerado impacto em todas as áreas, “estamos estimulados a sempre buscar caminhos para desenvolver nosso trabalho com sabedoria e criatividade, almejando resultados satisfatórios para

todos aqueles envolvidos no processo. Percebemos o quanto nosso trabalho é importante para a comunidade e de como é imprescindível o apoio do usuário aos serviços disponibilizados pela unidade”.

Os agentes atores lembram que essa iniciativa pode ser desenvolvida em qualquer unidade de qualquer município, “buscando sempre se aprimorar nos assuntos que serão desenvolvidos e procurando ouvir as opiniões da comunidade para atuar em temas coerentes com sua realidade; até porque a linguagem cênica não tem idade, nem tempo, nem região. Ela é infinita... Única! Esperamos que a nossa experiência possa contribuir com a estratégia Saúde da Família, resultando numa significativa melhora na atenção em Saúde no SUS”.



O ACS Edson Moraes na porta da Unidade.



Julianne Lima, apoiadora da Unidade, “só vendo. São muito bons”.

No combate à dengue, Agentes Comunitários de Saúde se unem a moradores e descobrem que reciclagem bem feita elimina também problemática social.

## ACS de Campinas miram a dengue e combatem miséria



A Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) Boa Esperança está situada no Distrito Leste de Saúde, na confluência dos bairros Jd. Boa Esperança, Parque Brasília, Vila Lafayette Álvaro e Jd. Flamboyant, na cidade paulista de Campinas, e possui uma Equipe Saúde da Família (ESF) e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atendendo cerca de sete mil pessoas.

Em 2007, a UBS/SF registrou um elevado número de casos confirmados de dengue, o que levou a equipe a pesquisar uma possível origem do problema na presença de um grande número de trabalhadores que atuavam com reciclagem e, conseqüentemente, armazenamento de lixo, que se configuram em pontos de riscos de transmissão da doença. Dessa forma, deveriam ser feitos o mapeamento do território, o levantamento dos recicladores dessa região e o desenvolvimento de um projeto de sensibilização dessa população - cerca de 25 pessoas.

O perfil dessa população assistida é principalmente de idosos, sendo que em um dos bairros, onde há uma favela, predominam crianças e adultos jovens. Nessa localidade, as ESF têm atenção redobrada aos pontos de risco da dengue; aos idosos, principalmente aos com problemas sociais; às gestantes, muitas delas

adolescentes; e atenção no cuidado à criança em situação de risco. A ACS Rosilene Soares Amorim Marques acredita que o fato de conhecerem a maioria dos moradores, já que também moram na região, tenha facilitado a abordagem, "eles já nos conheciam e houve pouca resistência".

Esses usuários, no entanto, tinham pouca ou nenhuma vinculação com a UBS/SF, apresentando atrasos na caderneta de vacinação, nenhuma adesão aos grupos de hipertensão, Lian Chong ou às consultas de rotina; os ACS também exerciam pouca influência nas práticas de educação em saúde desses usuários que desconheciam a prática de reciclagem, da maneira correta, e os problemas da dengue e outros agravos de saúde ocupacional, como hepatites, tétano etc.

Diante desse cenário, os profissionais decidiram por realizar reuniões mensais com a proposta de oferta de um calendário com reuniões periódicas sobre vários temas da saúde e assuntos diversos com esse público que participaria de passeios à cooperativa de reciclagem, atendimento preventivo com a enfermagem como participação em grupos de hipertensão, Lian Chong, Tai Chi Chuan, coleta de câncer de colo uterino para as mulheres, atualização da carteira de vacinação, inclusive com oferta de vacina para hepatite e tétano.

O trabalho tem como ações, então, a identificação, vinculação, sensibilização e educação dos recicladores dessa região. Onde a identificação tem por objetivo a visitação sistemática para os trabalhos de prevenção à dengue; a vinculação à UBS/SF e aos ACS visa a aproximar esses usuários e colocar em prática as ações



em saúde como vacinação, consultas de rotina, prevenção de agravos como hipertensão arterial etc.; a sensibilização busca o correto manuseio e acondicionamento dos recicláveis para evitar o problema da dengue, formação de cooperativa de reciclagem e cuidados com a própria saúde; a educação tem por objetivo prevenir a dengue e dar autonomia nos cuidados com a saúde. Para o desenvolvimento dessas ações, os profissionais contam, também, com a parceria com o Departamento de Limpeza Urbana (DLU) da cidade que ministra palestras e monitora os passeios. Segundo Ana Paula Tafner, coordenadora da UBS/SF, além do cadastro dos locais de armazenamento de lixo para aumentar a vigilância em relação à dengue, "estamos organizando novos encontros com a vinda de uma recicladora da cooperativa do município para conversar com os recicladores e estimulá-los a se organizarem em cooperativa e reciclarem corretamente o lixo para diminuir os acidentes de trabalho e o risco de dengue".

De acordo com a coordenadora, embora a receptividade dos usuários seja boa, ainda há certa dificuldade de adesão ao projeto como um todo e, mesmo com as ações ainda no início, as

metas já são consideradas como cumpridas, uma vez que os agentes conseguiram promover a aproximação desses usuários ao serviço de saúde, bem como promover a educação para o combate à dengue e para a reciclagem. A UBS/SF Boa Esperança hoje faz prevenção e educação em saúde, mantém atualizada a vacinação e tem esses usuários vinculados aos ACS da microárea.

Segundo Ana Paula, para o sucesso do trabalho, é necessária a participação de todos os profissionais da equipe "que foram envolvidos no projeto desde a sua elaboração, bem como a articulação com a intersetorialidade, como fizemos com o Departamento de Limpeza Urbana". Ela acredita que a participação de toda a equipe, com a inclusão de outros profissionais, principalmente da enfermagem e da coordenação, é fundamental para o sucesso do grupo. Para Rosilene, o trabalho desenvolvido é fundamental, pois despertou todos para o assunto, "é importante pela conscientização e educação; é um povo simples que não sabe nem ler e pudemos abrir seus olhos. O lixo é rico, mas pode causar problemas e foi isso que mostramos para eles".

Ana Paula conta que os Agentes Comunitários de Saúde tiveram boa receptividade ao projeto, entenderam sua importância e participaram ativamente, "eles estão motivados com o trabalho e, agora, com a repercussão na Mostra". Para a coordenadora, embora a estrutura física da UBS não seja a ideal, os usuários podem contar com profissionais dedicados, "estamos com uma equipe boa, de profissionais envolvidos e de ótima qualidade técnica".



Não conformados com a tradicional dificuldade em superar questões organizacionais para atendimento da demanda, profissionais reforçam vínculo com a ESF e proporcionam atendimento integral.



Os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família Jardim Brasil: união para solucionar os problemas de atendimento.

## Saúde Bucal de Amparo, em São Paulo, une profissionais e reorganiza demanda para atendimento

A estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 1996, sendo que, até 2001, tinham prioridade de acesso aos programas de saúde bucal gestantes e as faixas etárias de 0 a 14 anos. Com a inclusão das Equipes Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família, a população adulta passou a ter mais acesso à assistência odontológica; na época, como estratégia de atendimento, foram utilizadas as triagens familiares e os critérios de seleção das famílias variavam de acordo com cada unidade, "somente as condições de saúde bucal eram

consideradas", comenta Marcelo Bacci Coimbra, dentista e coordenador da Atenção Básica de Amparo.

Hoje o município conta com 20 Equipes Saúde da Família (ESF) e 14 Equipes Saúde Bucal, com cobertura de 96,4% da população. Na Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) do Jardim Brasil, são duas ESF e uma ESB para atender as 1.650 famílias cadastradas.

Esse atendimento odontológico feito às famílias, muitas delas com baixas condições socioeconômicas, inicialmente era organizado por meio de lista

de espera que ficava na recepção da unidade, considerando, apenas, a ordem de procura dos usuários, sem critério de risco e sem o envolvimento de outros profissionais da equipe, "isso gerou uma demanda reprimida de 362 famílias e um tempo de espera médio de quatro anos. A necessidade de intervenção surgiu ao constatar que não se conseguia diminuir a lista de espera e era crescente o número de usuários que procuravam o serviço em busca de atendimento odontológico emergencial", conta Franssinete Trajano de Medeiros Annes, dentista da UBS/SF.

Foi então que um grupo de profissionais decidiu reorganizar o processo de trabalho da saúde bucal na UBS/SF Jardim Brasil, "pretendíamos planejar o acesso ao atendimento odontológico de forma equitativa e integrar toda a equipe com a proposta de saúde bucal para atendimento familiar", afirma Franssinete.

Marcelo Bacci lembra que a interpretação das necessidades do paciente e o estabelecimento de critérios de risco individual ou familiar exigem a presença do dentista e exame clínico, "o que torna o processo de trabalho muito direcionado aos saberes técnicos da Equipe Saúde Bucal e, até certo ponto, desvinculado dos demais profissionais da unidade, dificultando a assistência integral ao usuário". O coordenador da Atenção Básica destaca, entretanto, que as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a reorganização da



atenção garantindo o princípio da equidade, buscando atendimento integral à família, a adscrição da população, a programação, o planejamento e a abordagem multiprofissional, "e a Equipe Saúde Bucal deve interagir com os demais profissionais da unidade, compartilhar saberes e participar das ações e atividades desenvolvidas com a comunidade, pois essa prática visa ao fortalecimento da saúde bucal como parte da atenção à saúde da comunidade, já que ela é parte integrante e inseparável da saúde geral e uma não existe sem a outra, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos serviços de saúde e à informação".

Com essa percepção do problema, a coordenação da UBS/SF Jardim Brasil, juntamente com a ESB, colocou o tema em discussão nas reuniões semanais de equipe e, por meio de discussões, todos os profissionais da unidade passaram a construir conceitos sobre necessidade,

percepção e atenção em saúde bucal e a buscar um modelo para nortear a atenção de forma equitativa, "podemos valorizar os saberes de todos os profissionais, que falaram com propriedade da situação das famílias e seus anseios. Foi, portanto, uma construção coletiva de todos os profissionais - ACS, dentista, enfermeiras, médicas, psicóloga, técnicos de enfermagem, recepção -, inclusive com forte participação da coordenação da unidade", reflete a dentista da unidade, Franssinete.

Ela considera ter havido um ganho de qualidade para os profissionais da unidade, que passaram a compreender melhor questões mais específicas da odontologia e a contribuir com seus conhecimentos e percepções na construção da ficha de avaliação e na reorientação do fluxo, trazendo as questões odontológicas mais para perto do dia-a-dia da equipe.

A coordenadora da UBS/SF Jardim Brasil, Patricia Dias Braz Rodrigues, conta



Franssinete Trajano de Medeiros Annes, dentista da UBS/SF Jardim Brasil, Marcelo Bacci Coimbra, dentista e coordenador da Atenção Básica de Amparo, e Patricia Dias Braz Rodrigues, médica e coordenadora da UBS/SF.

que houve um grande impacto em relação à integração da saúde bucal com o demais profissionais da ESF, "durante o processo de discussão muitas vezes houve questionamentos do motivo da discussão com toda a equipe do processo de trabalho 'específico' da SB. Mas com as discussões houve uma apropriação por parte da equipe do trabalho da saúde bucal, assim como a percepção do tamanho da restrição de acesso que ocorria em nossa unidade", lembra a coordenadora, que afirma que a partir daí houve um grande empenho da equipe em construir propostas na tentativa de qualificar o acesso ao atendimento da SB na unidade.

O passo seguinte foi a atualização dos dados da lista de espera, com exclusão dos usuários que haviam se mudado e dos já contemplados com tratamento. Os indivíduos foram, então, separados por microáreas de residência, para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizassem visitas a essas famílias.

A UBS/SF buscou construir um instrumento para ordenar prioritariamente as famílias com maior necessidade de atendimento e que

pudesse ser utilizado por qualquer profissional da equipe. Para tanto, foram utilizados critérios amplos que incluíssem informações de saúde bucal, saúde geral, condições socioeconômicas e necessidades do usuário, "o que possibilita a percepção dos problemas de saúde bucal por qualquer profissional da equipe, sem necessidade do exame clínico", destaca Patrícia. O instrumento desenvolvido permite que cada indivíduo da família seja avaliado e pontuado numa graduação de 1 a 3, em relação aos critérios idade, condição bucal e saúde geral. Em seguida, é feita uma somatória da pontuação de todas as pessoas da família e realizada uma média, que é somada a uma nota familiar que considera a condição socioeconômica, moradia e necessidade do usuário. "Os dados a serem considerados para a saúde geral referem-se ao nível social e às condições de vida, pois uma variedade de fatores não clínicos muitas vezes é responsável por um maior risco à cárie, mesmo que de forma indireta, pois indivíduos desempregados, com condições de moradia insalubres ou baixo grau de instrução escolar, podem ter como

consequência indireta uma dieta mais cariogênica e higiene bucal deficiente", conta Franssinete, que considera que uma das dificuldades da mudança tenha sido o número de pessoas que aguardavam atendimento no livro de espera, "era preciso organizar o atendimento para um número grande de usuários com necessidades acumuladas".

O usuário Luciano Palma é um dos beneficiados, "eu estava com meu nome na lista de espera há mais de dois anos e, com essa mudança, fui chamado logo. Toda a minha família foi identificada para tratamento de saúde bucal e acho que melhorou muito o atendimento, pois está chamando mais rápido e mais pessoas. Está ótimo".

A etapa seguinte foi a formação de grupos de recepção, compostos por vários membros da UBS/SF, para explicar aos usuários o novo fluxo de atendimento, "percebemos a satisfação da equipe em oferecer resposta às famílias que aguardavam na lista de espera", avalia a coordenadora da unidade, Patrícia Dias.

Nova dinâmica entendida e incorporada, os benefícios são muitos. Entre eles, a obtenção de um instrumento de avaliação em saúde bucal simples, de fácil compreensão e manuseio "e que faz do ACS, em especial, um elo entre o paciente e a equipe, tornando a porta de entrada para a atenção em saúde bucal menos



**"A priorização do atendimento às famílias de risco diminuiu o número de atendimentos emergenciais na unidade e a participação de toda a equipe no planejamento das ações fortaleceu o vínculo".**

Franssinete Trajano de Medeiros Annes, dentista da UBS/SF Jardim Brasil

impessoal e sem requerer o deslocamento do usuário até a unidade de saúde", afirma Franssinete. A dentista lembra que a ficha de avaliação norteia o ACS com critérios claros, evitando equívocos em relação à priorização das famílias, além de facilitar a compreensão por parte da comunidade.

A moradora Silvana Mosca fala da atuação dos agentes, "a ACS me chamou para tratamento odontológico, foi à minha casa e marcou pra mim. Foi fácil, não teve dificuldade e eu nem precisei pedir na unidade. Ela me mostrou que preciso cuidar da saúde de minha boca".

A UBS/SF Jardim Brasil conta, agora, com uma lista de espera mais equânime, "a família com maior escore (16 pontos num total de 18) e, conseqüentemente, a primeira da lista atual era o número 155 da lista antiga e esperava há um ano e meio. O que veio reforçar o entendimento que o acesso se dava de forma descontextualizada das necessidades dos usuários", conclui Patrícia.

Hoje, além de reorganizar a lista de espera, a ficha de avaliação passou a ser utilizada na organização do acesso dos outros usuários que buscam assistência odontológica, a qual estabeleceu triagens trimestrais, utilizando-se as maiores pontuações da lista de espera e pontuações correspondentes de novos usuários. Outro ganho foi a caracterização da busca de atendimento por microáreas para planejamento de atividades educativas, "onde pudemos perceber que o número de pessoas que buscaram atendimento odontológico foi menor nas microáreas menos favorecidas, o que mostra que a percepção de saúde bucal é menos valorizada por parte desses usuários". A dentista diz que a participação de todos ampliou o olhar sobre o usuário e favoreceu a integralidade no atendimento, "em nível de gestão, temos



maior caracterização dos usuários e estatísticas de busca e atendimento por famílias, microáreas e outros aspectos e em nível de atendimento, passou-se a oferecer maior atenção aos mais necessitados, inclusive uma atenção integral que extrapola as questões da saúde bucal".

Marcelo Coimbra lembra que, com a inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família, foram muitos os avanços e também os desafios, "e é fundamental oferecermos serviços cada vez mais resolutivos, ampliando o cuidado sobre a população adscrita. É preciso não só conhecer os moradores, mas identificá-los no seu contexto familiar e, para isso, são necessários vários olhares presentes no atendimento multidisciplinar". Ele ressalta que as reuniões de equipe, que acontecem rotineiramente nas unidades de saúde, são essenciais para discussão do processo de trabalho e avaliação dele, "cabe também à coordenação da unidade colocar o tema saúde bucal como pauta, pois só assim concretizamos todo o processo e obtivemos esses resultados".

Patrícia Dias destaca a importância de poder contar com um profissional da saúde bucal comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde e com o fortalecimento da estratégia Saúde da Família e lembra que a cidade



de Amparo trabalha com gestão participativa por meio de colegiados de gestão, dos quais os 11 coordenadores das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família fazem parte do Colegiado de Atenção Básica, juntamente com o Grupo de Apoio à Atenção Básica, que é composto por quatro profissionais. "Em uma das reuniões desse colegiado levamos o trabalho desenvolvido em nossa unidade, o que desencadeou a discussão sobre saúde bucal em outras unidades e interesse em conhecer melhor o instrumento desenvolvido pela nossa equipe. Já temos o conhecimento de uma outra unidade que enfrentava problemas semelhantes aos nossos e que desenvolveu também uma ficha de avaliação de acordo com as características locais".



Vencendo distâncias, barreiras financeiras e culturais, Equipes Multi-disciplinares de Saúde Indígena do Pará se unem para acabar com a morte por desnutrição infantil.

## No Pará, equipe cria Programa de Recuperação Nutricional para população indígena

O Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó (DSEI-KP), no Pará, é responsável pelas ações de saúde realizadas nas 12 aldeias da etnia Kaiapó, na região do sul do estado. Cinco equipes multidisciplinares vinculadas à estratégia Saúde da Família - coordenadas por uma enfermeira e compostas por técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) - assistem 4.097 usuários.

Entre os anos de 2005 e 2006, os indicadores epidemiológicos do DSEI Kaiapó apontavam elevada morbidade e mortalidade em crianças menores de cinco anos

e, apesar disso, não era feita qualquer avaliação, de forma sistemática, para identificar os casos de desnutrição que estivessem propiciando esse quadro.

Em setembro de 2006, em consonância com as ações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) de expandir a vigilância alimentar e nutricional e com a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (Sisvani), foi possível fazer um acompanhamento dessas crianças menores de cinco anos, o que possibilitou, também, a identificação de grande número de casos de baixo e muito baixo peso para idade e demonstrou a necessidade da criação de um Programa de Recuperação Nutricional (PRN).

O PRN tinha o objetivo de reduzir em 90% o número de crianças com baixo e muito baixo peso até dezembro de 2008, "o que vem sendo atingido por meio de diversas ações de recuperação e prevenção, que envolvem toda a Equipe Saúde da Família Indígena", comenta o médico Altamiro Carvalho, responsável técnico pelo PRN.

O Programa de Recuperação Nutricional pretende também propiciar um processo de integração entre equipe de saúde e comunidade; capacitar continuamente a equipe multidisciplinar em vigilância nutricional e ações de intervenção; incluir a comunidade no processo decisório das ações e atividades relacionadas à recuperação nutricional das crianças; manter a vigilância nutricional por meio da avaliação antropométrica mensal em todas as crianças menores de cinco anos de idade; padronizar ações de intervenção precoce nas crianças de baixo e muito baixo peso; executar atividades de educação em saúde nas aldeias e realizar acompanhamento diferenciado em crianças com baixo e muito baixo peso e naquelas que apresentem risco identificado ao nascer.

Inicialmente, o trabalho consistiu no levantamento bibliográfico a respeito de programas de tratamento de



desnutridos, uso de fórmulas de complementação alimentar, intercorrências e intervenção em crianças com baixo peso; a partir desses estudos foi elaborada, em conjunto com o responsável técnico pelo Sisvani e com uma nutricionista, a primeira proposta do PRN para ser discutida com a equipe e a comunidade. "Essas discussões foram realizadas em todos os níveis, com ampla oportunidade de troca de opiniões, de forma a adequar os protocolos e recomendações nacionais e internacionais elaborados pela Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria para a realidade da área indígena Kaiapó", conta Altamiro.

Para o médico Altamiro, para se implantar de forma bem sucedida um programa como o PRN, é essencial que a equipe de elaboração tenha bom conhecimento técnico, "mas também é fundamental o conhecimento situacional. Os dados de saúde devem ser analisados, interpretados e só então é possível o estabelecimento de metas e objetivos adequados para resolução dos problemas da comunidade".

Após a obtenção da aprovação por parte da chefia do DSEI e da coordenação técnica, aproveitou-se que os AIS estavam reunidos em seu programa de formação, ou seja, fora da aldeia, para que lhes fosse apresentado o PRN, com discussão da proposta, da importância do papel dos agentes de





saúde e de suas atribuições, "esse grupo apresentou, entre outras idéias, importantes sugestões em relação aos formulários utilizados, que foram então modificados". Na reunião com a equipe de enfermagem, foram discutidas a proposta do fluxograma de informações, a atuação da equipe e a importância da integração com a comunidade. Para o Conselho Distrital de Saúde Indígena, foram esclarecidas as dúvidas e apresentada a importância do PRN e como a comunidade poderia participar colaborando na recuperação das crianças. O Programa foi aprovado por unanimidade.

A enfermeira Mara Midená, coordenadora técnica do DSEI Kaiapó e responsável pela supervisão das equipes, considera que essa discussão com todos os segmentos envolvidos tenha facilitado o processo, "todos se sentiram co-participantes de sua elaboração e, portanto, se encontraram muito mais à vontade com sua implantação. A equipe e a comunidade perceberam que não

foi um programa imposto, e sim construído com a participação de todos. A iniciativa, se realizada unilateralmente, não teria atingido os resultados que atingiu".

Paralelamente ao início das ações, que eram coordenadas pelas enfermeiras, o responsável técnico pelo programa visitou todas as aldeias, orientando os profissionais e conversando com as comunidades, "como as equipes já estavam envolvidas com o Sisvani, a adesão foi completa e reforçada por um instrumento de divulgação de resultados e mobilização, que é o informativo das ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas no âmbito do DSEI Kaiapó", conta o médico.

Para vencer as distâncias comuns na região, as ações tinham de ser simples e descentralizadas, além de planejadas em conjunto para haver boa aceitação de toda a equipe, "assim desenvolvíamos o projeto com um grupo reduzido de profissionais e discutíamos as soluções

em equipes maiores, com todas as enfermeiras responsáveis pelas equipes de saúde. Depois fazíamos os treinamentos em área, mobilizando os agentes de saúde em suas próprias comunidades. Além disso, para minimizar distâncias e mostrar a coesão, o informativo foi o instrumento essencial". Mara ressalta que o suporte garantido pela equipe técnica do Sisvani e pela Chefia e Coordenação Técnica do DSEI permitiu liberdade de ação aos executores do Programa, "muitas decisões têm de ser tomadas de forma ágil, para não comprometer o andamento das atividades". Outra problemática vivida e prontamente solucionada era relacionada ao transporte, que na região é bem mais complexo que no sul do país, "o DSEI era ágil para providenciar transporte da equipe para as aldeias, em sua maioria por via aérea, garantir a manutenção dos equipamentos e a disponibilização de uma técnica de enfermagem para acompanhar o responsável técnico, com

dedicação prioritária ao programa".

Na medida em que se implantou a estratégia central do PRN, as comunidades nas aldeias foram sendo mobilizadas, sendo que em cada aldeia foi realizada reunião com mulheres e líderes comunitários, para maior integração e colaboração deles com o Programa. A enfermeira de umas das equipes, Inácia Freitas, lembra que a atuação com a população indígena requer uma visão diferenciada, "trabalhar com indígenas é trabalhar em outro mundo, pois culturalmente são muito diferente de nós. De forma geral os Kaiapó tendem a aceitar tudo que é apresentado a eles formalmente em reunião, que tem de ser feita com as lideranças e com as

mulheres em momentos separados".

Como geralmente os agentes de saúde e os técnicos de enfermagem ficam na área indígena, a capacitação foi feita de forma descentralizada. Cabe a esses profissionais o preparo do complemento que as crianças vão receber nos postos de saúde em copos, três vezes ao dia. A mistura é preparada com leite - diferenciada para o primeiro semestre, segundo semestre e maiores de um ano -, farinha de cereais, óleo mineral, açúcar e fórmula de sais minerais. Altamiro Carvalho conta que o maior problema encontrado entre a população refere-se ao uso do óleo vegetal, "para conseguirmos a carga calórica necessária com volume suficiente, há necessidade de utilização de elementos de alto valor calórico e baixo volume, ou seja, em nosso caso, o óleo vegetal, que provocou rejeição por algumas mães". Mas, para ele, o fato concreto é que quando a equipe soube trabalhar bem com a comunidade, "com fundamental participação do agente indígena de saúde, os resultados foram ótimos. Onde os agentes não foram parceiros e onde a comunidade não foi mobilizada, os resultados foram piores".

Embora o DSEI Kaiapó não contasse com um nutricionista, foi feita a contratação de uma profissional que visitou todas as aldeias para a realização da avaliação nutricional, atingindo cobertura de mais de 80% das crianças

menores de cinco anos, "nessas oportunidades, supervisionamos os trabalhos em andamento, corrigimos falhas nos preparos da fórmula, nos reunimos com os agentes de saúde e com a comunidade", conta a nutricionista do Programa, Lídia Pantoja.

Ao longo do processo e como resultado das atividades realizadas nas aldeias, foram surgindo outras estratégias, como a elaboração de material de apoio e recomendação de adoção de novos procedimentos que se mostraram de grande valia para todas as equipes, como o quadro de acompanhamento, a reforma nas tabelas de peso, que se tornaram de mais fácil uso, e a modificação de palatabilidade na fórmula de sais minerais.

Além das avaliações periódicas com a equipe, comunidade e controle social, foi realizada formalmente, após um ano da implantação do PRN, uma reunião de monitoramento e avaliação do Programa, "esta foi uma oportunidade de alterar algumas metas que pudessem estar sub ou superdimensionadas e de compartilhar experiências entre profissionais de diferentes aldeias", analisa a enfermeira Mara.

Para Altamiro Carvalho, a implantação do programa mudou a visão de entendimento de toda a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do que é uma criança de baixo peso e de sua gravidade, "isso por si só modificou a forma de acompanhamento, pois os



**"O desenvolvimento de programas de recuperação em áreas críticas é fundamental, mas para seu êxito deve haver articulação entre a equipe de saúde e a comunidade. Embora tenham sido encontradas dificuldades, a adesão de toda a equipe ao PRN, aliada ao apoio dos usuários, tornou possível que se atingissem tais resultados."**

Altamiro Carvalho, médico

agentes de saúde se sentiram muito mais responsabilizados por essas crianças, desempenhando um papel bem mais ativo em relação a elas e se interagindo muito mais com a equipe de saúde". Segundo o médico, foram identificados vários óbitos de anos anteriores que eram relacionados à desnutrição, "inicialmente tivemos a identificação de grande número de casos de desnutridos, o que fez parecer que os índices pioravam, quando na verdade eram subnotificados".

Hoje, o PRN está implantado em todas as aldeias que compõem o DSEI Kaiapó, sendo que também em todas a participação da equipe se dá de forma



integrada, com especial importância para os agentes de saúde, responsáveis por auxiliar a pesagem, motivação da comunidade e nas atividades educativas, além de serem responsáveis pelo acompanhamento diferenciado nas crianças de baixo peso em suas residências. A enfermeira Maria das Graças Plamplona ressalta a importância do trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde, "por ser quem melhor conhece as aldeias, além de dominar o idioma, os agentes visitavam as casas acompanhando as crianças rotineiramente, levando-as prontamente para

avaliação mediante qualquer problema que surgisse".

Após a implantação do Programa de Recuperação Nutricional, a cobertura mensal de avaliação antropométrica de crianças menores de cinco anos subiu de 37% para 60%. O número médio de crianças com baixo e muito baixo peso registrados entre outubro de 2007 e janeiro de 2008 foi, respectivamente, 13,25% e 2,75%, o que mostra melhora comparado aos primeiros quatro meses de implantação do Programa, quando foram encontradas, respectivamente, 21,75% e 6%; a mortalidade em crianças nos três primeiros meses de 2008 - três crianças - foi menor do que no mesmo período dos anos anteriores (nove em 2007 e sete em 2006).

Inácia Freitas, que coordena uma das equipes com melhores resultados, fala, ainda, das mudanças comportamentais. Segundo a enfermeira, a recepção da comunidade para as ações de vigilância nutricional tem sido muito boa e a aceitação da avaliação antropométrica muito positiva, "todos gostam de ver o informativo pendurado nos postos de saúde, o que sempre gera comentários e curiosidade".



Para Altamiro, o maior problema para garantir a continuidade do Programa refere-se à grande rotatividade dos profissionais de saúde indígena, "os agentes indígenas de saúde são fixos, mas possuem certas dificuldades que só podem ser superadas com o trabalho em equipe conjunto e o investimento continuado em sua capacitação, tanto formalmente como informalmente, por meio de reuniões de equipe e discussões de temas de saúde". Além do investimento nos profissionais e capacitação dos agentes, o médico sugere que sejam firmadas parcerias para manutenção dos insumos para a complementação nutricional, "enquanto são desenvolvidos projetos de educação em saúde e nutrição e em outras áreas visando à auto-sustentabilidade das comunidades".

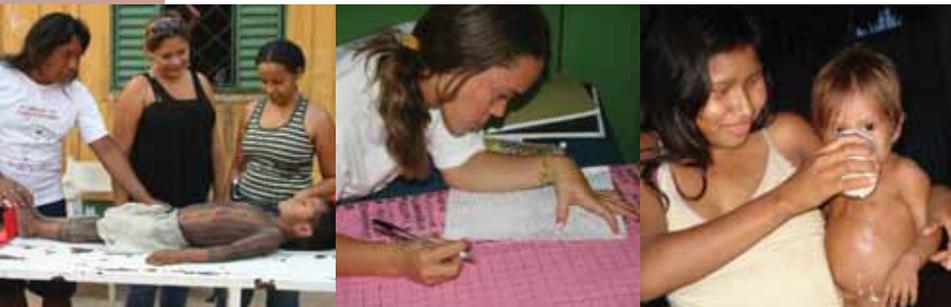
Para os profissionais, o Programa de Recuperação Nutricional é capaz de

auxiliar na melhora dos indicadores de saúde infantis de uma comunidade "e sua execução, longe de ser complexa, é projetada para ser realizada em cenários com poucos recursos, sendo portanto compatível com a estratégia Saúde da Família". De acordo com os profissionais envolvidos, a receita está dada e, agora, o tempo e a continuidade garantirão a homogeneidade ao processo e a multiplicação da ação a outros Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, "para que a idéia se multiplique, creio que é fundamental a pesquisa de base para conhecer a real situação da região; depois disso é só seguir os mesmos passos: iniciar com um grupo pequeno e ágil, discutir e capacitar os

multiplicadores, instituir parcerias e um sistema de informações contínuo e eficiente e, por fim, atuar localmente, fundamentalmente com os agentes de saúde".



O informativo - O Bakukren - é publicado mensalmente e apresenta os consolidados de dados referentes ao Sivsani, a cobertura das avaliações antropométricas e reuniões com as comunidades, as ações de intervenção, bem como outros temas de interesse, tais como saúde bucal, alimentação tradicional, higiene e controle de endemias.







A psiquiatra Evelyn Cremonese.

Mas a profissional ressalta, entretanto, que, para otimizar a assistência em Saúde Mental, as ESF precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de Saúde Mental, “o trabalho integrado das ESF e SM enriquece o cuidado que cada uma pode oferecer e facilita uma abordagem biopsicossocial, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais”, diz Evelyn.

Como forma de dar andamento ao projeto de apoio matricial, o Programa de Saúde Mental passou, então, a fazer a discussão de diagnóstico situacional do município e das diretrizes do Ministério da Saúde para Saúde Mental na Atenção Básica com os profissionais das duas áreas – rede básica e SM; definiu os profissionais de apoio para a reorganização regional da Saúde Mental; fez a territorialização das equipes regionais de Saúde Mental, que passaram a ocupar um lugar de apoio às ESF; criou espaços de discussão e co-responsabilização pelos casos entre as Equipes de Saúde Mental e as Equipes Saúde Família; e definiu os fluxos de

atendimento e elenco mínimo de atividades em Saúde Mental por regional.

Evelyn Cremonese conta que a fase de discussão de diagnóstico contribuiu para a maior aceitabilidade do novo modelo, “já que se tratou de uma construção conjunta com os profissionais de Saúde Mental, que por sua vez também estavam descontentes com o modelo vigente até então”. Ela ressalta, entretanto, que a novidade do programa também impõe novos desafios, “como é um trabalho novo, que se está construindo aos poucos, novos desafios vão surgindo e novas soluções vão sendo descobertas conjuntamente”.

A enfermeira Carin Lara Loeffler já passou por situações bastante distintas relacionadas ao atendimento de pacientes com sofrimento psíquico, “atendi uma paciente com queixa de insônia, ansiedade, falta de vontade de viver, tristeza e dores difusas no corpo. Na ocasião, conversei com a médica de família, que, sem ver a paciente, apenas disse para que eu fizesse o encaminhamento ao CAPS, porque não era paciente para nós; encaminhei mesmo em dúvida, pois acreditava que a paciente poderia ser cuidada pela ESF, mas não tinha argumentos”. Em outro momento, Carin recebeu uma paciente

que já estava em acompanhamento pelo serviço de psiquiatria, “avalei a situação e percebi que a paciente estava em crise. Fiz contato com a psiquiatra de referência, discuti a situação, fui orientada de como agir no momento e a paciente foi posteriormente atendida no serviço especializado. Senti-me segura, confiante na conduta, pois percebi meu trabalho valorizado e a continuidade do cuidado oferecido”.

## Estruturação

Essa implantação do modelo de apoio matricial teve em vista a constatação de uma rede fragmentada, com profissionais e serviços atuando de forma desarticulada e enormes listas de espera tanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como nos ambulatórios de psiquiatria e psicologia da Atenção Básica/Saúde da Família.

Florianópolis conta, atualmente, com 87 Equipes Saúde da Família, distribuídas em 48 Unidades Básicas de Saúde, divididas em cinco regionais – sendo que, hoje, todas atuam dentro desse novo modelo. Com a nova estruturação, em que a SM passou a ocupar um lugar de apoio às ESF, os psicólogos e psiquiatras atuam com base



Para Sônia Saraiva, o matriciamento possibilita o aprimoramento de ambas equipes.

em um território definido, que pode compreender toda a regional ou algumas ESF dentro de uma mesma regional.

Sônia conta que inicialmente houve uma grande desconfiança por parte de todos, “de ser um programa temporário que gerasse mais sobrecarga de trabalho e que dificultasse o acesso à consulta com o especialista”. Contudo, afirma ela, “conforme o trabalho foi sendo desenvolvido, a noção de corresponsabilização e a garantia do acesso

mais direto aos profissionais de SM diminuíram as resistências”. A psiquiatra diz que, ao longo do processo, foi bastante trabalhada a escuta das queixas e sugestões das equipes, “com o fim de estreitarmos o vínculo entre as ESF e as equipes de SM e efetivamente construirmos um trabalho integrado”.

Para a psicóloga Francine Cassol Reimann, o matriciamento tem possibilitado a integração das Equipes Saúde Família e Saúde Mental “e algumas vezes se torna o fomentador da construção de um trabalho em equipe promovendo a articulação entre os profissionais”. A psicóloga acredita que, a partir da articulação dos profissionais, tem se aberto as portas para ampliação de olhares e de possibilidades de intervenções da ESF no atendimento ao usuário, “conseguindo assim se buscar uma visão mais integral sobre esses usuários”. Segundo Francine, essa integração tem permitido que as ESF consigam conhecer e entender melhor o trabalho da equipe de Saúde Mental com o objetivo de que possam se sentir

seguras, “apoiadas e orientadas pela Equipe de Saúde Mental para a realização de intervenção e acompanhamento de pacientes com sofrimento psíquico sem que precisem necessariamente ser encaminhados ao profissional psi (psicólogo, psiquiatra)”.

A psicóloga percebe, aos poucos, que o matriciamento vai permitindo melhores encaminhamentos, ou seja, “fazendo com que as ESF se ‘apropriem’ do cuidado ao paciente vendo-o como ser integrado, e não apenas se sentindo capaz de tratar suas doenças físicas, mas indo além, se ‘permitindo’ adentrar em um campo pouco conhecido ou de pouco domínio por parte dos profissionais da ESF”.

As equipes de apoio se corresponsabilizam pelos casos e estruturam sua forma de atuação conforme a necessidade das diversas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF), tendo a equipe como coordenadora do cuidado. Cada território de atuação deve contar com pelo menos um grupo de apoio em Saúde Mental, aberto, conduzido por um profissional da equipe de apoio de SM, preferencialmente em conjunto com um membro da ESF, “a existência desses grupos visa a possibilitar o acesso mais rápido a uma avaliação inicial que possibilite condutas mais adequadas, priorizando os casos de mais alto risco e facilitando um diálogo rápido e dinâmico com as equipes, a fim de que estas se sintam apoiadas em sua demanda”, explica Sônia Saraiva.

Foram criados, também, os espaços periódicos e formais de discussões de casos entre as ESF e as Equipes de SM; são nessas reuniões de matriciamento que são definidas as estratégias e ações a serem adotadas. Além disso, esses espaços se transformaram em dispositivos de educação permanente, uma vez que permitem o atendimento e intervenções em conjunto e discussão

de casos e de textos, “aumentando a capacidade resolutive de problemas de Saúde Mental pela equipe local”. Além desses, existem grupos específicos em Saúde Mental de temáticas diversas, nos quais a escolha dos temas e o planejamento dos grupos são feitos em conjunto com as ESF, considerando as necessidades prioritárias de Saúde Mental da localidade em que cada profissional atua. Evelyn destaca que, apesar de o modelo de apoio matricial favorecer esse espaço de educação permanente, “ao longo do processo foi constatada a necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família e de atualização dos profissionais de SM”. Diante disso, foi possibilitada a realização de uma capacitação em Saúde Mental integrada, “que contava com a presença de ambas as equipes, atuando já dentro do modelo proposto”.

No modelo de apoio matricial encontrado pelo município, são privilegiados os princípios de co-

responsabilização e continuidade do cuidado, “em nossa experiência, a Equipe de Saúde Mental que participa das reuniões de matriciamento é, também, responsável pelo atendimento específico dos casos”, conta Evelyn. Os especialistas acreditam que, assim, é possível se evitar um deslocamento da lógica do encaminhamento – do profissional matriciador em Saúde Mental para o profissional que presta assistência em Saúde Mental.

Esse formato permitiria, então, a construção conjunta de um plano terapêutico “em que ambos se responsabilizam por diferentes intervenções, que podem ser aplicadas ou não ao mesmo tempo. E favorece o estabelecimento de um vínculo entre os profissionais que repercute na valorização do vínculo como estratégia terapêutica”, completa a psiquiatra.

Embora o programa tenha procurado contemplar de todas as formas o atendimento integral, Sônia diz que houve resistência por parte dos

**O apoio matricial é um arranjo tecnoassistencial que visa à ampliação da clínica das Equipes de SF, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de co-responsabilização, pretendendo uma maior resolutividade à assistência em saúde.**

*Mariana Dorsa Figueiredo (2006)*



pacientes e um pedido freqüente de atendimento direto pelo especialista, de forma individual, “inclusive de psicoterapias de longa duração. Conforme fomos trabalhando a territorialização e o cuidado continuado pela ESF, sem se negar o acesso especializado sempre que necessário, a aceitação melhorou”. Segundo a psiquiatra, hoje os pacientes se sentem mais acolhidos e atendidos em suas demandas “quando contam com uma equipe integrada, que valoriza o vínculo como estratégia terapêutica fundamental”.

A psicóloga Francine lembra que o matriciamento possibilita que os casos em que as ESF não conseguem atender com seus próprios recursos ou que surgem dúvidas sobre a necessidade de encaminhamento são levados para o matriciamento, “não ficando mais encaminhamentos para Equipe de Saúde Mental em arquivos guardados na unidade de saúde. Percebo que, quanto mais a Equipe Saúde da Família conhece e entende o papel da Equipe de Saúde

Mental, bem como o reconhecimento pelas Equipes de Saúde Mental da importância do cuidado continuado ao longo do tempo realizado pelas ESF, benefícios são obtidos por todos já que tudo por ser discutido por meio do matriciamento, incluindo as dificuldades da própria equipe”. A enfermeira Carin concorda: “Com o serviço de matriciamento, consigo perceber a abrangência do cuidado ao paciente com sofrimento mental, fora do serviço especializado (no caso CAPS), bem como consigo ter argumentos e conhecimento para melhor avaliar e encaminhar o paciente”. Para ela, a possibilidade de discutir a situação e identificar riscos potenciais, em um ambiente de aprendizagem e respeito, qualifica a assistência oferecida; a enfermeira destaca, ainda, que o envolvimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no matriciamento amplia a rede de cuidado e fortalece o vínculo da equipe com o paciente.

Para a paciente Eliane Ribeiro Verzola, que está grávida e foi

encaminhada ao Grupo de Apoio Psicológico com sintomas depressivos e agora conta com acompanhamento de uma médica de família, o grupo ajuda por vários fatores, “a gente começa a ver o problema dos outros e vê que o nosso não é tão grande e, quando o problema é parecido, a gente se ajuda entre si”. Eliane acredita no atendimento realizado de forma integrada, “os profissionais ficam mais a par do que está acontecendo com a gente. Um profissional passa informações para o outro e um ajudando o outro acaba ajudando o paciente que está com problemas”.

Além da diminuição ou, em alguns casos, a eliminação das listas de espera para atendimento em Saúde Mental, no ano de 2007, pôde ser constatada uma redução de 22% do total de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, “ainda que sejam necessários mais estudos para definir as causas, essa diminuição corresponde ao período de reorganização da atenção em Saúde Mental do município com a





adoção do modelo de apoio matricial, podendo este ser apontado como um dos possíveis fatores responsáveis”, lembra Sônia Saraiva.

O novo modelo permitiu, também, que fosse feita uma reorganização da demanda, com a implantação de avaliação de risco e fim das listas de espera por ordem cronológica, favorecendo a acessibilidade ao sistema de saúde. Houve estímulo à mobilização de recursos comunitários, com a utilização de espaços como centros comunitários, salões de igreja e escolas, para a formação de grupos, possibilitando ainda ações de promoção e prevenção em Saúde Mental.

O projeto, que, inicialmente, envolvia apenas as equipes regionais de SM e ESF, agora permeia toda a organização da rede de Saúde Mental, incluindo os CAPS na lógica matricial, “esse arranjo

assistencial, de integração entre as ESF e o conjunto dos dispositivos de SM, possibilita que a Saúde da Família assumira seu papel de reordenador do modelo assistencial em saúde a partir da Atenção Básica”, destaca Sônia Saraiva. E isso não se restringiu à SM, já que outras especialidades passaram a atuar dentro da lógica matricial, “o que culminou com a publicação da portaria municipal nº 283/2007, que estabeleceu as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na estratégia Saúde da Família e definiu que as equipes de apoio às ESF serão organizadas em cada Regional de Saúde, compostas pelas especialidades de Pediatria, Ginecologia, Geriatria, Saúde Mental (Psiquiatria e Psicologia), Assistência Farmacêutica e outras de interesse da SMS, por meio de ações de matriciamento”.

**“O matriciamento auxilia as equipes a pensar sua atuação, conhecer sua rede e ampliar seus conhecimentos e possibilidades de ação já que permite o compartilhamento de saberes no encontro de múltiplos profissionais”.**

*Francine Cassol Reimann, psicóloga*

### **Objetivos do modelo de apoio matricial em Saúde Mental:**

- Garantir às pessoas com transtorno mental uma atenção baseada no enfoque comunitário.
- Estruturar um processo assistencial, desde a perspectiva da continuidade do cuidado, como elemento de uma qualidade integral.
- Aumentar a qualidade da assistência em Saúde Mental.
- Facilitar o acesso à consulta com o especialista e aos serviços especializados, quando necessário.
- Melhorar a comunicação entre os profissionais e a integração entre os centros de saúde de Atenção Básica e os serviços de SM.
- Aumentar as habilidades e a segurança das ESF para trabalhar com a Saúde Mental.
- Aumentar a efetividade dos profissionais de SM no atendimento aos portadores de transtorno mental e no apoio às ESF.
- Estimular o apoio mútuo no manejo de problemas complexos de Saúde Mental.
- Propiciar o uso mais eficiente e efetivo dos recursos disponíveis.
- Possibilitar a construção de projetos de prevenção e detecção precoce de transtornos mentais.

Observa-se um interesse crescente de alunos de graduação e pós-graduação em torno da temática Saúde da Família nos Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC), monografias de especialização, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Um dos trabalhos finalistas do III Concurso Nacional de Produção em Saúde da Família, na categoria Estudos e Pesquisas na Atenção Básica/Saúde da Família, foi desenvolvido por alunos do curso de especialização em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo. Experiências como essa ilustram uma interação entre academia e serviços de saúde que é essencial para a consolidação da estratégia Saúde da Família, na medida em que têm o potencial de promover a melhoria da qualidade de suas práticas, além de motivar novos profissionais de saúde a trabalhar e pesquisar nessa área. Os resultados desses estudos trazem subsídios importantes para a gestão, além de fazer com que as Equipes Saúde da Família (ESF) se sintam valorizadas e reconhecidas pelo seu trabalho.

## Alunos da Saúde Coletiva realizam pesquisa sobre as necessidades de saúde e organização do trabalho dos ACS

Esse estudo teve como objetivo reconhecer a maneira pela qual os Agentes Comunitários de Saúde da comunidade do Butantã, em São Paulo, identificam as carências e necessidades dos indivíduos e famílias durante as visitas domiciliares, além de identificar alguns aspectos relacionados à organização do trabalho desses profissionais da saúde. Por meio da análise de prontuários-família e realização de um grupo focal com ACS, foi possível ainda verificar quais são os critérios utilizados pelos agentes para a realização de visitas; identificar características de carecimentos e necessidades de saúde; e identificar aspectos do trabalho do Agente Comunitário na apreensão e abordagem das necessidades de saúde.



ACS do serviço estudado.

O grupo de autores também tem a expectativa de que o trabalho possa contribuir para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica, no sentido de dar subsídios para identificar necessidades de saúde e orientar o trabalho das Equipes Saúde da Família.

No Centro de Saúde-Escola (CSE) Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, no Butantã, as visitas de vigilância à saúde e para apoio social têm como objetivos identificar e apoiar famílias e indivíduos e priorizam os domicílios com usuários que necessitem de atenção domiciliar; situações complexas de dinâmica familiar ou relações de vizinhança que necessitem de suporte social; famílias que tiveram um dos seus membros internado ou falecido; famílias com recém-nascidos de até seis meses e/ou em situação de risco de até um ano de idade; conforme solicitação de membros do domicílio, da ESF, de equipamento social ou, ainda, sugestão de parente ou vizinho. Todas as visitas são registradas em prontuário-família, com descrição dos objetivos, trabalho realizado e impressões do agente.

Thaís Fonseca Lima, terapeuta ocupacional e uma das autoras do

trabalho, lembra que as visitas devem seguir o princípio da equidade, “a partir do serviço de saúde estudado, pôde-se perceber que mais importante do que a visita regular é a determinação das visitas de acordo com as necessidades de saúde de cada família, para se alcançar o princípio da equidade”. Ela lembra, no entanto, que essa falta de regularidade pode gerar menor controle sobre as famílias, “o que pode levar ao desconhecimento de algumas demandas. Mas uma visita ao mês para todas as famílias pode ser insuficiente ou desnecessária”.

De acordo com os dados levantados, os Agentes Comunitários de Saúde fazem as visitas para a realização de cadastramento, devido às demandas das famílias, observações do próprio ACS das necessidades dos indivíduos visitados, agendamento de consultas médicas e para prestar informações em relação aos serviços de saúde. Em relação à quantidade de visitas, o grupo focal revelou que o principal determinante de uma única visita é o agente perceber uma ausência de demanda da família, “a ação do ACS parece estar mais voltada a ações vinculadas ao serviço de saúde, seja

pelas atividades programáticas, seja por dificuldades em estabelecer relações intersetoriais”, destaca a enfermeira Juliana Ribeiro da Silva, também autora.

Um dos pontos interessantes da pesquisa deve-se ao número de usuários que também buscam informações sobre benefícios sociais e outras demandas que não estão ligadas aos objetivos do trabalho do ACS. Frente a demandas sociais, os ACS se vêem diante de duas situações, uma voltada à promoção da saúde e emancipação do sujeito e outra assistencialista; sendo que para a primeira um ACS lembra que “a gente não dá inscrição para a cesta básica, a gente informa onde buscar”, enquanto que para a segunda situação o ACS revelou: “eu parei de fazer o cadastro e fui procurar comida, arrumei leite, bolacha e açúcar”.

No grupo focal também surgiu a dificuldade do ACS em lidar com carecimentos e necessidades não reconhecidas pela família ou pelo usuário, como a questão da violência, por exemplo, “os ACS têm mais dificuldade para lidar com carecimentos e necessidades que



sejam mais de ordem social do que com os referentes ao conhecimento e recursos biomédicos”, ressalta Rubens Kon, médico sanitário e diretor do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa (Butantã), Faculdade de Medicina da USP.

O estudo mostrou que, diante das necessidades, os agentes procuraram intervenções visando à promoção da saúde, estímulo ao autocuidado, estabelecimento de redes sociais, utilizando-se de recursos do serviço e ações intersetoriais, “percebe-se a necessidade de mais pesquisas para que se possa conhecer mais claramente outros aspectos dos problemas apresentados, como o processo de trabalho em equipe do serviço e sua relação com o processo de trabalho dos ACS”, adverte Denise Zakabi, psicóloga e autora do trabalho.

### **Relação do ACS com a comunidade**

---

A relação do Agente Comunitário de Saúde com a comunidade, em geral,

mostrou-se intensa e estruturada, sendo que os usuários, freqüentemente, recebem bem os ACS e são agradecidos pelo seu trabalho – o que pode ser percebido nos registros dos prontuários.

Observa-se que os usuários têm a expectativa de que essa relação seja duradoura, “pois reclamam quando o ACS demora a fazer uma nova visita e são resistentes quando ocorre a mudança de agente responsável pela microárea”, diz Daiana Bonfim, enfermeira e participante do grupo de alunos. É notória, também, a relação de confiança entre usuário e ACS, levando à revelação de confidências, o que torna a visita domiciliar um espaço de escuta.

Segundo os autores, outra característica fundamental é o

entendimento que os ACS têm de seu trabalho, “eles sabem que não estão ali para dar solução, mas para ajudar a pessoa a encontrar a solução”, enfatiza Talita Luiza Faria, psicóloga e uma das autoras.

### **Registro no Prontuário-Família**

Embora o prontuário seja reconhecido como documento de fundamental importância para o trabalho dos agentes, a pesquisa apontou a ocorrência de erros e/ou descuido em relação ao seu preenchimento com certa desorganização quanto às datas, incongruências entre os dados cadastrais e os registros que se seguem ao longo do prontuário, erros de digitação nos dados cadastrais e falta

de clareza no registro, “o prontuário é um documento de grande importância para o conhecimento do usuário, pois é uma parte de sua trajetória na unidade de saúde. Como um banco de dados para reconhecimento da população, avaliação do serviço e planejamento de ações”, informa Fernando Pessoa de Albuquerque, psicólogo e outro estudante do curso de especialização.

Para muitos agentes, o momento do registro é a “parte mais chata” ou, ainda, um trabalho desagradável que não incita uma escrita organizada, “assim, os erros e/ou descuidos podem se tornar mais frequentes no instrumento de trabalho, o que acaba dificultando o uso desse instrumento por parte do serviço e o não reconhecimento do trabalho do ACS”, comenta Fernando.

Há ainda por parte dos agentes dúvidas em relação à importância ou mesmo sobre a forma correta de se fazer os registros. Muitos, no entanto, reconhecem essa necessidade e selecionam as informações importantes para o serviço, destacam dados importantes para seu processo de

trabalho e afirmam que o registro valoriza seu trabalho, “são informações preciosas”, “meu registro vai servir como testemunha que eu orientei”.

### **Supervisão**

A supervisão do trabalho consiste no apoio aos ACS, discussão e procura de alternativas conjuntas para melhor encaminhamento dos casos. No Centro de Saúde-Escola (CSE) Samuel B. Pessoa, a supervisão é realizada por diversos profissionais de nível superior, entre eles, médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e educadores.

A importância da supervisão para os agentes e o quanto ela é fundamental para um bom andamento do caso foram destaques no grupo focal, “ela representa um facilitador do trabalho, um recurso para manutenção da saúde mental do ACS e um espaço para mostrar seu trabalho”, diz Thaís, para quem o trabalho do ACS tem um forte componente subjetivo, “pela sua prática, exigir uma sensibilidade e uma abertura ao estabelecimento de um

vínculo, necessárias para a produção de cuidados em saúde, sendo esta pautada em um olhar sobre as necessidades da população”.

O trabalho realizado pelo grupo de alunos do curso de especialização em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo demonstra, entre outras coisas, a importância do registro no serviço de saúde, “pois só a partir deste é que foi possível realizar essa avaliação do trabalho dos ACS e, por esse motivo, ele aponta para a necessidade de um registro detalhado e organizado das atividades realizadas em todas as unidades”, destaca a autora e médica sanitária, Ana Silvia Whitaker Dalmaso.

A pesquisa apontou que os ACS conseguem alcançar o objetivo da estratégia Saúde da Família com a presença e envolvimento de toda a ESF no compartilhamento dos casos, “e por esta reconhecer a importância desse profissional para atingir os princípios do SUS. Muito mais que agentes de saúde, mostraram-se agentes de cidadania”.

**Aprimorandos  
em Saúde  
Coletiva:  
Fernando,  
Thais, Talita,  
Daiana,  
Juliana e  
Denise.**



## **Pesquisadores analisam atenção domiciliar aos idosos nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil**

Os pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas Luiz Augusto Facchini, Elaine Thumé, Vanessa A. Teixeira, Maria Aparecida Rodrigues e Roberto Xavier Piccini apresentam, na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, os resultados de uma pesquisa realizada sobre a atenção domiciliar à população idosa nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil – 41 municípios acima de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na Região Sul, e de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, na Região Nordeste.

Estudos da Organização Mundial de Saúde apontam que, até 2025, cerca de 15% da população brasileira terá mais de 60 anos e que o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em número de idosos; estudos brasileiros evidenciam que mais de dois terços dos idosos relataram ter pelo menos uma doença crônica, sendo que a prevalência foi maior entre as mulheres. O que requer um conhecimento acerca da situação atual em termos de atendimento em saúde e, mais ainda, uma prospecção que indique se os profissionais da área da saúde, mais especificamente da Atenção Básica/Saúde da Família, estão capacitados para tratar as especificidades dessa população. Com vistas a estudar essa temática, o grupo decidiu avaliar a prevalência de necessidade de atenção domiciliar de idosos e sua cobertura por Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e com Saúde da Família.

Segundo o estudo, ainda é escasso o conhecimento sobre a resposta às demandas de saúde dos idosos por parte da Atenção Básica, particularmente da estratégia Saúde da Família. Avaliações recentes feitas pelo próprio Facchini identificam a estratégia como o modelo com melhor desempenho na cobertura de ações programáticas em todos os grupos populacionais, inclusive os idosos. Para o estudioso, a avaliação do desempenho da estratégia no cuidado domiciliar de idosos será essencial para a plena inclusão desse grupo populacional ao SUS. “O trabalho busca divulgar seus resultados para apoiar as políticas públicas dirigidas à expansão e consolidação de modelos de Atenção Básica à saúde mais efetivos e adequados às necessidades dos idosos”, afirma o autor da pesquisa.

Para Facchini, a organização de ações programáticas dirigidas aos idosos nas UBS, principalmente em áreas da estratégia Saúde da Família, precisa valorizar o domicílio como espaço de saúde, “estabelecendo uma classificação de risco para as necessidades de cuidado em casa,

considerando as características sociodemográficas e epidemiológicas sintetizadas na análise multivariável do estudo; os mais velhos e os portadores de doenças crônicas, principalmente aqueles com fragilização da saúde e incapacidade funcional básica para a vida diária, estão entre os idosos de maior prioridade para o planejamento do cuidado domiciliar pelos serviços de Atenção Básica à saúde”. Para ele, a expansão e a consolidação da estratégia em grandes centros urbanos do país serão estratégicas na ampliação do cuidado domiciliar de idosos, promovendo a humanização e a equidade em saúde.

Os achados do estudo estão sendo divulgados aos municípios por meio de publicações, oficinas de trabalho, jornal do estudo e da página na internet – [www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm](http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm)

## Tese de Doutorado subsidia estudo sobre os efeitos da implantação da estratégia Saúde da Família no Brasil

A pesquisadora Rosana Aquino Guimarães Pereira desenvolveu, como tese de Doutorado em Saúde Pública da Universidade Federal da Bahia, o trabalho "Programa de Saúde da Família (PSF): Determinantes e Efeitos de sua Implantação no Brasil", com o objetivo de identificar, no período de 1996 a 2004, os potenciais determinantes contextuais da implantação e da consolidação da estratégia; investigar a adequação do uso do indicador de cobertura da Saúde da Família, analisando a sua correlação e concordância com outros indicadores; e avaliar o impacto da implantação da estratégia sobre a redução da mortalidade infantil.

O estudo, dividido em três partes, aborda a diversidade dos cenários de implementação em estados e municípios e investiga os determinantes contextuais da implantação e consolidação da estratégia no Brasil; num segundo momento, a pesquisadora procura avaliar o indicador de cobertura da estratégia; e, finalmente, é verificada a efetividade da estratégia Saúde da Família em relação à redução da mortalidade infantil.

Na última década, a estratégia Saúde da Família vem apresentando grande expansão. Em 1998, alcançava cerca de um quinto dos municípios brasileiros e, no final de 2007, estava implantada em mais de 90% deles, com 27.324 Equipes Saúde da Família, atingindo uma cobertura de 46,6% da população brasileira.

Segundo os dados levantados por Rosana Aquino, a implantação da estratégia nos municípios brasileiros esteve associada com a condição de o município ser capital, estar localizado em região metropolitana, ter alta taxa de urbanização, estar habilitado em gestão plena do sistema e com outras variáveis socioeconômicas. Já a sua consolidação esteve associada com variáveis que revelavam situações de maior precariedade socioeconômica e nas condições de gestão do município.

Atualmente, segundo a pesquisa, os municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde encontram menores dificuldades em implementar a Saúde da Família como uma estratégia de expansão de cobertura, "nas capitais e grandes centros urbanos, onde os sistemas de saúde se caracterizam pela exclusão de grandes parcelas da população aos serviços de saúde, complexos perfis de saúde-doença e redes assistenciais desarticuladas, as dificuldades da consolidação são maiores e de difícil superação, envolvendo a resistência de diversos atores sociais", afirma a pesquisadora. Para Rosana, o papel indutor do gestor federal é decisivo para a melhoria e sustentabilidade dessas políticas.

Uma das principais contribuições dessa pesquisa consiste na "apresentação de resultados que fortalecem as evidências de que o Programa de Saúde da Família teve impacto positivo sobre o estado de saúde da população", evidenciando o efeito da estratégia sobre a redução da mortalidade infantil em municípios brasileiros, entre 1998 e 2003. A pesquisadora lembra que o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência, como o incentivo ao aleitamento materno, a assistência pré-natal, a atenção ao recém-nascido e aos menores de cinco anos e a prevenção e o manejo de doenças infecciosas (por meio de atividades de educação em saúde, monitoramento da imunização de crianças e gestantes, incentivo à utilização da Terapia de Reidratação Oral e atenção aos casos de doença), tem sido destacado entre as principais intervenções sanitárias disponíveis contra a mortalidade infantil e de menores de cinco anos realizadas pelas ESF.

É ressaltada a importância de "investimentos em recursos humanos e financeiros na gestão de sistemas de informação em saúde" com o objetivo de viabilizar a produção de informações relevantes para a gestão em saúde.

Por fim, Rosana reconhece a importância de pesquisas avaliativas que possam investigar não apenas o desenvolvimento de intervenções que tradicionalmente vêm sendo realizadas nas unidades básicas de saúde, como também novas práticas e objetos de atenção.

Nesse sentido, a III Mostra Nacional de Saúde da Família, ao promover a interação entre pesquisadores e profissionais de saúde, constitui uma oportunidade única de mostrar a dimensão da criatividade das Equipes Saúde da Família e inspirar novos estudos e pesquisas que continuem revelando o grande potencial dessa estratégia.

# A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura - iniciativa da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde

Prof. J. De Maeseneer, Médico<sup>1</sup>, Ph.D; S. Willems, Mestre, Ph.D.<sup>1</sup>; A. De Sutter, Médico, Ph.D.<sup>1</sup>; I. Van de Geuchte, M.L.<sup>1</sup>; M. Billings, Mestre em Ciências<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde, Universidade de Ghent. Bélgica.

<sup>2</sup>Saúde Global através da Educação, Treinamento e Serviço, Attleboro, EUA.

Tradução autorizada do original *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*

## Histórico da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde

A Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde foi nomeada pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS de setembro de 2005 a março de 2007. Era formada por 14 estrategistas políticos, acadêmicos e membros da sociedade civil de todo o mundo, cada um com sua própria área de especialização. A rede se uniu a outros componentes da Comissão (consulte a página [http://www.who.int/social\\_determinants/map/en](http://www.who.int/social_determinants/map/en)) e também se encarregou de um número de revisões sistemáticas e estudos de casos (consulte a página [www.wits.ac.za/chp/](http://www.wits.ac.za/chp/)).

O Centro para Política de Saúde levou o consórcio a ser indicado como o centro organizacional da rede. Os outros parceiros do consórcio eram a EQUINET, uma rede meridional e oriental africana dedicada a promover a equidade em saúde ([www.equinet africa.org](http://www.equinet africa.org)), e a Unidade de Política de Saúde da Faculdade de Higiene e Medicina Tropical de Londres, no Reino Unido ([www.lshtm.ac.uk/hpu](http://www.lshtm.ac.uk/hpu)). A Comissão propriamente dita é um mecanismo estratégico global para aumentar a equidade em saúde e na assistência à saúde por meio de ações na área social de determinantes da saúde em nível global, regional e nacional.

- Agradecimentos: este documento foi revisado por pelo menos um revisor da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde e por um revisor externo. Agradecimentos a esses revisores por suas recomendações de fontes adicionais de informações, diferentes perspectivas analíticas e assistência no esclarecimento de mensagens importantes.

- Este trabalho foi realizado com a ajuda de uma doação do Centro Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento - IDRC, Ottawa, Canadá, e empreendido como trabalho para a Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde, estabelecida como parte da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS. Os pontos de vista apresentados neste documento são aqueles dos autores e não representam, necessariamente, as decisões, a política ou os pontos de vista do IRDC, da OMS, dos Comissários, da Rede de Conhecimento em Sistema de Saúde e dos revisores.

## A Atenção Primária à Saúde como estratégia para alcançar a equidade de assistência

### 1. O sistema de assistência à saúde como determinante social da saúde

O sistema de saúde representa um papel importante como determinante social da saúde:

- No macronível: por meio da política pública e de processos equitáveis de alocação de recursos.
- No nível intermediário (a comunidade): por meio da aplicação da política descentralizada.
- No micronível: por meio de fatores relacionados à organização do sistema de assistência à saúde (físico, financeiro, psicossocial, cultural e acesso administrativo), bem como de fatores relacionados ao prestador de cuidados de saúde (habilidades, conhecimento, abordagem do paciente). Esses são exemplos de onde os sistemas de atenção primária à saúde podem contribuir para uma assistência integral.

### 2. Atenção primária à saúde: definição e evolução do conceito

Em 1978, a OMS definiu o conceito de "atenção primária à saúde" como uma estratégia e um conjunto de atividades para alcançar o objetivo de "saúde para todos até o ano 2000". Depois da declaração de Alma Ata, duas grandes escolas filosóficas dominaram o debate ao implementarem: aqueles que apoiavam a atenção primária à saúde "seletiva" (SPHC) e aqueles que defendiam a atenção primária à saúde "integral" (CPHC). Esse debate prolonga argumentos anteriores sobre se o melhor método para prestar cuidados de saúde era o "vertical" ou o "horizontal".

Após o período de Alma Ata, os países que assinaram a declaração adotaram diferentes estratégias. Na última década do século 20, tornou-se claro que o objetivo de "saúde para todos até o ano 2000" não seria alcançado. Com exceção dos "fatores intrínsecos" (a ambição idealística levando muitos anos para se consumir, a falta de uma estratégia clara de implementação, a subestimação de importantes fatores poderosos, a falha em levar os clínicos em conta), muitos "fatores extrínsecos" contribuíram para o desenvolvimento: o foco na "atenção primária à saúde seletiva" e nos "programas verticais", as desvantagens organizacionais e institucionais de trabalhar com recursos financeiros de agências doadoras, agências de cooperação internacional e instituições de pesquisa; a diminuição de atratividade do generalismo versus a subespecialização; a falta de atratividade política da descentralização e a abordagem "ascendente"; o desgaste da "solidariedade" durante os anos 80 e 90, o valor fundamental da Declaração de Alma Ata.

### 3. Quais são as principais características da atenção primária à saúde que a tornam útil como uma estratégia para promover a equidade em saúde e ações intersetoriais?

As principais características da atenção primária são: primeiro contato (acessibilidade), longitudinalidade (assistência preventiva e curativa focada na pessoa com o passar do tempo), integralidade e coordenação orientadas para o paciente (incluindo o caminho em direção à atenção secundária e terciária). Além de cuidar das necessidades dos indivíduos, as equipes de APS também estão olhando para a comunidade, especialmente quando se trata dos determinantes sociais da saúde. A experiência da Atenção Primária Orientada para a Comunidade (COPC) integra o foco na saúde pública e a APS. Finalmente, é igualmente importante a interação da equipe com diferentes redes (educação, trabalho, economia, habitação) relacionadas a importantes setores. Utilizando todos esses métodos, as equipes de APS promovem a equidade em saúde por meio de sua contribuição para o aumento da coesão e autonomia social. A fundamentação para os benefícios que a atenção primária representa para a saúde tem sido encontrada: (1) no maior acesso aos serviços necessários, (2) na melhor qualidade da assistência, (3) no maior foco na prevenção, (4) no controle precoce dos problemas de saúde, (5) no efeito cumulativo das principais características da prestação de atenção primária e (6) no papel da atenção primária na redução da assistência desnecessária e potencialmente prejudicial do especialista. Onde a equipe de APS funciona como um "navegador" entre a atenção secundária e a terciária e outros setores, ela pode ser uma estratégia para se alcançar um custo-benefício.

### 4. Fatores favorecedores e limitantes responsáveis pelas realizações e falhas de uma estratégia baseada na APS

Em primeiro lugar, uma base sólida no financiamento do setor de assistência à saúde é de suma importância. Em países em desenvolvimento, os recursos baseados nas taxas são limitados e um sistema de seguridade social baseado nas contribuições sobre os salários atinge apenas uma pequena parte da população. Em um número crescente de países, os sistemas de seguridade social estão em desenvolvimento. Em outros países, o mercado é abundante em empresas de seguro privado "baseadas no lucro". A política de saúde promovida por agências de ajuda internacional pode ter desempenhado um papel específico nessa transferência, mas na prática foi a falta de fundos do setor público na década de 90 que mais frequentemente levou à privatização.

As escolhas no financiamento da assistência à saúde também representam um grande impacto sobre a força do sistema primário de assistência à saúde. Na maior parte dos países em desenvolvimento, a maioria dos recursos vai para os hospitais de assistência secundária e terciária, que atendem apenas uma pequena parte da população. Nos últimos 20 anos, outro "antagonismo" tornou-se muito importante: o antagonismo entre a assistência horizontal (orientada para a pessoa e para a comunidade) e vertical (orientada para a doença). Embora muitos recursos sejam investidos nesses programas verticais, o desempenho geral dos programas de controle de doenças é insatisfatório. A fim de lidar com as desvantagens dos programas verticais, um "código da melhor prática para que os programas de controle de doenças evitem prejudicar os serviços de assistência à saúde em países em desenvolvimento" foi estabelecido. Existe uma necessidade de integrar os programas em unidades de saúde locais a fim de alcançar uma possibilidade razoável de sucesso no controle das doenças.

Além do mais, a escolha do sistema de pagamento é importante: pagamento por serviços prestados, capitação, capitação integrada ou salário. O pagamento direto realizado pelos pacientes no momento da prestação do serviço influencia negativamente o acesso à assistência. Atualmente, na maioria dos países, existem sistemas mistos de pagamento: pagamentos por meta, relacionados à infra-estrutura e pagamentos por função. Um sistema de pagamento baseado na capitação deve formar a base de qualquer sistema de pagamento de médico de família e da equipe que presta atenção primária. Além dessa base financeira, uma combinação de outros sistemas de pagamento será necessária para financiar mais apropriadamente o trabalho dos médicos de família e da equipe que presta atenção primária à saúde. Mais recentemente, o "pagamento por desempenho" tem sido introduzido a fim de melhorar a qualidade da APS. Os resultados têm sido positivos, certamente no campo da prevenção e no controle da doença crônica, mas também há importantes efeitos colaterais, especialmente em relação à equidade e ao acesso dos pobres.

A equidade está estreitamente ligada à "eficiência": a implementação da medicina baseada na evidência, levando em consideração a "evidência contextual" e a "evidência baseada na política", pode contribuir para uma "melhor condição de saúde" e maior equidade.

Além dos recursos financeiros e da utilização, a qualidade da assistência tem que ser otimizada. Portanto, existe um papel para os médicos de família e enfermeiras que operam nas disciplinas clínicas, junto com outros prestadores de APS. Mesmo assim, em todo o mundo, mas especialmente

nos países em desenvolvimento, existe um problema de recrutamento e manutenção de prestadores de APS, especialmente de médicos e enfermeiras. Nos países em desenvolvimento, existe uma migração de mão-de-obra da APS em direção aos programas verticais orientados para a doença. Além disso, existe uma migração de áreas rurais e pequenos municípios em direção às regiões mais afluentes e grandes cidades. Em uma escala global, há uma crescente emigração de prestadores de cuidados de saúde de países em desenvolvimento para países com rendas mais elevadas. Um pré-requisito importante para aumentar o desenvolvimento da APS é a descentralização. Atualmente, existe um consenso de que o modelo mais apropriado para a organização dos serviços de assistência à saúde utiliza o "sistema de saúde municipal": a integração geográfica de clínicas, centros de saúde e hospitais distritais. Existe uma necessidade de estratégias inovadoras de controle que, efetivamente, trate das preocupações de todas as partes envolvidas no desenvolvimento do "sistema de saúde regional".

Finalmente, a APS operando no cruzamento entre o sistema de assistência à saúde e a sociedade está bem situada para acompanhar o impacto nas condições de vida sobre a saúde da população. Caso seja adequadamente transferida a gestão local, esse tipo de informação pode servir de base para a ação intersectorial pela saúde, por exemplo, no campo da economia, do emprego, da habitação, do meio ambiente, da segurança no trânsito.

## **5. Que medidas são necessárias para aumentar o impacto da APS sobre a equidade em saúde?**

Mais do que nunca será necessário defender a saúde como um bem público e enfatizar a necessidade de solidariedade a fim de garantir o acesso de todos a uma assistência à saúde de qualidade, muito embora, atualmente, haja uma tentativa de forjar um novo "senso comum" que seja preferivelmente definido pelos interesses financeiros. Por outro lado, medidas baseadas na política devem ser estabelecidas para acompanhar o mundo em transformação. Estamos falando, aqui, sobre a população que está envelhecendo, o progresso científico que aumenta rapidamente, o desenvolvimento da tecnologia da comunicação e informação (ICT), os pacientes agindo cada vez mais como consumidores, a multiculturalização, a dualização entre os pobres e os ricos, a globalização e a "glocalização". É necessário, também, que haja adaptação ao contexto local. Em discussões sobre o impacto de um sistema de atenção "primária" à saúde na equidade em saúde, não podemos ignorar o contexto político concreto onde, por exemplo, a presença ou a ausência de democracia representativa é um grande papel. Compreender

as diferenças entre as estruturas conceitual e institucional existentes nos países e o efeito que essas diferenças podem ter sobre os programas e a políticas significa ser capaz de antecipar esses efeitos a fim de garantir o sucesso das políticas e programas. A sociedade civil representa um importante papel aqui.

Com essas observações gerais em mente, concluímos que as cinco medidas básicas para a política de saúde sejam necessárias:

1. Garantir acesso universal à assistência (primária) à saúde por meio de um sistema de saúde adequado (sistema de seguridade social, sistema nacional de saúde).
2. Fazer uma transferência dos "programas verticais orientados para a doença" em direção a uma abordagem "horizontal orientada para a comunidade".
3. Educação, recrutamento e manutenção de uma equipe adequada, melhorando o desempenho clínico e orientado para a população do sistema primário de assistência à saúde.
4. Estabelecimento de um serviço de APS de alto desempenho, integrado com o sistema de saúde municipal.
5. Organização dos sistemas de saúde em uma rede intersectorial, com ligações cruzadas com o meio ambiente, economia, trabalho e educação em diferentes níveis institucionais e com o uso de uma abordagem ascendente (ação intersectorial pela saúde), envolvendo a sociedade civil.

**Em conclusão: a APS tem o potencial de lidar com os determinantes sociais da saúde por meio do acesso universal e de sua contribuição para a autonomia e coesão social. A equipe multidisciplinar (enfermeiras, médicos de família, assistentes sociais) e o envolvimento da comunidade local são essenciais para o desenvolvimento da ação intersectorial pela saúde.**

## A atenção primária à saúde como estratégia para alcançar a equidade de assistência

### 1. Introdução e histórico: sociedades em transformação em um mundo em transformação

Neste documento, gostaríamos de explorar a contribuição que a atenção primária à saúde tem para lidar com os determinantes sociais da saúde no contexto de uma sociedade em transformação. O conceito de atenção primária à saúde - APS, endossado pela Organização Mundial da Saúde na Declaração de Alma Ata em 1978, foi implementado de forma muito diversa em todo o mundo. Observemos as principais características da APS: quais são as condições que permitem a introdução

da APS, qual é a evidência da abordagem da APS para promover a equidade em saúde e a ação intersectorial e como os sistemas de saúde podem melhorar o impacto da APS sobre a equidade, levando-se em considerações os fatores contextuais. O objetivo é elaborar uma proposta operacional que possa contribuir para desenvolvimentos adicionais nos sistemas de saúde, na busca de equidade.

Lidar com os determinantes da saúde deve levar em consideração a transformação da sociedade, a fim de avaliar adequadamente as necessidades de mudança que serão demandadas ao sistema de assistência à saúde.

### a) Desenvolvimentos demográficos e epidemiológicos

Primeiramente, a população mundial está envelhecendo. O percentual de pessoas idosas na população continuará a aumentar em todos os estados membros da EU, no período que vai até 2020, por volta de 3 a 6%. Além do mais, a proporção do grupo de pessoas com idade acima de 75 anos no grupo etário de 65 anos ou mais também irá aumentar em diversos países, principalmente na Alemanha e nos países da Europa Meridional. Ao mesmo tempo, o percentual de pessoas jovens na população geral irá diminuir gradativamente.

As estimativas de saúde mostram que o mundo irá experimentar transformações dramáticas na distribuição das mortes que ocorrem em idades mais jovens para as mais velhas e de doenças comunicáveis para doenças não-comunicáveis durante os próximos 25 anos. Em 2005, 19% de todas as mortes ocorreram entre as crianças, 29% entre adultos com idade de 15-59 anos e 53% entre as pessoas com 60 anos de idade ou mais. Por volta de 2030, as respectivas proporções terão mudado para 9%, 29% e 62%. Espera-se que a proporção de todas as mortes por causas comunicáveis, maternas, perinatais e nutricionais diminua de 30% em 2005 para 22% em 2030, enquanto que a distribuição das doenças não-comunicáveis deve, provavelmente, aumentar de 61% para 68%. Estima-se que as lesões respondam por 9% tanto em 2005 quanto em 2030<sup>1</sup>.

Em segundo lugar, existem diferenças consideráveis na expectativa de vida saudável em todo o mundo: para a região africana, a expectativa de vida saudável é de 40 anos para os homens e de 42 anos para as mulheres; para o sudeste asiático, de 45 e 55; para a região oriental e mediterrânea, de 53 e 55; para a região das Américas, de 63 e 67; para a região pacífico-ocidental, de 63 e 66; e, para a região européia, de 62 e 68 anos<sup>2</sup>.

Existem claros indicadores de que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDGs) não serão alcançados até 2015. Todas as regiões estão distantes da meta em

pelo menos alguns dos objetivos e as duas regiões que estão mais seriamente atrasadas (sul da Ásia e África subsaariana) estão distantes das metas em todos os objetivos. A nutrição das crianças é pior em muitas partes da África; uma maioria de países não está progredindo suficientemente para reduzir a mortalidade infantil e materna; e o HIV/aids continua a se espalhar por todo o mundo. Em muitos países é preciso que se faça muito mais para atingir os pobres<sup>3</sup>. Existe uma necessidade de comprometimento global com a sobrevivência das crianças para que se possa alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4: reduzir a mortalidade que ocorre abaixo dos cinco anos de idade para dois terços entre 1990 e 2015<sup>4</sup>.

### **b) Desenvolvimentos científicos e tecnológicos**

O progresso científico cada vez mais rápido traz a esperança de novas possibilidades de prevenção e cuidado em campos como a genética, a doença cardiovascular, a neurociência, o tratamento do câncer e o tratamento da saúde mental. Nas décadas seguintes, o crescente entendimento do papel que os genes representam no desenvolvimento e no progresso de muitas doenças terá um enorme impacto sobre o cuidado da saúde, especialmente em termos de diagnóstico e prognóstico, e esse desenvolvimento abrirá novos horizontes em campos como a farmacoterapia, a geneterapia, a terapia de células-tronco e o desenvolvimento de vacinas. Entretanto, atualmente, fica claro que existem muito poucos problemas de saúde que apresentam um grande componente genético, pelo menos do ponto de vista do risco atribuível da população.

Além do mais, o desenvolvimento da tecnologia da informação e comunicação (TIC), por exemplo, o uso da internet, irá melhorar a comunicação, mas aqui mais uma vez existe uma imensa desigualdade, especialmente com relação à África subsaariana.

Mundialmente, existe uma preocupação sobre qual será o modelo desse desenvolvimento científico e tecnológico: como as necessidades dos países em desenvolvimento serão levadas em consideração na pauta de assuntos? E de forma mais geral: o quanto esse desenvolvimento será orientado pelas necessidades em vez do mercado?

O desenvolvimento da Medicina Baseada em Evidência proporciona uma importante ferramenta para melhor sustentar a prática e a organização da assistência à saúde. Entretanto, fica claro que, com exceção da "evidência médica", ainda precisaremos de muita pesquisa a respeito da "evidência contextual" (sob o ponto de vista da "eficácia" no relevante contexto da prática) e da "evidência baseada na política"<sup>5</sup> (sob o ponto de vista da "eficiência" de uma perspectiva de equidade). É necessário um equilíbrio

adequado entre os serviços fundamentais, clínicos e de saúde: a questão de "Como uma terapia eficaz pode atingir um grupo maior da população?" é tão relevante quanto a busca por novas terapias.

### **c) Desenvolvimentos culturais**

Atualmente, os pacientes estão atuando cada vez mais como consumidores. Essa transição da perspectiva de "usuário/paciente/beneficiário" para "cliente/consumidor" traz importantes conseqüências para a interação na prestação do serviço. Tanto nos países ocidentais como nos países em desenvolvimento, há uma crescente "medicalização" da vida diária, por exemplo, a criação de novas doenças<sup>6</sup>. Um número crescente de domínios da vida humana diária está sujeito à definição e intervenção médica (por exemplo, a educação, "comportamento irregular") e está sendo pesadamente conduzido pelo interesse estabelecido na venda de novos produtos. Finalmente, a crescente mobilidade e a migração levam à multiculturalização, exigindo uma abordagem étnico-sensível por parte dos prestadores de cuidados de saúde.

### **d) Desenvolvimento socioeconômico**

Olhando para a evolução global, existe uma crescente dualização entre pobres e ricos e, o mais importante, existe uma crescente concentração de riquezas (e, conseqüentemente, de poder sobre as decisões na política de saúde) no topo da pirâmide de renda.

A desigualdade na mortalidade entre os continentes começou a crescer imediatamente depois que a desigualdade no produto interno bruto per capita ficou maior. A África tem sido mais afetada pela ampliação da desigualdade global na mortalidade, provavelmente como resultado da pandemia da aids, que é exacerbada pela desigualdade das riquezas. Para os dois continentes mais extremos (América do Norte e África), a distância na expectativa de vida cai de 30,6 anos em 1950-5 para menos de 24 em 1985-90, mas desde então tem aumentado para 28,6; agora, está quase no mesmo nível alcançado nos anos 50.<sup>7</sup>

Entretanto, também dentro das partes mais ricas do mundo, existem importantes desigualdades socioeconômicas, tanto na mortalidade quanto na morbidade<sup>8</sup>. Na Suécia, a diferença na expectativa de vida entre um homem de 20 anos de idade pertencente ao grupo socioeconômico mais elevado e um homem do grupo socioeconômico mais baixo aumentou de 2,11 anos em 1980 para 3,97 anos em 1997<sup>9</sup>. As diferenças socioeconômicas são demonstradas pelas doenças cardíacas coronarianas<sup>10</sup>, saúde mental<sup>11</sup>, saúde bucal<sup>12</sup>, dor lombar<sup>13</sup>.

Além do mais, mundialmente, para um crescente número de pessoas, o acesso à assistência à saúde se torna cada vez

mais problemático e isso não se aplica somente aos países em desenvolvimento, mas é uma realidade também para os países industrializados com os Estados Unidos<sup>14</sup>.

### e) Globalização e "glocalização"

Uma grande parte do mundo e, especialmente, os países de baixa a média renda têm sofrido nas duas últimas décadas uma variedade de mudanças importantes na política econômica que se enquadram na definição comum de globalização (por exemplo, a remoção de barreiras comerciais tarifárias e não-tarifárias) e a liberalização da conta de capitais (por exemplo, a remoção das restrições sobre os fluxos de investimentos internos). Em geral, essas políticas têm levado ao aumento da participação de países de baixa e média renda na economia global. Entretanto, comparando-se o período de 1960-80 com o período rapidamente globalizante de 1980-2000, observa-se um aumento menor do PIB per capita, bem como uma progressão negativa nos resultados da saúde e nos resultados educacionais. Isso indica que a globalização tem sido associada com uma diminuição do progresso em diversas áreas<sup>15</sup>.

Outra consequência da globalização é que as empresas multinacionais têm se espalhado pelo mundo, mas não têm sido tão eficientes no controle dos riscos industriais nos países em desenvolvimento como eram em seus países "de origem" (o "duplo padrão")<sup>16</sup>.

Finalmente, por um lado, o aumento da mobilidade e da migração e, por outro lado, a concentração da população mundial nas grandes cidades (por volta de 2030, 70% da população mundial estará vivendo em um contexto urbano) significam que o sistema de saúde

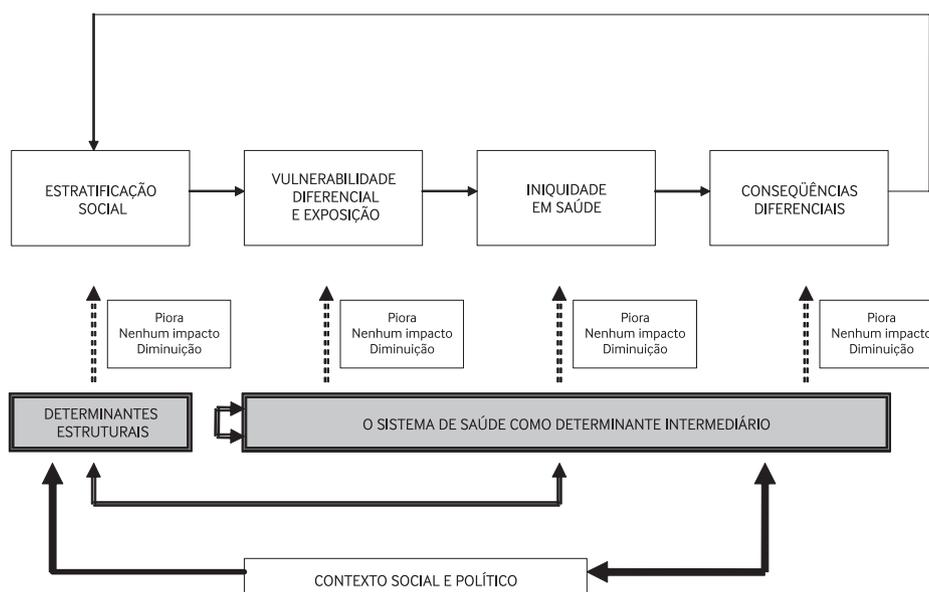
enfrentará novos desafios à medida que os problemas globais se tornarem perceptíveis em nível local (glocalização). Essas mudanças levam à necessidade de uma "preparação" focada na prevenção e/ou à resposta rápida e apropriada ao surgimento de doenças e desastres (por exemplo, a pandemia de influenza, a atividade bioterrorista). Entretanto, a maioria dos planos de contingência apresenta muitos pontos frágeis: eles não tratam adequadamente a responsabilidade operacional em nível local, por exemplo, os aspectos logísticos como a vacinação e a armazenagem de substâncias antivirais, a distribuição, a prestação e a manutenção de serviços essenciais. Muitos países não têm sistemas de saúde fortes o suficiente para suportar uma ocorrência catastrófica; portanto, haverá a necessidade de reforçar a capacidade dos sistemas de saúde nesses países, uma vez que eles, provavelmente, serão afetados antecipadamente caso ocorra uma pandemia. Importante também é a necessidade de monitorar a distribuição de recursos escassos de forma globalmente justa<sup>17</sup>.

De alguma forma, todas essas mudanças na sociedade em transformação devem ser levadas em consideração na melhora dos sistemas de saúde. Sua complexidade exigirá uma estratégia multiaxial.

### 2. Determinantes Sociais da Saúde: o Sistema (de Assistência) à Saúde como um Determinante Social da Saúde

De acordo com Doherty e Gilson<sup>18</sup>, o sistema de saúde representa um importante papel como determinante social da saúde (veja a figura 1).

Figura 1: Estrutura demonstrando o papel representado pelo sistema de saúde como determinante social da saúde



A estrutura descrita na figura 1 é apropriada para analisar as mudanças

- No macronível: da política pública (por exemplo, a existência de um seguro de saúde social nacional buscando a universalidade) e processos equitativos de alocação de recursos.

- No nível intermediário (a comunidade): da aplicação da política descentralizada.

- No micronível (da interação entre as populações e o sistema de assistência à saúde): onde o serviço de APS pode contribuir para o cuidado integral e os sistemas de apoio.

Com relação ao micronível, Willems *et al.* demonstraram, por meio de uma pesquisa qualitativa utilizando grupos focais com pessoas que vivem na pobreza, que a interação prestador-paciente também pode, em uma ampla extensão, influenciar o acesso à assistência. A figura 2 descreve um modelo que ilustra os diferentes fatores predisponentes, contextuais, favorecedores e limitantes e, também, os

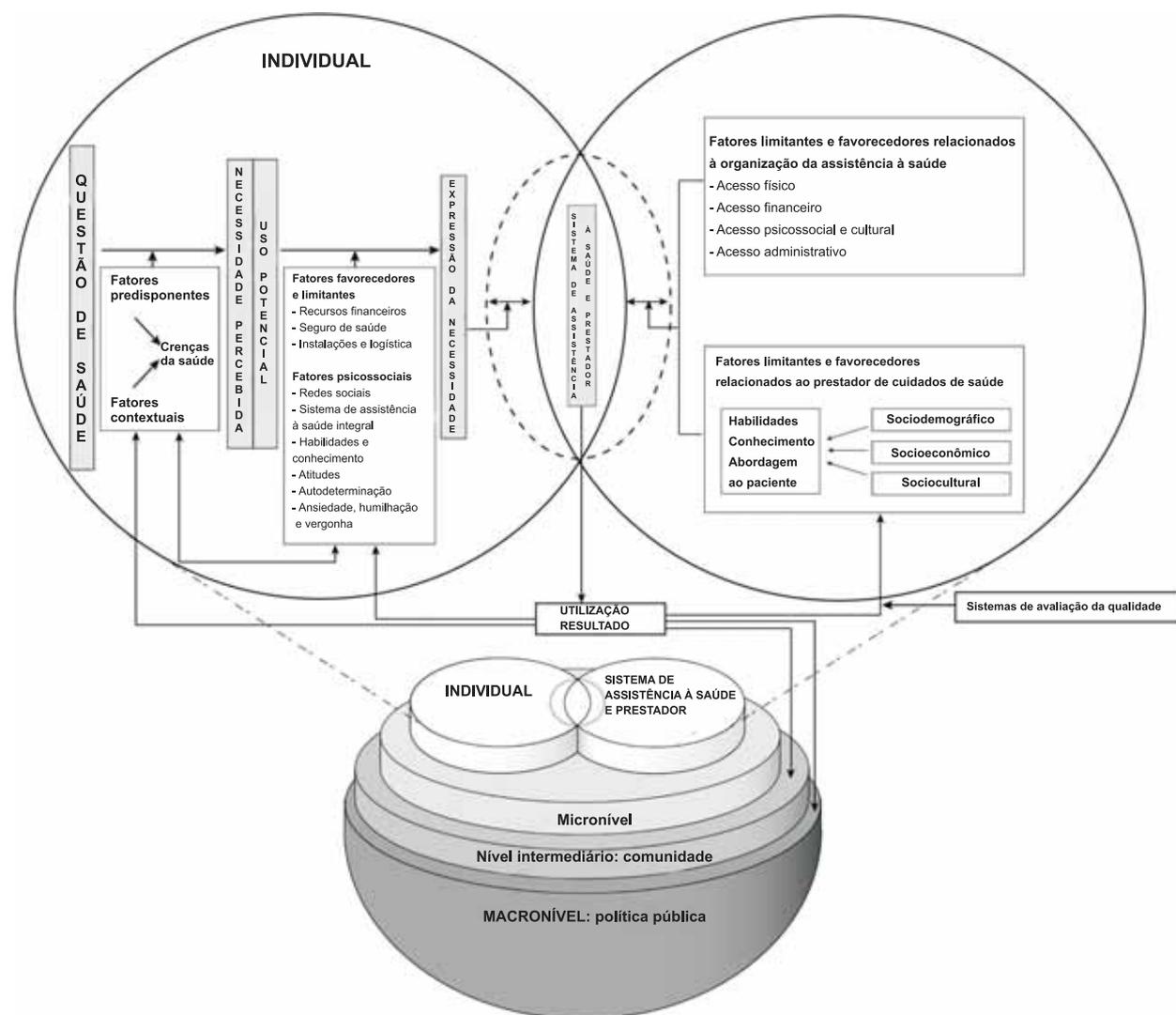
fatores psicossociais, tanto no nível do indivíduo como no nível do prestador de cuidados de saúde. Esse modelo mostra que, com exceção dos determinantes administrativos, geográficos, físicos, financeiros e organizacionais de acesso à assistência à saúde, as habilidades, o conhecimento e a abordagem do paciente pelo prestador de cuidados de saúde também podem exercer uma importante influência sobre o acesso à assistência<sup>19</sup>.

Também na APS, a disponibilidade, as características organizacionais e a abertura psicossocial e cultural das unidades de assistência à saúde podem ser importantes fatores para favorecer ou limitar o acesso ao sistema de assistência à saúde.

### 3. Atenção Primária à Saúde: definição e evolução do conceito

A atenção primária à saúde sempre existiu como se fosse a descrição do ponto de primeiro contato entre os

Figura 2: Uma estrutura integrada e expandida para o estudo do acesso à assistência à saúde



pacientes e o sistema de assistência à saúde. Acredita-se que o termo "atenção primária" tenha se originado por volta de 1920, quando o relatório de Dawson foi difundido no Reino Unido<sup>20</sup>. Esse relatório chamava de "Centros de Atenção Primária à Saúde", ao que se pretendia ser o centro de serviços regionalizados daquele país. Entretanto, foi apenas em 1978 que a OMS definiu o conceito de "atenção primária à saúde" como uma estratégia para alcançar o objetivo de "saúde para todos até o ano 2000". Na conferência de Alma Ata, a "atenção primária à saúde" foi definida como: "Assistência essencial à saúde baseada em métodos e tecnologia práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que a comunidade e o país possam sustentar para manter cada estágio de seu desenvolvimento com um espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma uma parte integrante tanto do sistema de saúde dos países dos quais é uma função essencial como do foco principal do desenvolvimento social e econômico geral da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a assistência à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constitui o primeiro elemento do processo contínuo de assistência à saúde".<sup>21</sup>

A conferência de Alma Ata especificou ainda que os componentes essenciais da APS eram a educação em saúde, o saneamento ambiental, especialmente de alimentos e água; programas de saúde maternal e infantil, incluindo a imunização e o planejamento familiar; a prevenção de doenças endêmicas locais, o tratamento apropriado de

doenças e lesões comuns; o fornecimento de medicações essenciais; a promoção de uma nutrição saudável; e a medicina tradicional.

Vuori sugeriu que a atenção primária poderia ser vista como um conjunto de atividades, como um nível de assistência, como uma estratégia para organizar a assistência à saúde e como uma filosofia que perpassasse a assistência à saúde<sup>22</sup>. Com essa última definição, Vuori enfatizou a importância da transferência do paradigma da assistência médica primária para atenção primária à saúde (veja a tabela 1); adaptado de Vuori (1985)<sup>25</sup>

Logo após a declaração de Alma Ata, foi aberto um debate sobre as possibilidades de implementação da APS. Duas grandes escolas filosóficas dominaram o debate: a que apoiava a atenção primária à saúde "seletiva" (SPHC) e a que defendia a atenção primária à saúde "integral" (CPHC). Os defensores da atenção primária à saúde seletiva afirmavam que o amplo e louvável escopo da Declaração de Alma Ata era inatingível por causa de seu custo proibitivo e pelo número de pessoas capacitadas necessário para implementar a abordagem. Uma abordagem mais seletiva atacaria os problemas mais sérios de saúde pública enfrentados por cada localidade a fim de ter a maior chance de melhorar a saúde e a assistência médica nos países menos desenvolvidos<sup>23</sup>. Os defensores da atenção primária à saúde integral enfatizavam que a melhora dos sistemas de prestação de assistência à saúde é apenas um aspecto das reformas necessárias, que incorpora uma filosofia de saúde e de assistência à saúde como um direito humano básico que, se necessário, também requer o remodelamento dos desenhos globais de desenvolvimento para incluir a participação da comunidade na decisão e na

**Tabela 1: De Assistência Médica Primária para Atenção Primária à Saúde**

<b>Convencional</b>		<b>Novo</b>
	<b>Foco</b>	
Doença		Saúde
Cura		Prevenção, cuidado e cura
	<b>Conteúdo</b>	
Tratamento		Promoção da Saúde
Problemas episódicos		Cuidado contínuo
Problemas específicos		Cuidado compreensivo
	<b>Organização</b>	
Especialista		Clínicos Gerais/Médicos de Família
Médicos		Grupos multiprofissionais
Prática individual		Equipe
	<b>Responsabilidade</b>	
Apenas o setor de saúde		Colaboração intersetorial
Domínio profissional		Participação da comunidade
Recepção passiva		Auto-responsabilidade

implementação das atividades de APS. Embora as melhorias no setor saúde sejam muito importantes, "a maior parte das melhorias na saúde tem sido causada pelas mudanças nas estruturas econômicas, sociais e políticas do que diretamente pelas mudanças no setor de saúde"<sup>24</sup>.

Existem diferenças práticas e filosóficas profundamente enraizadas entre as duas posições. Uma primeira diferença refere-se ao papel da intervenção médica: essa é a mais importante característica da APS seletiva, mas apenas um de uma variedade de elementos importantes na APS integral. Em segundo lugar, os defensores "da integralidade" aceitavam a necessidade de mudanças potencialmente radicais "tanto no nível das estruturas sociais, econômicas e políticas quanto no nível das percepções individuais e da comunidade"<sup>25</sup>. Em um sentido semântico, o método "seletivo" é baseado em um programa de curto prazo, enquanto que a APS integral é realizada por meio de um processo amplo e integral, em longo prazo. Esse debate prolonga argumentos anteriores sobre se o melhor método de prestação de cuidados de saúde era o "vertical" ou o "horizontal"<sup>26</sup>. A "abordagem horizontal" busca atacar os problemas gerais de saúde com uma ampla frente e em longo prazo por meio da criação de um sistema de instituições permanentes comumente conhecidas como "serviços gerais de saúde". A "abordagem vertical" atrai para a solução de um determinado problema de saúde com a aplicação de medidas específicas. Em essência, os programas horizontais são focados na pessoa e na comunidade, ao passo que os programas verticais são focados na doença. A estratégia seletiva foi bem recebida por agências internacionais, como o Banco Mundial e a UNICEF, instituições acadêmicas e centros de pesquisa (por exemplo, os centros para controle de doenças), agências de ajuda bilateral, como a *US-Aid*, e instituições privadas<sup>27</sup>.

No período pós-Alma Ata, os países que assinaram a Declaração adotaram diferentes estratégias:

1. Negação: nenhuma etapa concreta foi realizada para colocar a declaração em prática.

2. Legislação: a Declaração de Alma Ata foi copiada em muitas legislações nacionais. Algumas vezes esse foi o ponto inicial da ação, mas em outros países foi o início de um processo contínuo de *lip-service* [falar sem chegar a consenso algum] das idéias de atenção primária à saúde, sem comprometimento político concreto.

Quando a ação foi realizada, surgiram quatro estratégias:

- a. Implementação: para alguns países, como Cuba, as áreas rurais da China, a implementação da Declaração era feita em continuidade com alguns desenvolvimentos já existentes.

- b. Adaptação do sistema de saúde existente: muitos países optaram por reformas na assistência à saúde, tentando implementar a Declaração de Alma Ata por meio

de um processo de mudança das estruturas existentes na assistência à saúde (por exemplo, a Holanda).

- c. Inovação: países que optaram por iniciar uma estrutura de atenção primária à saúde, separada do sistema (privado) existente (por exemplo, a Espanha).

- d. Importação: o sistema de APS era "importado" da estrutura de cooperação bilateral, de agências multilaterais ou de organizações não-governamentais.

Na última década do século 20, tornou-se claro que o objetivo de "saúde para todos até o ano 2000" não seria alcançado. Isso levou à análise do motivo pelo qual a abordagem de Alma Ata não havia sido bem sucedida. Em resumo, as hipóteses mais importantes formuladas a fim de compreender os desenvolvimentos foram:

1. O foco na "assistência primária à saúde seletiva" e nos "programas verticais" era resistente ao desenvolvimento de uma abordagem de APS horizontal, que cuidasse dos indivíduos, de suas famílias e das comunidades em que viviam (veja também o item 5.b.). A pandemia de HIV/aids foi a maior causa da alteração da maioria dos orçamentos direcionados aos "programas verticais" e tem sido prejudicial ao investimento de recursos para o desenvolvimento da APS, localmente.

2. A estratégia de APS subestimou o poder dos hospitais do sistema de assistência à saúde, da indústria farmacêutica e falhou, em uma grande extensão, em se aproximar dos clínicos. Embora o conceito de equipe multidisciplinar de APS estivesse presente em todos os documentos, na prática não houve uma estratégia clara para treinar os médicos dedicados à APS ("médicos de família") que fossem capazes de contribuir para o desenvolvimento da APS integral. Falando de uma forma geral, a abertura do público para as intervenções da saúde pública (campanhas de prevenção, promoção da saúde) é positivamente influenciada pela presença de serviços clínicos curativos eficientes, porque contribuem para a criação da "confiança" no sistema de saúde. Os serviços de APS estavam se apoiando extensamente nas enfermeiras para a realização do trabalho clínico, mas freqüentemente se deparavam com responsabilidades diagnósticas para as quais não estavam preparadas<sup>28</sup>.

3. O recurso financeiro de agências doadoras exige resultados dentro do período do ciclo do financiamento ou da autorização da agência, o que estimula o planejamento em curto prazo e os objetivos do programa medidos prontamente. Isso descarta o compromisso de desenvolvimento da APS integral sob o ponto de vista de abordagens ascendentes e de estruturas participativas, envolvendo a sociedade civil; também desacelera a criação de uma infra-estrutura de saúde. Institucionalmente, as agências de cooperação internacional e as instituições de pesquisa procuram respeitar o status financeiro e

institucional das nações receptoras, o que favorece a adoção de estratégias de programas de saúde que imponham poucas limitações aos orçamentos nacionais de saúde e façam apenas exigências às instituições existentes das nações receptoras<sup>27</sup>.

4. A diminuição da atratividade do generalismo versus a subespecialização. Nos anos 90, o desenvolvimento da assistência à saúde buscava mais subespecialização não apenas no setor médico, mas também enfermeiras, fisioterapeutas, agentes de saúde pública. Os estudantes são mais atraídos pelos "ambientes seguros" de uma (sub)especialidade do que pela abordagem generalista integral da APS. Também, referindo-se ao público, o "desejo de consumo" vai em direção às realizações de alta tecnologia dos especialistas médicos, em vez de seguirem a direção dos desenvolvimentos contínuos de longa perspectiva orientados para a comunidade ao nível da atenção primária.

5. A implementação da Declaração de Alma Ata também se deparou com um problema político: a APS requer descentralização (Sistema de Saúde Municipal) e uma abordagem "ascendente" que pode ser ameaçadora para certos arranjos políticos.

6. O valor fundamental da Declaração de Alma Ata era a "solidariedade", em escala global. Esse valor surgiu sob pressão nos anos 80 e 90. O desaparecimento da "Cortina de Ferro", a "guerra ao terror", a crescente "individualização", a globalização com o aumento da migração, que desgastaram o valor da "solidariedade" que esteve em crescimento nos anos 60 e 70.

7. O conteúdo da declaração estava, em uma grande extensão, preenchido por ideologias: a declaração dizia às pessoas o que fazer, mas não como. Muitos profissionais e pessoas do governo acreditavam que os princípios da APS eram mais do que uma política retórica e que esses princípios idealísticos por si só eram suficientes como programa e elementos que poderiam, diretamente, ser transferidos para o campo. Até mesmo a OMS declarou que: "Em seu entusiasmo pós-Alma Ata, muitos tomadores de decisão assumem que, como a APS supostamente utiliza métodos simples, seria simples de ser implementada"<sup>29</sup>.

8. A necessidade de uma adaptação contextual dos princípios da Declaração de Alma Ata foi subestimada. Esperava-se que a abordagem da APS agisse como um modelo flexível que, a princípio, permitisse a readaptação às necessidades e situações locais. Na realidade, parte por causa de seu apelo conceitual, parte por causa de sua pesada promoção internacional pela OMS e por outras organizações internacionais e parte porque a situação desesperadora da saúde em muitos países exigia uma ação imediata, ela sempre foi adotada sem que houvesse, primeiro, uma exploração e uma definição do ambiente

sociocultural em que ela tinha que ser implantada em cada país. Os planejadores de saúde da OMS e de governos nacionais falharam em compreender a complexidade da organização social dentro dos cenários rurais e em "construir uma base de pesquisa adequada para descrever a saúde e a doença como processos constituídos igualmente pelas forças das línguas, da estrutura sociocultural, da organização política e econômica como eventos biológicos e psicofísicos"<sup>30</sup>. Essa falta de organização do contexto causou problemas para as agências internacionais, para os governos nacionais, para os ministros da saúde, para as autoridades locais, que estavam definindo seus objetivos principais pela estrutura teórica da APS. Por exemplo, como muitos pesquisadores devem ter observado, os habitantes de áreas rurais queriam uma assistência curativa da mesma forma que seus semelhantes urbanos. Mas os defensores da APS sempre ignoram essa realidade sociocultural, em vez de rotularem os habitantes da região rural de "teimosos e ignorantes", por não perceberem rapidamente as vantagens reais da assistência preventiva à saúde, algo que fez com que os profissionais de assistência à saúde internacionais levassem décadas para compreender. Aqui, a perspectiva afunilada pelas tendências culturais perpetua "a ilusão de que a APS está trazendo mensagens novas, valiosas para um vácuo social"<sup>31</sup>.

9. A enormidade dos problemas mundiais que a abordagem da APS está tentando atacar é impressionante. Não existe panacéia que possa rapidamente transformar as desigualdades socioeconômicas globais amplamente difundidas em um mundo melhor. Os problemas surgiram por que os grandes princípios idealísticos, racionais dos conceitos iniciais são difíceis de serem traduzidos em ações práticas. Os proponentes da APS compreenderam que, ao redefinir e reorientar os esforços humanos para alcançar alguma melhora mensurável no status da saúde global, eles irão se deparar com um processo que levará muitos anos para ser realizado. O processo será completamente dependente de aspectos adequados de saúde, sociedade, equidade, política e de ordem mundial.

Todos esses fatores resultaram no fato que a APS foi introduzida nos países do mundo inteiro em níveis muito variados. Além dos "fatores intrínsecos" (a ambição idealística, a falta de uma estratégia clara de implementação e a subestimação de fatores poderosos importantes etc.), muitos "fatores extrínsecos" contribuíram para o resultado atual.

#### **4. Quais são as principais características da atenção primária à saúde que a tornam útil como uma estratégia para promover a equidade em saúde e a ação intersetorial?**

As principais características da APS são: primeiro contato (acessibilidade), continuidade e longitudinalidade (assistência

preventiva e curativa focada na pessoa ao longo do tempo), integralidade e coordenação orientadas para o paciente<sup>32</sup> (incluindo os fluxos para atenção secundária e terciária). Isso significa que a equipe dedicada à APS entendida como o cuidado contínuo com relação a todos os problemas de saúde não-selecionados em todos os grupos de pacientes, independentemente de classe social, religião, etnia etc., lida com os sinais e sintomas precoces e combina o tratamento, o cuidado e a prevenção. A ênfase está no diagnóstico eficaz e eficiente e nas intervenções terapêuticas. A continuidade da assistência é essencial e contribui com o custo-benefício<sup>33</sup>. A APS começa a partir da exploração das expectativas do paciente e está focada no viver saudável e na força do paciente (promoção da saúde), lida com normas e valores individuais e culturais que, quando necessário, assume um papel defensivo. Além do mais, uma equipe dedicada à APS atua como uma conexão no caminho do paciente no sistema de assistência à saúde.

As equipes dedicadas à APS não apenas lidam com as necessidades dos indivíduos, mas também estão de olho na comunidade, especialmente nos determinantes sociais da saúde. Portanto, existe um crescente interesse na integração da APS com as abordagens de saúde pública. A Atenção Primária Orientada para a Comunidade (APOC) consiste de uma avaliação sistemática das necessidades relativas ao cuidado da saúde na população prática, da identificação dos problemas de saúde da comunidade, da implementação de intervenções sistemáticas, envolvendo a população-alvo (por exemplo, a modificação de procedimentos práticos, a mudança no estilo de vida, a melhora das condições de vida) e do monitoramento do impacto das mudanças para garantir que os serviços de saúde sejam melhorados e coerentes com as necessidades da comunidade<sup>34</sup>. As equipes dedicadas à COPC APOC desenvolvem intervenções específicas para tratar dos problemas prioritários de saúde. Uma equipe que consiste de trabalhadores dedicados à APS e membros da comunidade avalia os recursos e desenvolve planos estratégicos para lidar com os problemas que foram identificados. A APOC integra a assistência baseada no indivíduo e na população, combinando as habilidades clínicas do profissional com a epidemiologia, a medicina preventiva e a promoção da saúde. Agindo dessa forma, ela tenta minimizar a separação que existe entre a saúde pública e o cuidado individual da saúde. Como Epstein *et al.* explicam:

*Uma das melhores experiências documentadas da APOC tem sido implementada por aproximadamente três décadas no centro de Saúde Comunitária Hadassah, em Jerusalém, Israel. A prática da medicina de família e o Serviço Preventivo para a Mãe e para a Criança forneceram a estrutura para esse programa. As necessidades de saúde da comunidade foram avaliadas, as prioridades foram*

*determinadas e os programas de intervenção foram desenvolvidos e implementados com base na análise dos detalhes dos fatores responsáveis pelo estado de saúde definido. Avaliações repetidas ao longo de um período de 24 anos de um programa de controle cardiovascular integrado na prática da medicina de família mostrou que o programa era eficaz no aumento do controle da hipertensão e na diminuição do consumo de cigarro na esfera da comunidade. As avaliações realizadas no Serviço de Saúde da Mãe e da Criança revelaram que o desenvolvimento infantil na comunidade melhorou por meio de um programa de estímulo antecipado, do aumento nas taxas de amamentação e da diminuição na predominância da anemia<sup>35</sup>.*

Na figura 3, formulamos uma hipótese sobre como a APS pode ser uma estratégia para promover a equidade em saúde e a ação intersectorial. Um pré-requisito inicial é o alto nível de acessibilidade da equipe dedicada à APS. Um segundo pré-requisito é: a equipe deve prestar assistência de alta qualidade. Além do mais, a equipe deve interagir com diferentes redes (educação, trabalho, economia, habitação etc.), que estão relacionadas a importantes setores. Com exceção de uma abordagem aos indivíduos e às famílias, a equipe dedicada à APS também deve lidar com a comunidade, utilizando a estratégia da Atenção Primária Orientada para a comunidade. Na APOC, a ação direta da equipe dedicada à APS e a rede intersectorial poderão melhorar a coesão social na comunidade. Ambas as ações da equipe dedicada à APS (curativa, preventiva) e o aumento da coesão social na comunidade levarão a autonomia das pessoas, que está situada em diferentes níveis: físico, psicológico, social e cultural. A autonomia da população diminuirá a vulnerabilidade aos fatores que possam contribuir para a iniquidade em saúde. Além do mais, como a ação da APOC irá tratar das condições de vida da população local, a exposição das pessoas a fatores que possam representar uma ameaça à sua saúde irá diminuir e a vulnerabilidade diferencial será reduzida. Finalmente, uma melhor educação, melhores condições de trabalho e diminuição do desemprego, melhores condições de habitação, o acesso para preservar os alimentos e a água poderão melhorar as determinantes estruturais que influenciam a estratificação social. Em resumo, a equipe multidisciplinar dedicada à APS, operando em rede com outros setores, promoverá a equidade em saúde por meio do aumento da coesão e autonomia social.

#### CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO

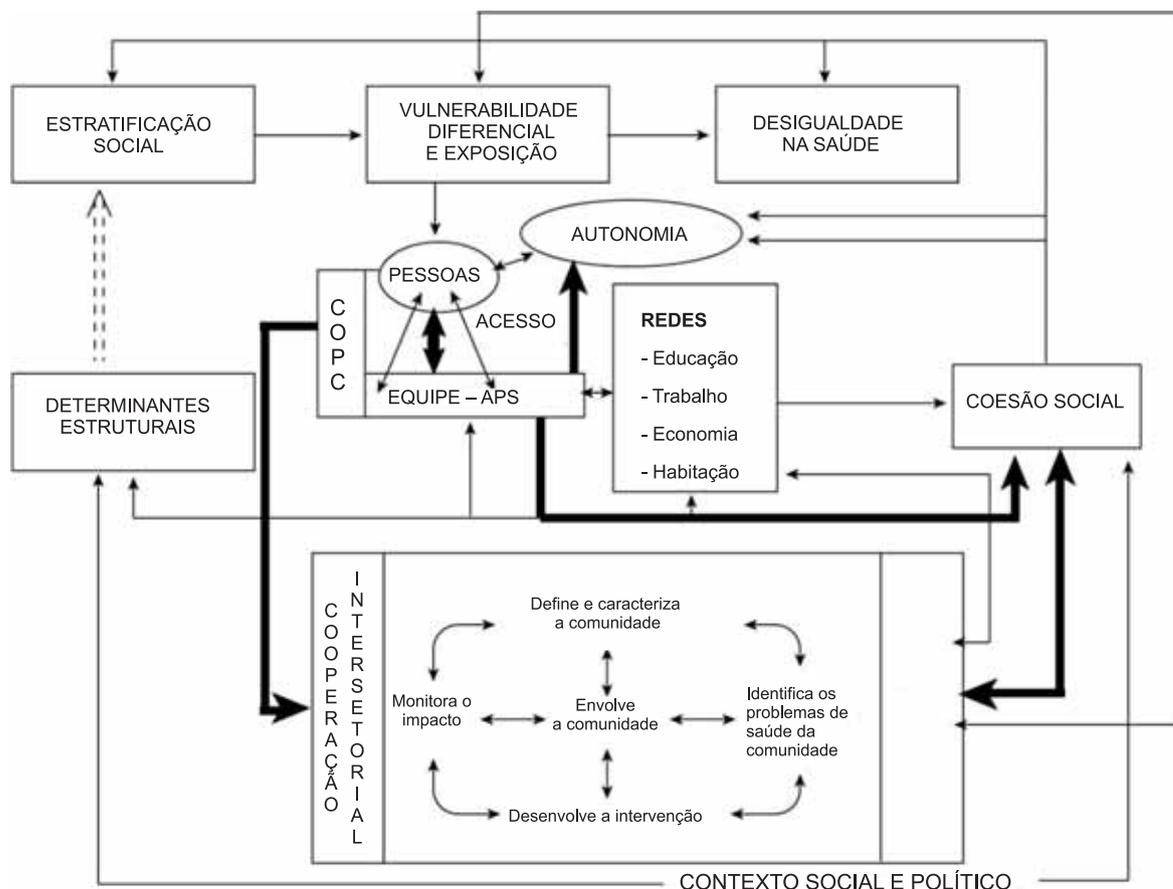
*Cuba é um bom exemplo de como isso pode funcionar. A saúde é considerada como o principal*

componente para a qualidade de vida e o objetivo estratégico do desenvolvimento da sociedade. O sistema de saúde em Cuba é baseado no valor dele como um direito humano apropriado pela comunidade. Os pilares do sistema são: abordagem multissetorial (todos os setores: saúde, educação, moradia, cultura etc.); abordagem multidisciplinar; participação da população<sup>36</sup>. Esse sistema apresenta sucesso no acesso à assistência e nos resultados da saúde. A taxa de mortalidade infantil, a expectativa de vida e outros indicadores da saúde em Cuba se igualam àqueles dos países mais ricos do mundo. Um estudo mostra que, enquanto as assistências secundária e terciária sofreram nos primeiros anos da crise por causa das interrupções no acesso às tecnologias médicas, os serviços de assistência primária se expandiram em todos os lugares, melhorando os resultados da saúde. As pessoas de Cuba relataram igual acesso aos serviços ou recursos de assistência à saúde e estavam particularmente felizes com os seus serviços de atenção primária. Essas descobertas são consistentes com as estatísticas oficiais sobre a assistência à saúde<sup>37</sup>.

A hipótese de que a APS, por meio de sua contribuição para a coesão e autonomia social, trata dos determinantes sociais da saúde, ilustrada na figura 3, é documentada por descobertas de pesquisa?

Em um excelente artigo, Barbara Starfield *et al.* apresentam uma visão geral sobre as contribuições da atenção primária aos sistemas de saúde e à saúde<sup>38</sup>. Existem alguns estudos que avaliam o impacto da atenção primária sobre as reduções nas disparidades encontradas na saúde: estudos de recrutamento médico, estudos da associação com um médico dedicado à atenção primária e estudos do acesso a serviços que atenderam aos critérios para a prestação de atenção primária. Proporções mais elevadas de médicos dedicados à atenção primária em relação à população estão associadas com efeitos relativamente maiores sobre diversos aspectos da saúde em áreas socialmente mais carentes (medida pelos altos níveis de desigualdade de renda). As regiões dos EUA, com recursos abundantes de atenção primária e alta desigualdade de renda, apresenta uma taxa de mortalidade pós-neonatal 17% inferior (em comparação com as médias da população),

**Figura 3: Atenção primária à saúde como estratégia para promover a equidade em saúde e a ação intersetorial.**



ao passo que a taxa de mortalidade pós-neonatal em áreas de grande desigualdade de renda e poucos recursos de atenção primária foi 7% maior. Para a mortalidade por doença cerebrovascular, os quadros comparáveis foram 2% inferiores na mortalidade quando os recursos da atenção primária eram abundantes e 1% maior quando os recursos da atenção primária eram escassos. Essas descobertas são ainda mais impressionantes no caso da saúde auto-relatada. A desigualdade de renda e a atenção primária estavam significativamente associadas com a autoclassificação da saúde, mas o recrutamento de médicos dedicados à atenção primária reduziu significativamente os efeitos da desigualdade de renda sobre os estágios da saúde auto-relatada. As pessoas em áreas de alta desigualdade de renda apresentavam uma probabilidade 33% maior de relatarem uma condição de saúde regular ou insatisfatória caso fossem poucos os recursos de atenção primária. Como na análise realizada em nível estadual, o impacto adverso da desigualdade de renda sobre a mortalidade por todas as causas, a mortalidade por doença cardíaca e a mortalidade por câncer também foi consideravelmente reduzido quando o número de médicos dedicados à atenção primária na análise realizada em nível municipal era elevado. Onze anos de dados coletados em nível estadual revelaram que o recrutamento de médicos dedicados à atenção primária estava significativamente relacionado à diminuição das taxas de mortalidade por todas as causas tanto nas populações afro-americanas como nas brancas, depois o controle da desigualdade de renda e das características socioeconômicas (área metropolitana, percentual de desemprego e níveis educacionais). Nessas análises realizadas em nível estadual, o recrutamento de médicos dedicados à atenção primária representava um impacto positivo sobre a mortalidade maior entre os afro-americanos do que entre os brancos. Outro achado foi a associação entre o maior recrutamento de médicos dedicados à atenção primária e a diminuição da mortalidade total que era quatro vezes maior na população afro-americana do que na maioria da população branca, indicando uma redução das disparidades raciais na mortalidade nos estados norte-americanos.

O efeito relacionado à equidade, de se ter uma boa fonte de atenção primária, também foi revelado no estudo que examinou o grau de serviços orientados para a atenção primária que as pessoas recebiam. Boas experiências relacionadas à atenção primária estavam associadas com as reduções dos efeitos adversos da desigualdade de renda sobre a saúde, com menores diferenças na saúde autoclassificada entre as áreas de maior e menor desigualdade de renda, onde as experiências de APS eram

mais fortes. Outro estudo mostrou que, tanto entre a população branca como entre a população afro-americana, tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais dos Estados Unidos, as taxas de baixo peso de nascença eram menores, tanto em números absolutos como nas proporções das taxas, onde a origem da assistência era um centro de saúde comunitário. Um estudo comparando a situação da amputação de extremidades inferiores relacionada ao diabetes no Reino Unido e nos Estados Unidos concluiu que nos Estados Unidos os negros apresentavam taxas de duas a três vezes maiores do que na população branca, ao passo que no Reino Unido as taxas eram menores em homens negros do que na população branca. Os achados persistiam até mesmo depois do controle das diferenças socioeconômicas, confirmando assim outros estudos de que um sistema de saúde orientado para os serviços de APS (como no Reino Unido) reduziu as disparidades na assistência à saúde, tão evidentes nos Estados Unidos.

Os programas de APS com o objetivo de melhorar a saúde das populações carentes de países menos desenvolvidos obtiveram sucesso no estreitamento das lacunas existentes na saúde entre as populações socialmente carentes e socialmente mais avantajadas. Um estudo caso-controle combinado realizado no México demonstrou que alguns aspectos da prestação de assistência primária tinham um importante efeito independente sobre a redução do *odds* de crianças que morriam em áreas socialmente carentes. Esses processos incluíam mecanismos adequados de referência, continuidade da assistência (sendo visitadas pelo mesmo médico em cada visita) e sendo atendidas em uma unidade pública projetada para a prestação de atenção primária<sup>39</sup>.

Um estudo realizado na Bolívia revelou que a abordagem baseada na comunidade para planejar os serviços de APS em áreas socialmente carentes diminuiu a mortalidade de crianças com idade abaixo de cinco anos em comparação com áreas adjacentes semelhantes do país como um todo<sup>40</sup>. Em Kerala (Índia), 74% da população mora em um vilarejo com um centro de APS. Sua taxa de mortalidade infantil é de 16 a cada 1.000 partos com nascido vivo. Ao contrário, no estado de Uttar Pradesh, apenas 4% da população têm acesso à APS e a taxa de mortalidade infantil é de 87 a cada 1.000 nascimentos<sup>41</sup>.

Estudos realizados em outros países em desenvolvimento mostraram um potencial considerável da atenção primária de reduzir as grandes disparidades associadas com a carência socioeconômica. Em sete países africanos, os 20% mais ricos da população recebem bem mais de três vezes o mesmo benefício financeiro dos governos gerais que é recebido pelos 20% mais pobres da

**Figura 4: Atenção primária à saúde como estratégia para promover o custo-benefício e melhorar o acesso**

ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL	VULNERABILIDADE DIFERENCIAL E EXPOSIÇÃO	DESIGUALDADE NA SAÚDE	
PESSOAS	ACESSO	Custo—benefício	
DETERMINANTES ESTRUTURAIS	EQUIPE — APS	Orientação	
		Assistência Secundária Assistência Terciária Outros Setores	\$

população (40% versus 12%). Para os serviços de atenção primária, a relação entre os ricos e os pobres na distribuição dos gastos do governo foi notavelmente inferior (23% do grupo superior versus 15% do grupo inferior), levando um especialista internacional a concluir que, "a partir de uma perspectiva de equidade, o movimento em direção à atenção primária representa um passo claro na direção correta"<sup>42</sup>. Uma análise das mortes de crianças que se poderia evitar concluiu que, nos 42 países responsáveis por 90% das mortes infantis no mundo inteiro, 63% poderiam ter sido evitadas por meio da total implementação da atenção primária. As intervenções da APS incluem a assistência integrada, que trata de problemas muito comuns como a diarreia, a pneumonia, o sarampo, a malária, o HIV/aids, o parto prematuro, o tétano neonatal e a sepse neonatal<sup>43</sup>.

Starfield *et al.* encontram uma fundamentação para os benefícios que a atenção primária representa para a saúde: (1) no maior acesso aos serviços necessários, (2) na melhor qualidade da assistência, (3) no maior foco na prevenção, (4) no controle antecipado dos problemas de saúde, (5) no efeito cumulativo das principais características da prestação da APS e (6) no papel da APS na redução da assistência desnecessária e potencialmente prejudicial do especialista. A "evidência" desse impacto pode ser encontrada no artigo original de autoria de Starfield *et al.*<sup>41</sup> Dentro do escopo deste documento, limitamos-nos ao primeiro ponto: a APS aumenta o acesso aos serviços de saúde para os grupos populacionais relativamente carentes. A APS é o ponto de primeiro contato com os serviços de saúde, facilita o acesso ao resto do sistema de saúde. Nos Estados Unidos, os subgrupos populacionais socialmente carentes apresentam uma probabilidade maior de ficarem desprovidos de uma fonte de assistência regular do que as pessoas mais ricas. A análise relatada por Weinick e Kraus<sup>44</sup> e Lieu, Newacheck e McManus<sup>45</sup> confirma o achado de que

existe menos ou nenhuma dificuldade no acesso à assistência quando a fonte é uma fonte de APS. Uma vez que as pessoas tenham acesso a serviços de APS adequados, grupos carentes minoritários de pessoas negras sempre relatam melhores experiências com relação à sua assistência do que a maioria da população branca, particularmente quando os estudos forem realizados em ambientes organizados de assistência à saúde que, por desenho, eliminam muitas das barreiras de acesso aos serviços de atenção primária.

Na figura 4, formulamos a hipótese de que a APS também pode ser uma estratégia para promover o custo-benefício e o acesso à assistência à saúde.

Atualmente, em muitos países, a assistência à saúde tem um acesso descoordenado com o hospital, e a assistência especializada é irrestrita para aqueles que têm recursos. Mesmo assim, a assistência especializada direta sempre leva a uma cascata muito dispendiosa de intervenções diagnósticas e terapêuticas, com potencial de risco iatrogênico. Propomos que a equipe de APS seja o ponto de acesso à assistência médica para toda a comunidade e funcione como "navegador" por meio da atenção secundária e terciária e outros setores. A grande maioria (acima de 90%) dos problemas apresentados - todas as doenças "comuns" - é controlada no nível acessível da atenção primária<sup>46</sup>. Problemas difíceis ou incomuns são tratados pela equipe facilitadora da APS, que conduz os pacientes por meio do complicado e emaranhado circuito de médicos especialistas e procedimentos, garantindo dessa forma que os pacientes recebam a assistência mais apropriada e evitando custos desnecessários. Isso traz melhores resultados para a saúde<sup>46</sup> e ao mesmo tempo faz com que a assistência à saúde tenha um melhor custo-benefício. O uso inadequado, e caro, de

uma assistência especializada irá diminuir, e a utilização de recursos financeiros será otimizada. O dinheiro economizado evitando-se gastos desnecessários com a assistência à saúde fica disponível para o desenvolvimento adicional e melhoria do acesso à atenção primária e para fazer com que a assistência secundária seja acessível para aqueles que necessitam. O máximo acesso à atenção primária no momento oportuno diminuirá a desigualdade na saúde e as diferenças da vulnerabilidade.

#### CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO

#### ESCOLHAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Um estudo mostrou que em países industrializados os gastos com saúde per capita são, em média, menores nos países com uma forte orientação à atenção primária<sup>47</sup>. Para os países em desenvolvimento, os dados da pesquisa são insuficientes, mas não existe razão para que os resultados sejam diferentes.

### 5. Fatores facilitadores e limitantes responsáveis pelas realizações e falhas de uma estratégia baseada na atenção primária à saúde

Muitos fatores contribuem para o fortalecimento de um sistema de APS ao tratar dos determinantes sociais da saúde.

#### a) A necessidade de recursos adequados para a assistência à saúde

Nos países da Europa Ocidental, é utilizado um sistema Beveridgiano, baseado em impostos, ou um sistema Bismarckiano, baseado nas contribuições sociais, ou uma combinação de ambos. Nos países em desenvolvimento, entretanto, os recursos baseados em impostos são limitados e, como uma grande parte da economia está situada no "setor informal", um sistema de seguridade social, baseado nas contribuições sociais sobre os salários, atinge apenas uma pequena parte da população (por exemplo, na Bolívia, o "CAJA" atinge apenas 15% da população). Portanto uma base sólida do financiamento do setor de assistência à saúde é de suma importância. Em um número crescente de países, os sistemas de seguridade social estão em desenvolvimento. Em outros países, o mercado é abundante em empresas de seguro privado "baseadas no lucro". Elas estão em atividade em grande parte do mundo: Europa Oriental, América Latina, África Ocidental.

### *Quadro 1: O estabelecimento de um sistema de reembolso para os custos da assistência à saúde no Equador: a experiência da "Salud de Altura" - Johan Herteleer (Bélgica)*

Segundo a pesquisa ENDEMAIN, os 20% mais pobres da população equatoriana gastam 40% de seu orçamento familiar em saúde, enquanto que 20% das pessoas mais ricas gastam apenas 6%. Essa diferença revela as grandes iniquidades do sistema de saúde do Equador, onde os setores pobres têm acesso a serviços caros e de má qualidade, enquanto que os setores mais ricos têm acesso a melhores serviços e pagam proporcionalmente menos.

A introdução do seguro de saúde universal (*Aseguramiento Universal de Salud - AUS*) representa uma proposta para romper a iniquidade do sistema de saúde e para criar novas oportunidades para que toda a população tenha acesso a serviços de saúde de baixo custo e de boa qualidade. O AUS proporcionará um pacote integral de promoção da saúde, prevenção e assistência curativa por meio dos serviços de saúde no primeiro e segundo níveis, que assistirá os 20% mais pobres da população com financiamento público, para incorporar progressivamente toda a população com uma mistura de financiamento público e privado.

O AUS não apenas mudará as características do lado da procura por incluir os setores menos privilegiados da população, mas também criará mudanças no lado da oferta com papéis separados para regulação, financiamento, seguro, prestação de serviços e controle local. Os incentivos devem garantir serviços mais eficientes e de melhor qualidade.

O projeto "Salud de altura", que faz parte da Cooperação Belga, colabora com a municipalidade de Quito para implementar o AUS no Distrito Metropolitano, com uma população-alvo de 350.000. O projeto também facilita a união do sistema de Seguro de Saúde Municipal, que envolve as pessoas de classe média com base no financiamento privado, com o AUS, e tem como objetivo expandir a cobertura da população do AUS para grupos como as mulheres analfabetas, suas crianças e pessoas deficientes.

A política de saúde promovida pelas agências de ajuda internacional também pode ter representada um papel específico por meio da promoção do setor privado. São observadas cinco maneiras diferentes, às vezes complementares, pelas quais a transferência da prestação de assistência à saúde para o setor privado foi realizada<sup>53</sup>:

1. Os governos subfinanciaram os serviços públicos, permitindo que o setor privado oferecesse assistência sem ter que lidar com a concorrência subsidiada. Tipicamente, esse foi o cenário adotado pela África subsahariana e pelos países Andinos.

2. Os governos, aceitando os argumentos de eficiência das agências internacionais, reduziram gradativamente o papel operacional do setor público para um foco maior sobre os programas de controle das doenças. As agências internacionais financiavam esses programas.

3. Os governos subcontrataram a assistência à saúde do setor privado (em um número muito limitado de países como o Líbano, a Colômbia, a Zâmbia). Na América Latina, as instituições financeiras internacionais também promoveram e financiaram a privatização da assistência à saúde.

4. Os governos arrendaram ou venderam os hospitais públicos para o setor privado. Os melhores exemplos conhecidos e que foram promovidos pelo Banco Mundial como opções de parceria entre o setor público e o privado são o Hospital St. Goran, em Estocolmo, e alguns poucos hospitais australianos. Em países de baixa e média renda, esse caminho (arrendamento ou venda de hospitais públicos para o setor privado) foi mais uma exceção do que uma regra. Alguns exemplos incluem a antiga União Soviética e a Albânia.

5. Os governos concederam autonomia de controle aos hospitais públicos, deixando pouco claros os limites entre os objetivos públicos e os baseados no lucro.

Na prática, foi o subfinanciamento do setor público que mais freqüentemente levou à privatização. Esse subfinanciamento aconteceu em muitos países nos anos 90, como evidencia o Relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS<sup>48</sup>. O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional reforçaram efetivamente a liberalização dos serviços privando-os dos recursos públicos.

**b) Escolhas na assistência à saúde: o hospitalocentrismo versus a atenção primária à saúde; horizontal (orientada para a pessoa e para a comunidade) versus vertical (orientado para a doença)**

Na maioria dos países em desenvolvimento, muitos dos recursos vão para os hospitais que oferecem assistência

secundária e terciária, atendendo uma pequena parte da população. Assim como nos países ocidentais, a atratividade e o "poder" dos hospitais nos sistemas de assistência à saúde são muito fortes<sup>38</sup>. Um hospital é mais "visível". A APS é amplamente distribuída na comunidade, sob a forma de clínicas, centros de saúde comunitários, hospitais municipais. Nos últimos 20 anos, outro "antagonismo" tornou-se muito importante: o antagonismo entre a assistência horizontal (orientada para a pessoa e para a comunidade) e vertical (orientada para a doença). Logo depois da Declaração de Alma Ata, o conceito de atenção primária à saúde seletiva serviu como base para os programas verticais "orientados para a doença". A epidemia de aids nos anos 80 deu um grande ímpeto para esse desenvolvimento de programas verticais. Todas as organizações, como o Banco Mundial, o FMI, o Fundo Global, a Fundação Bill e Melinda Gates, o US-Aid etc., concentraram-se nos programas verticais. Embora grande volume de recursos tenha sido investido nesses programas verticais, o desempenho geral dos programas de controle de doenças é insatisfatório<sup>49</sup>. Para a tuberculose, o HIV e a malária, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não serão alcançados na América Latina, na África subsahariana e no sul e sudeste da Ásia. Uma visão geral da literatura sobre os programas verticais versus os horizontais aponta poucos estudos que apresentassem evidências empíricas nessa área, e a qualidade dos estudos é menor do que a desejável. Os autores concluem que as abordagens vertical e horizontal não devem ser vistas como mutuamente exclusivas, mas preferivelmente como estratégias complementares, indicando dessa forma a necessidade de se descartar a dicotomia de uma versus a outra<sup>50</sup>: "Dadas as limitações da capacidade dos serviços existentes, a expansão do acesso às intervenções prioritárias, que podem ser prestadas independentemente da infra-estrutura do serviço de saúde, geralmente precisa se apoiar nos programas verticais em um primeiro momento". Isso está em contradição com outros estudos que demonstram claramente que é necessário integrar os programas em unidades locais de saúde a fim de possibilitar o alcance de um razoável sucesso no controle das doenças<sup>51,52,53</sup>. Esses autores apontam para o mérito de se integrar a assistência curativa e a preventiva. Alguns exemplos incluem o potencial para detectar um paciente com tuberculose entre aqueles que apresentam tosse ou sugerindo vacinação para um paciente ou para uma população com os quais o profissional (por exemplo, um médico de família, uma enfermeira, entre outros) estabeleceu uma relação de confiança.

O problema com os programas verticais é que eles tratam apenas de uma fração da demanda ou da necessidade de

assistência à saúde. É provável que os pacientes reivindiquem uma variedade de tratamentos, envolvendo assistência curativa, alívio de algum tipo de sofrimento, tranquilização, prevenção e orientações sobre o uso dos serviços de saúde - não apenas um controle de uma simples causa de um problema de saúde. Ao contrário, os programas verticais se concentram em objetivos restritos, ignorando amplamente a reivindicação do paciente de ter acesso a uma assistência mais ampla à saúde. Esse diálogo entre o "programa", o profissional e o paciente é limitado a questões de educação e informação - comunicação unilateral - para promover os objetivos de campanha<sup>54</sup>. Um relatório preparado pela Agência Suíça para Desenvolvimento e Cooperação identifica outras desvantagens dos programas verticais: eles criam duplicidade de esforços (cada programa de controle de doenças individual exige sua própria burocracia), levam à utilização ineficiente das instalações por parte dos beneficiários, podem criar lacunas na assistência, são incompatíveis com a prestação qualificada de assistência à saúde e, quando custeadas externamente, minam a capacidade do governo reduzindo a responsabilidade do estado de melhorar a assistência à saúde em seus próprios serviços<sup>55</sup>.

Recentemente, um novo fenômeno está influenciando o desenvolvimento de forma negativa: os programas verticais orientados para a doença, custeados por doadores internacionais, "retiram" os profissionais de saúde qualificados do sistema de APS local para empregá-los, com condições financeiras muito melhores, em programas verticais (veja o item 5.d.). Esse tipo de "lavagem cerebral" tem conseqüências devastadoras.

Para lidar com esses problemas, foi estabelecido um "código da boa prática para os programas de controle de doenças para evitar danos aos serviços de assistência à saúde nos países em desenvolvimento"<sup>54</sup>:

1. As atividades de controle de doenças devem, preferencialmente, ser integradas, com exceção de determinadas situações bem definidas, em centros de saúde, que oferecem assistência focada no paciente.
2. Os programas de controle de doenças devem ser integrados em unidades de saúde sem fins lucrativos.
3. Os programas de controle de doenças devem planejar suas ações para evitar conflitos na prestação de assistência à saúde.
4. A administração de programas de controle de doenças deve ser desenhada e operada para fortalecer os sistemas de saúde.

### **c) Aspectos administrativos e organizacionais**

A descentralização é um pré-requisito importante para

melhorar o desenvolvimento da APS, mas as políticas de descentralização são, às vezes, difíceis de serem colocadas em prática, especialmente naqueles países que têm um forte poder político central. Por outro lado, pode haver desvantagens com a descentralização na ausência de objetivos bem definidos pela política de saúde nacional.

Atualmente, existe um consenso de que o modelo mais apropriado para a organização dos serviços de assistência à saúde deve utilizar o "sistema de saúde municipal". A integração geográfica das clínicas, centros de saúde e hospitais municipais para cuidar das necessidades preventivas e curativas de uma população tem sido bem sucedida em muitos países, como, por exemplo, a África do Sul. Existe uma necessidade de estratégias inovadoras de controle que tratem eficazmente das preocupações de todos os envolvidos ao modernizar as políticas de saúde. Estudos demonstram que é clara a necessidade de modelos que estendam a participação à comunidade e ao paciente, de estruturas nacionais para educação e representação interprofissional, de mecanismos para o financiamento e responsabilidades múltiplos e a diversificação de organizações não-governamentais e seus papéis<sup>56</sup>. Uma das abordagens formuladas nos anos 90 é a abordagem "*Towards Unit for Health*" [Em Direção à Unificação pela Saúde], que defende que o desafio de se estabelecer um sistema de saúde sustentável com base nas necessidades das pessoas precisa da contribuição ativa das partes interessadas ou de parcerias na área de saúde. Embora possa haver outros, os cinco principais parceiros identificados foram: estrategistas políticos, gerentes da área de saúde, profissionais da área de saúde, instituições acadêmicas e comunidades<sup>57</sup>.

Todos os parceiros possuem suas próprias características e referências, forças e limitações, expectativas e programas. Mas essa heterogeneidade pode ser mitigada se os parceiros compartilharem um conjunto de valores comuns, como a qualidade, a equidade, a relevância e o custo-benefício, bem como uma determinada visão para a prestação de serviços de saúde futuros. O pentágono ilustra a riqueza das possíveis trocas no estabelecimento das relações de trabalho entre os parceiros, com o objetivo comum de criar um serviço de saúde com base nas necessidades das pessoas. Alguns exemplos de projetos de TUFH são: formar parcerias entre uma comunidade coletiva de mulheres em Londrina, Brasil, com uma universidade local e uma clínica de assistência primária, para empregar as necessidades de saúde da comunidade; desenhar um projeto de desenvolvimento econômico e de prevenção contra a malária em Eldoret, no Quênia, envolvendo crianças em idade escolar, a comunidade local e a universidade<sup>58</sup>.

**Quadro 2: Desenvolvimento da atenção primária no Chile em paridade com os interesses das partes envolvidas.**

**Autores: Montero J - Moore P. Departamento de Medicina de Família, Universidade Católica do Chile**

As reformas na área de saúde do Chile propõem uma abordagem recente à educação e representação interprofissional por meio de um novo modelo organizacional de atenção primária. As reformas têm o objetivo de reduzir as desigualdades marcantes na saúde, modernizar o sistema de saúde em resposta às mudanças demográficas e epidemiológicas e melhorar o controle geral do sistema de saúde.

Um dos principais projetos associados com a reforma criou uma organização não-governamental que controla seis centros-modelo de ensino de saúde para a família nas regiões mais pobres de Santiago. Esses centros oferecem uma assistência à saúde mais eficaz e criam um centro de treinamento para profissionais dedicados à atenção primária. Cada centro possui uma equipe de saúde, que consiste de médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, parteiras, fisioterapeutas, nutricionistas e administradores da área de saúde, trabalhando em equivalência relativa no comitê executivo. Membros leigos participam desse e do comitê da comunidade. Com o apoio de informações clínicas e administrativas computadorizadas, as equipes criam soluções apropriadas, tanto para os problemas locais como para os programas multidisciplinares de ensino da atenção primária. Tem havido uma estreita colaboração no desenvolvimento desse projeto entre o governo municipal local e a universidade. Cada instituição oferece apoio, incluindo recursos financeiros, tanto no investimento inicial como nos custos de operação.

Por exemplo:

- O Ministério da Saúde oferece recursos per capita, sob a condição de que os centros proporcionem uma "cesta" fixa de serviços. Ele também oferece bolsas de estudo para treinamento de pós-graduação no centro.
- Muitos dos membros da equipe de saúde ocupam

cargos acadêmicos na universidade e dividem seu tempo entre o trabalho clínico e o ensino.

- A municipalidade oferece a área onde os centros estão sendo construídos e facilitam a operação do centro e do trabalho comunitário.

- Tem sido questionado se o Chile precisa de especialistas em atenção primária, e tem havido resistência ao envolvimento da ONG. No entanto, graças à colaboração, existe um amplo apoio para a atenção primária multiprofissional.

**Quadro 3: The Bromley by Bow Health Centre. Londres. Reino Unido.**

Autor: Dr. Sam Everington - WONCA - Europe - five star doctor 2006.

O *Bromley By Bow Health Centre* desenvolveu ao longo de vários anos uma parceria entre os setores público, privado, voluntário e os pacientes. Teve início com uma igreja, que foi convertida em 1984. O prédio do Centro de Saúde foi inaugurado em 1997, a ala *The Café and Art* em 2000 e o *"Enterprise Bar"* em 2005. Sua filosofia é a integração de mais de 100 diferentes projetos, um compartilhamento de todos os espaços e um edifício residencial que equilibra as funções daqueles que trabalham e utilizam o centro. O centro é contratado pela autoridade local para controlar o parque de dois acres em que se situa, e oferece um espaço bonito e seguro para a comunidade local. A filosofia é: para melhorar a saúde da comunidade em que você vive, temos que lidar não apenas com as questões de saúde tradicionais, mas com outras necessidades de saúde das pessoas - emprego, educação, meio ambiente e criatividade. O centro é de propriedade da comunidade e estimula uma cultura de "poder fazer", ajudando a todos a controlarem e melhorarem sua saúde e tornarem-se empreendedores sociais. O centro integra todas as idades e grupos culturais e dá apoio a todos na comunidade, para ser não só parceiros, mas usuários, e participar ativamente. Insere as pessoas nas estruturas. A comunidade local é composta de 50% de bengaleses e de 25% de outros grupos étnicos minoritários. Pelo menos um terço da comunidade utiliza o centro regularmente e 90% pelo menos uma vez ao ano. Os usuários do centro refletem plenamente a demografia da área.

#### **d) Planejamento da mão-de-obra para a atenção primária: educação e treinamento, recrutamento e manutenção**

Em todo o mundo, mais especificamente nos países em desenvolvimento, existe um problema para recrutar e reter os profissionais de APS, especialmente médicos e enfermeiras. Hoje em dia existe um carrossel de migração que é mundial. Nos países em desenvolvimento, existe uma transferência da força de trabalho do sistema de APS local em direção aos programas verticais orientados para as doenças, patrocinados pelos doadores internacionais. Além do mais, existe uma transferência das áreas rurais e dos vilarejos em direção às áreas mais afluentes das cidades. Na África, existe uma constante migração de médicos da África central em direção aos países da África meridional (Zâmbia, Zimbábue, África do Sul etc.). Na África do Sul, um a cada quatro médicos treinados no país emigra em direção ao Reino Unido, ao Canadá, aos Estados Unidos, à Austrália. Também na Ásia (especialmente na Índia), existe um importante movimento em direção aos países ocidentais. Atualmente, 25% da força de trabalho de médicos nos Estados Unidos consiste de profissionais internacionais graduados em medicina e, na Nova Zelândia, chega até mesmo a 34,5%<sup>59</sup>. No Reino Unido, 10,9% de todos os médicos são da Índia. Nas Filipinas, os médicos são "retreinados" para se tornar "enfermeiros", o que os permite emigrarem para os Estados Unidos. Na América Latina, existe uma superprodução de médicos e, além do mais, uma incapacidade de pagá-los, o que leva a uma distorção: médicos se tornam motoristas de táxi; na Jamaica, 41,4% de todos os médicos treinados emigram. Embora alguns países ocidentais (como o Reino Unido) interrompam o recrutamento ativo de médicos e de enfermeiras nos países em desenvolvimento, ainda existem "oportunidades", por exemplo, para a migração de médicos para os Estados Unidos: os profissionais graduados na África podem se candidatar em Kampala, no Cairo, entre outros locais para serem aprovados no "exame de admissão" americano. Olhando para as crises de migração dos profissionais da área de saúde, fica claro que temos que evitar a exploração dos gastos com treinamento dos países mais pobres. Em nível nacional, nos países com maior renda, precisamos, fortemente, levar em consideração:

1. A demanda que está sempre aumentando (como resultado das forças familiares de aumento das economias, da expansão da tecnologia e do envelhecimento da população), mas isso também é altamente responsivo aos planos de gastos públicos, da política de contenção de despesas e do apoio político aos modelos de prestação de assistência à saúde como a assistência controlada.

2. Os números relativos ao treinamento são amplamente determinados pelo mercado.

3. As condições de pagamento e de emprego, em países como o Reino Unido, são amplamente determinadas pelos estrategistas políticos. Por outro lado, em países como os EUA, onde o setor privado domina o emprego, essas condições são amplamente determinadas pelo mercado<sup>60</sup>. O maior desafio é responder à questão de como as pessoas que são capacitadas localmente podem ser motivadas a trabalhar nas áreas onde moram os pobres e desamparados. Uma investigação sobre a situação da Etiópia ilustra a complexidade dos processos<sup>61</sup>. Existem dois principais determinantes da disposição de trabalhar em uma área rural: a renda familiar dos pais e a disposição dos estudantes em ajudar aos pobres. Aparentemente as mulheres são significativamente mais propensas a querer ajudar aos pobres do que os homens. O fato de terem freqüentado uma escola de uma ONG também pode ser um estímulo. Na Etiópia, 2/3 dos estudantes de enfermagem e 90% dos estudantes de medicina querem trabalhar em uma área urbana em longo prazo. A partir de um experimento de simulação, tornou-se claro que, onde os médicos e enfermeiras iniciantes puderem escolher entre duas oportunidades um trabalho em uma área urbana com um salário básico ou um cargo em uma área rural onde recebam um salário básico mais prêmio, não é necessário um grande diferencial salarial para fazer com que esses trabalhadores iniciantes da área de saúde assumam um posto em uma área rural. A OMS tratou do problema da migração e evasão no Relatório de Saúde Mundial de 2006: "Trabalhando juntos pela saúde"<sup>62</sup>. Um plano de ação descreve o objetivo de 10 anos em todos os países de formar forças de trabalho de alto desempenho para os sistemas nacionais de saúde para responderem aos desafios correntes e emergentes. Globalmente, uma variedade de normas baseadas na evidência deve informar a boa prática para os trabalhadores da área de saúde. Acordos cooperativos eficazes poderão minimizar as conseqüências adversas apesar do crescente fluxo internacional de trabalhadores. O financiamento internacional sustentado deve ser disponibilizado para apoiar os países receptores de apoio pelos próximos 10 anos à medida que ampliem sua força de trabalho.

Em muitos países em desenvolvimento, existe uma busca por "trabalhadores da área de saúde de nível intermediário": eles devem ter habilidades clínicas e estarem posicionados em algum lugar entre o trabalho que as enfermeiras estão fazendo e o trabalho dos médicos dedicados à atenção primária.

#### **Quadro 4: Desenvolvimento de programas de treinamento para trabalhadores da área de atenção primária à saúde na África meridional e oriental**

**Autores: prof. Jannie Hugo - Medicina de Família - Universidade de Pretoria (África do Sul).**

O Sistema de Saúde Municipal é a forma de se prestar assistência básica de saúde na África do Sul. A autoridade de saúde municipal oferece assistência básica em coordenação com a assistência à saúde prestada pela iniciativa privada e pelas ONGs e integra os programas de saúde verticais no nível dos indivíduos, de suas famílias e das comunidades. A medicina de família na África do Sul é a disciplina clínica da atenção primária, da saúde municipal, da prática geral e da saúde rural. Um importante papel do médico de família é facilitar a integração da assistência ao paciente por meio da continuidade de assistência oferecida pelo município entre o lar, a clínica e o hospital e, também, integrar os programas verticais no nível da família e da clínica. Um programa nacional para o desenvolvimento da medicina de família e a assistência à saúde municipal inclui a criação de departamentos de medicina de família nos municípios, o desenvolvimento de um programa nacional de treinamento em medicina de família e o desenvolvimento de complexos de ensino baseados no município. Um projeto financiado pelo governo belga, o VLIR-ZEIN 2003 PR290, coordenado pelo prof. J. de Maeseneer (Universidade de Ghent), ajudou o Consórcio de Educação em Medicina de família (FaMEC) desde 2003 a colaborar com o governo e com outras organizações para sustentar esse desenvolvimento. Atualmente, pelo menos 52 complexos de treinamento baseados no município estão sendo desenvolvidos em áreas rurais e urbanas carentes.

Em resposta à política do DoH, o FaMEC assumiu a incumbência de desenvolver uma nova categoria para o trabalhador da área médica de nível intermediário, chamada de "associado clínico". O associado clínico trabalhará como um assistente do médico, com os procedimentos, no hospital municipal. O treinamento dos associados clínicos será realizado nas faculdades de ciências de saúde e com base nos mesmos complexos de ensino municipais em desenvolvimento.

Os complexos de ensino municipais são desenvolvidos conjuntamente pelas faculdades de ciência de saúde da universidade e pelos departamentos de saúde rurais e incluem a infra-estrutura, o aprendizado eletrônico e as habilidades laboratoriais. O ensino interprofissional para os trabalhadores da área de saúde com base no município já inclui programas em enfermagem, pós-graduação em medicina de família, graduação em saúde municipal e obstetria da comunidade, terapia ocupacional e

treinamento em fisioterapia. O treinamento para os trabalhadores e gerência da área de saúde da comunidade está sendo planejado. A melhoria contínua e o ensino do serviço são partes integrantes dos complexos de desenvolvimento de ensino. Foram iniciadas as discussões para o desenvolvimento desses complexos de ensino para faculdades de ciências de saúde baseadas no distrito. Em uma colaboração de sul a sul entre a África do Sul e quatro países do Leste da África (Uganda, Quênia, Tanzânia e DRC), um novo projeto financiado pela Bélgica, o VLIR-ZEIN 2006 PR320, apóia um projeto que tem como objetivo integrar os desenvolvimentos acima com iniciativas semelhantes naqueles países.

#### **Quadro 5: A contribuição da atenção primária à saúde em áreas rurais remotas da Austrália**

**Autor: Dr. Vladislav Matic -MBBS (Syd) FRACGP FACRRM - membro do conselho da RARMS**

Os problemas da região eram extremos. Isolamento social e profissional, 55% de população aborígine, uma expectativa de vida média para a comunidade abaixo de muitas nações do terceiro mundo e uma perda em longo prazo de profissionais de medicina e uma ausência de serviços associados de saúde.

A agência estadual de apoio ao médico rural, a RDN, promoveu uma reunião de interessados envolvendo médicos, funcionários ligados ao setor, representante da comunidade, o governo local, representantes do hospital e de serviços da área de saúde, o serviço de saúde aborígine, o governo da comunidade e organizações de saúde pública. Depois dessa reunião, as seguintes estratégias, estruturas, sistemas e soluções foram criados:

1. Esses interessados iriam se reunir pelo menos trimestralmente, garantindo uma forte participação regional e da comunidade e condução do sistema de assistência primária;

2. A RDN formaria uma estrutura corporativa sem fins lucrativos, com os representantes das principais partes interessadas, criando o conselho de uma empresa, intitulada *Rural and Remote Medical Services Pty Ltd* (RARMS), e a RARMS procuraria obter financiamento da comunidade para facilitar o mecanismo da prática médica removendo, com isso, o peso e a obrigação dos médicos no fato de terem que possuir e administrar um serviço médico ou negócio. A RARMS teria então um percentual do ganho dos médicos para permitir o retorno dos investimentos e garantir a sustentabilidade. A premissa subjacente era a de que a estrutura e o sistema produziram um lucro operacional que seria, então, mantido em depósito para a comunidade de origem, para garantir a sobrevivência em longo prazo e permitir a substituição de equipamentos e o desenvolvimento de novos serviços na

medida do possível ou identificados como necessários.

3. Os médicos seriam auxiliados a se mudar para a comunidade, sendo apoiados no estabelecimento de sua prática e, possivelmente, e mais relevante, poderiam sair a qualquer momento sem que houvesse penalidade. Essa filosofia é intitulada - *Easy Entry/Gracious Exit*.

4. A contribuição de cada profissional seria considerada valiosa e não seria medida em relação a um mínimo absoluto ou expectativa.

5. Cada profissional seria considerado no contexto de uma unidade familiar e, como tal, a transição de toda a unidade familiar seria assistida com oportunidades de emprego para as esposas, assistência com moradia e educação, se necessário, e a introdução na comunidade e as redes de apoio seriam estimuladas e ativamente sustentadas.

6. Essa iniciativa foi expandida em um curto prazo de tempo para incluir uma comunidade adjacente com problemas semelhantes, melhorando com isso as economias de escala para o controle e o conselho.

Dentro do prazo relativamente curto de cinco anos, há agora nove médicos nessas duas comunidades onde havia anteriormente dois; há pediatria, fisiologia de exercício, dietética e serviços de terapia fonoaudiológica

regularmente em cada comunidade onde não havia nada, enfermeiras em cada área e, o mais notável, as internações no hospital local caíram por volta de 70%.

Eu acredito que isso demonstra que, até mesmo nas comunidades e regiões mais remotas, carentes e difíceis, o completo envolvimento de todas as partes interessadas, a eliminação de deveres e obrigações comerciais, o reconhecimento de que os profissionais da área de saúde fazem parte de unidades familiares e uma filosofia subjacente de que todas as contribuições são valiosas e que nenhuma expectativa fixa de serviço deve ser atribuída aos profissionais da área de saúde levarão a uma força de trabalho estável e sustentável.

O próximo grande aprendizado é que esse experimento demonstra claramente que um sistema de atenção primária eficaz, focado e orientado para a comunidade pode melhorar dramaticamente os resultados em saúde imediatos e de longo prazo da comunidade. Talvez o mais importante é que, à medida que a assistência à saúde se torna menos acessível para os governos e para os indivíduos, uma estrutura de atenção primária eficaz pode reduzir dramaticamente a necessidade e a pressão pela procura de recursos de assistência secundária como os hospitais.

### e) Financiamento da atenção primária à saúde

Não existem muitas obras a respeito dos efeitos dos diferentes sistemas de pagamento na APS sobre o prestador, o paciente e a sociedade. Em uma revisão de uma literatura, De Maeseneer *et al.*<sup>63</sup> descrevem diferentes sistemas de pagamento: pagamento por serviços prestados (feito por unidades de serviço), capitação (unidade paga por paciente), capitação integrada (pagamento pelos serviços prestados por diferentes profissionais ou em diferentes níveis de assistência, sendo todos incorporados em uma quantidade de dinheiro

definida), salário (pagamento por unidades de tempo e um acordo contratual). Na maioria dos países, atualmente, existem sistemas mistos de pagamento: pagamentos por meta, relacionados à infra-estrutura e pagamentos por função. A Tabela 2 apresenta uma visão geral dos efeitos do sistema de pagamento sobre o prestador, o paciente e a sociedade.

Nota

"-" a "---" o efeito está incerto

"0" efeito neutro

"+" a "+++" o efeito é positivo

**Tabela 2: Efeitos do sistema de pagamento sobre o prestador, o paciente e a sociedade**

	Forma de pagamento			Salário	Condições essenciais
	Pagamento por serviços prestados	Capitação	Capitação integrada		
<b>Prestador da assistência</b>					
- atividades	++	+	+	0	
- seguridade social	?	+	?	++	Planejamento da mão-de-obra
<b>Paciente</b>					
- humanização	++	+	+	-	Carga de trabalho
- acesso	+	++	++	++	Control e de lista de espera para o sistema de salário
- escolha livre	++	+	+	0	
<b>Sociedade</b>					
- responsabilidade	--	++	+++	++	
- equidade	-	++	[em branco]	++	
Limites	divisão dos custos	[em branco]	seleção de risco	escassez	Sistema de informação de saúde

Os autores concluem: "Nossa análise sugere que o sistema baseado na capitação deve, mais apropriadamente, formar a base de qualquer sistema de pagamento ao médico prestador de atenção primária. Além disso, a essa base financeira será necessária uma combinação de outros sistemas de pagamento para financiar o trabalho de médicos de família e da equipe dedicada à prestação de APS. A combinação mais adequada irá depender do orçamento disponível e do país em questão. A complexidade e a variedade das tarefas

realizadas pelos membros da equipe dedicada à prestação de APS são consideráveis e exigem um sistema de pagamento, flexível e inovador".

Mais recentemente, o "pagamento por desempenho" foi introduzido a fim de melhorar a qualidade da APS. Os resultados têm sido positivos, certamente no campo da prevenção e do controle da doença crônica, mas também há efeitos adversos importantes, especialmente em relação ao acesso para os pobres<sup>64</sup>.

#### **Quadro 6: O pagamento por desempenho na Costa Rica.**

**Autor: Werner Soors, Instituto de Medicina Tropical, Antuérpia - Bélgica**

Os Compromissos de Gestão (*Compromisos de Gestión*) são uma característica inconfundível da reforma do sistema de saúde da Costa Rica. A firme introdução de clínicas de APS (*EBAIS, Equipos Básicos de Atención Integral en Salud*) dentro de uma estrutura municipal (*Áreas de Salud*) desde 1994 e a transferência de todas as cláusulas de serviço do Ministério da Saúde para o Fundo de Seguridade Social da Costa Rica (*CCSS, Caja Costarricense de Seguro Social*) são a base dessa reforma. Ambas as medidas confirmaram o comprometimento do país com a cobertura universal e consolidaram a opção da prestação de serviço público. De volta aos anos 90, nenhuma delas foi apoiada pelo Banco Mundial, que insistia em dividir a CCSS em instituições separadas de financiamento, compra e prestação e defendia a introdução de empresas privadas de seguro. O governo da Costa Rica rejeitou as propostas do banco, mas por fim concordou com uma separação entre o comprador e o fornecedor dentro do CCSS por meio de contratos.

Os Compromissos de Gestão, introduzidos na Costa Rica desde 1996, tinham o objetivo de melhorar a prestação de serviços substituindo gradativamente o financiamento por série histórica pelo pagamento por desempenho. Os acordos consistem de uma negociação anual entre um órgão central do CCSS e os fornecedores do CCSS em uma lista de indicadores e objetivos para um número limitado de itens do programa. No nível das equipes básicas - EBAIS, inicialmente 10% do orçamento foram designados aos pagamentos per capita ajustados para o padrão de uso do serviço determinado pelas taxas de mortalidade e pela estruturas de sexo e idade da população atendida. Em determinadas ocasiões, observadores externos apontaram a crescente complexidade dos acordos, que poderiam

atrapalhar os seus objetivos<sup>65,66</sup> (para obter uma discussão detalhada, consulte Adolfo Rodríguez Herrera, 2006). Uma pesquisa em andamento na região de Huetar Atlántica, realizada por uma equipe do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia (Jean-Pierre Unger, Pierre De Paepe e Werner Soors) em cooperação com a divisão médica da CCSS, revela uma série de efeitos colaterais dos Compromissos de Gestão (PA) no nível das equipes básicas - EBAIS:

- Na medida em que o exame clínico e o diagnóstico são considerados, a coincidência entre as atividades registradas e observadas é menor nos prestadores vinculados aos compromissos de gestão - PA do que nas consultas de cuidados gerais.

- O tempo de consulta dedicado apenas às anotações é maior nos prestadores vinculados aos compromissos de gestão - PA do que nas consultas de cuidados gerais.

- Os indicadores da assistência centrada no paciente são menores nos prestadores vinculados aos compromissos de gestão - PA do que nas consultas de cuidados gerais.

- Uma quantidade de itens exigidos dos prestadores vinculados aos compromissos de gestão - PA consome em média 56% de todo o tempo disponível para a consulta.

- Entre 43 e 90% da população refere dificuldades para acessar os cuidados gerais não cobertos pelos PA.

Obviamente, os pobres são os primeiros a ser diretamente afetados, uma vez que têm poucas opções (eles podem esperar, ir a um pronto-socorro ou simplesmente abrir mão de uma consulta). No final, é possível que eles sofram ainda mais. As classes médias são pressionadas a seguir para o setor privado, desgastando dessa forma, a solidariedade que tem sido a base da política social da Costa Rica por mais de 50 anos. Para evitar o rompimento de um sistema público de saúde que apresenta um sucesso excepcional, a Costa Rica pode precisar reduzir seus Compromissos de Gestão.

## **f) Equidade - acesso - qualidade - eficiência**

Neste documento, temos argumentado que a APS pode contribuir para uma assistência justa, por um lado, por meio da melhora ao acesso e, por outro lado, por meio de uma contribuição para a coesão social e para a autonomia das pessoas e para que elas se tornem menos vulneráveis. Isso ocorre apenas quando a qualidade da assistência é otimizada. Acessibilidade sem qualidade pode, até mesmo, ser perigosa. Em um recente estudo de campo realizado em Limpopo (África do sul), ficou claro que, para 24,3% dos pacientes com diagnóstico de condições do trato respiratório superior, no nível clínico, as enfermeiras prescreviam antibióticos. É claro que elas não são responsáveis por esse problema, mas explicita que o desempenho diagnóstico pode ser tão importante quanto a acessibilidade da terapêutica. Portanto, é necessário aumentar a competência clínica da APS, a fim de evitar que os países em desenvolvimento se tornem "excessivamente medicalizados", por exemplo, com antibióticos, com o conseqüente problema da resistência<sup>28</sup>. Portanto, existe a necessidade de que médicos de família operem com a disciplina clínica, juntamente com outros profissionais no nível da atenção primária. Finalmente, a equidade está estreitamente ligada à "eficiência": a implementação da medicina baseada na evidência, levando em consideração a "evidência contextual" (incluindo, por exemplo, a medicina tradicional) e a "evidência política", pode contribuir para uma "melhor condição de saúde" e maior equidade. Isso pode exigir uma reorientação da utilização da assistência à saúde pela população: em muitas cidades grandes de países em desenvolvimento, uma pessoa pode procurar os centros de saúde locais, incluindo uma maternidade, onde o último parto foi realizado há 5 ou 10 anos. Enquanto isso, centenas de mulheres grávidas estão fazendo fila no departamento de obstetrícia do hospital universitário terciário. Portanto, o envolvimento do público nessa mudança dos padrões de utilização é muito importante.

## **g) A atenção primária à saúde e a ação intersetorial**

Como já foi descrito, a equipe dedicada à APS é propriamente multidisciplinar e trata tanto da saúde como do bem-estar. Para que isso seja feito, ela tem que estabelecer uma estreita ligação com os setores de educação, trabalho, economia, meio ambiente, sociocultural, entre outros. A APS operando na articulação entre o sistema de assistência à saúde e a sociedade tem um posição privilegiada para contribuir para um processo de reunião de informações que podem ser de elevada relevância social. A utilização de instrumentos de classificação adequados (por exemplo, a Classificação Internacional da Atenção Primária)<sup>67</sup> para a coleta de dados no nível da

atenção primária pode documentar claras indicações sobre onde as pessoas apresentam problemas com suas condições de vida. Se for adequadamente transferida para o nível político local, esse tipo de informação pode servir como base para a ação intersetorial, por exemplo, no campo da economia, do emprego, do meio ambiente, da segurança no trânsito etc.

## **6. Que medidas políticas são necessárias para aumentar o impacto da atenção primária à saúde sobre a equidade em saúde?**

### **a) Introdução**

Discussões sobre o impacto de um sistema de APS sobre a equidade em saúde sempre ocorrem em um contexto político. Existem indicações de que instituições que operam em um país democrático podem, portanto, intervir na situação de saúde, por exemplo, com a redução das disparidades sociais e das desigualdades de renda, que resulta da maior vocalização política e participação. Melhorar a saúde das pessoas mais carentes pode, por sua vez, melhorar o desempenho agregado do país em termos de saúde. As instituições políticas também podem afetar a saúde por meio do seu impacto sobre questões universais de política de saúde, como o acesso universal a serviços de alta qualidade. Ao contrário, a ausência de uma democracia representativa oferece poucos incentivos para que as elites políticas possam competir por votos, resultando em menos responsividade política e menores incentivos para disseminar os benefícios universalmente ou para os pobres. Os regimes autoritários suprimem a competição política e tendem a ter um interesse de impedir a desenvolvimento humano, porque a melhora da saúde, da educação e da segurança econômica mobiliza os cidadãos a defenderem uma participação maior e mais recursos<sup>68</sup>. As principais características políticas para se construir uma infra-estrutura de atenção primária são: esforço para distribuir os recursos de forma justa, acesso universal ao financiamento sob o controle do governo ou de lei regulamentadora do co-pagamento, proporção maior de gastos com assistência à saúde de fontes públicas do que de fontes privadas.

### **b) "A reconstrução política de senso comum"**

Hoje em dia, ideologicamente, existe uma tentativa por parte de grupos de interesse financeiro em formar um novo "senso comum". Muitos deles, chamados de "especialistas" no ambiente da assistência à saúde, contribuem para a construção desse novo senso comum, promovendo os 11 fundamentos que levam a repensar o sistema<sup>69</sup>:

1. A crise na saúde se dá por causas financeiras.
2. O controle introduz uma nova e indispensável racionalidade administrativa para resolver a crise.
3. As decisões clínicas devem estar subordinadas a

essa nova racionalidade se quisermos obter um controle de custos.

4. A eficiência aumenta se o financiamento for separado da prestação de serviços e se a concorrência for generalizada entre todos os subsetores (serviços próprios do estado, seguridade social e privado).

5. Deve-se desenvolver uma abordagem de mercado para a saúde, porque é o melhor regulador da qualidade e dos custos.

6. A procura, em vez da oferta, deve ser subsidiada.

7. Tornar as relações trabalhistas flexíveis é o melhor mecanismo para se alcançar a eficiência, a produtividade e a qualidade.

8. A administração privada é mais eficiente e menos corrupta do que a administração pública.

9. Os pagamentos efetuados à seguridade social são de propriedade de cada trabalhador.

10. A desregulamentação da seguridade social permite que o usuário tenha liberdade de escolha, seja capaz de optar pelo melhor administrador de seus recursos.

11. A transição de usuário/paciente/beneficiário para cliente/consumidor garante que os direitos sejam respeitados.

É importante mostrar que essas interpretações são, de certa forma, a imposição de pontos de vista definidos pelos interesses financeiros. Mais do que nunca, será necessário defender a saúde como um bem público e enfatizar a necessidade de solidariedade a fim de garantir o acesso de todos a uma assistência à saúde de qualidade.

### **c) Sociedades em transformação em um mundo em transformação.**

As medidas políticas devem, é claro, ser apoiadas pela sociedade em transformação, em um mundo em transformação. Elas terão que levar em consideração o desenvolvimento demográfico e epidemiológico, científico e tecnológico, cultural e socioeconômico e a globalização. Como a situação pode ser muito diferente em países diferentes e em diferentes partes do mundo, haverá sempre a necessidade de adaptar medidas políticas ao contexto local (veja os itens 1 e 3).

### **d) Medidas políticas que podem aumentar o impacto da atenção primária à saúde sobre a equidade em saúde.**

A partir dessa pesquisa, concluímos que as cinco medidas políticas a seguir são necessárias:

1. Garantir o acesso universal à assistência à saúde por meio de um sistema de saúde adequado (sistema de seguridade social, sistema nacional de saúde etc.).

2. Fazer uma transferência de um "programa vertical orientado para a doença" em direção a uma abordagem "horizontal, orientada para a comunidade". A Wonca (Organização Mundial de Medicina de Família)<sup>70</sup> está discutindo o lançamento de uma campanha "10 até 2010", "15 até 2015", com o objetivo de que, por volta de 2010,

10% dos orçamentos dos programas verticais orientados para a doença tenham que ser investidos localmente no fortalecimento do sistema de APS (e que, por volta de 2015, 15%). Deve haver um sinal para que as organizações e doadores internacionais reorientem os recursos em direção ao fortalecimento da atenção primária.

3. Educação, recrutamento e manutenção de uma equipe adequada, qualificando a clínica e buscando a orientação para a população baseando o sistema na APS. O plano de ação definido no Relatório de Saúde Mundial de 2006 pode ser um bom ponto de partida. Existe uma necessidade de treinamento de médicos de família que trabalham em uma equipe dedicada à APS.

4. Estabelecimento de um serviço de APS de alto desempenho, integrado com o sistema de saúde municipal. Essa APS deve atuar como o primeiro ponto de contato para a população, deve ser capaz de lidar com mais de 90% de todos os problemas apresentados e deve atuar como um filtro para ajudar os pacientes a seguir por um caminho de alta qualidade e que tenha um custo-benefício apropriado por meio do sistema de assistência à saúde. Essa equipe deve ter uma composição interdisciplinar, incluindo médicos de família, enfermeiras, trabalhadores dedicados à promoção da saúde, assistentes sociais, nutricionistas, que tratem das necessidades físicas, psicológicas e sociais dos pacientes, de suas famílias e das comunidades em que vivem. Com a cooperação intersetorial, eles devem contribuir para um "Diagnóstico da Comunidade", ilustrando os problemas estruturais subjacentes que contribuem para uma saúde doente. O papel da APS no processo de esclarecer a importância das estruturas sociais e na compreensão dos determinantes sociais da saúde pode contribuir para a transformação da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades<sup>71</sup>.

É necessária a integração entre a saúde pública<sup>1</sup> e a APS, pois é preciso que a APS integre as mensagens e intervenções a partir da abordagem da saúde pública.

5. Os sistemas de saúde devem ser organizados em uma rede intersetorial, articulada com meio ambiente, economia, trabalho e educação em diferentes níveis institucionais (nacional, rural, municipal). Para a APS, a participação da comunidade local junto aos serviços é de suma importância e requer uma abordagem ascendente. Esse sistema de APS poderia contribuir para a erradicação de doenças e, por meio de seu efeito sobre a coesão e autonomia social, diminuindo a vulnerabilidade das populações e fortalecendo as comunidades na abordagem dos determinantes sociais da saúde.

Em conclusão, a APS possui um grande potencial para lidar com os determinantes sociais da saúde, uma vez que pode contribuir para a melhora do acesso, especialmente para aqueles que mais precisam. Além do mais, ela contribui para a autonomia e coesão social e está orientada em

direção à melhora das condições de vida da comunidade local. A APS precisa de uma equipe multidisciplinar composta de enfermeiras e médicos de família (as disciplinas clínicas da APS), de trabalhadores de nível intermediário dedicados à atenção primária, de trabalhadores dedicados à promoção da saúde e de assistentes sociais. A APS coloca em prática, na estrutura do sistema de saúde municipal, os objetivos da política de saúde, envolvendo a comunidade local, e contribui para a ação intersetorial pela saúde. A fim de fazer com que a APS seja uma abordagem de sucesso, é necessário o investimento de recursos, com uma transferência dos programas verticais orientados para a doença em direção ao fortalecimento do sistema local de atenção primária à saúde.

## Literatura

<sup>1</sup>Social and Cultural Planning Office. Social and Cultural Report 2000. The Hague: Social and Cultural Planning Office; 2000.

<sup>2</sup>World Health Organization. World Health Statistics 2006. Geneva, WHO, 2006.

<sup>3</sup>The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank. Global Monitoring Report 2006: Millennium Development Goals: strengthening mutual accountability, aid, trade and Governance. Washington, IBRD, 2006, p. 4.

<sup>4</sup>Horton R. A new global commitment to child survival. *Lancet* 2006;368:1041-2.

<sup>5</sup>De Maeseneer J, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362:1314-9.

<sup>6</sup>Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45-7.

<sup>7</sup>Dorling D, Shaw M, Smith GD. Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ* 2006;332:662-4.

<sup>8</sup>Mackenbach J, Kunst A, Cavelaars A, Groenhouf F, Geurts J. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-9.

<sup>9</sup>Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socioeconomic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997. *Health Econ* 2005;14:831-50.

<sup>10</sup>Turell G, Mathers D. Socio-economic inequalities in all-cause and specific cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *Int J Epidemiol* 2001;30:231-9.

<sup>11</sup>Kohn R, Wise P, Kennedy B, Kawochi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ* 2000;321:1311-5.

<sup>12</sup>Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Declerck D. Parental occupational status related to dental caries experience in 7-year-

old children in Flanders (Belgium). *Community Dent Health* 2001;18:256-62.

<sup>13</sup>Dionne C, Von Korff M, Koepsell T, Deyo R, Barlow W, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:455-68.

<sup>14</sup>Ahmed SM, Lemkau JP, Naleigh N, Manu B. Barriers to healthcare access in a non-elderly urban poor American population. *Health Soc Care Comm* 2001;9(6):445-53.

<sup>15</sup>Weisbrot M, Baker D, Kraev E, Chen J. The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social Well-being. In: Navarro V, Muntaner C. Political and economic determinants of population Health and Well-being: controversies on developments. New York, Baywood Publishing Company, 2004, pp.91-114.

<sup>16</sup>Castleman B. The migration of industrial hazards. *Int J Occup Environ Health* 1995;1(2):85-96.

<sup>17</sup>Coker R, Mounier-Jack S. Pandemic influenza preparedness in the Asia-Pacific region. *Lancet* 2006;368:886-9.

<sup>18</sup>Doherty J, Gilson L. Proposed areas of investigation for the Health Systems Knowledge Network. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, 2006.

<sup>19</sup>Willems S. The socio-economic gradient in health: a never-ending story? Ghent University, Ph.D.-thesis, Department of Family Medicine and Primary Health Care, 2005, pp. 111-121.

<sup>20</sup>Lord Dawson of Penss. Interim report on the future provision of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

<sup>21</sup>World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

<sup>22</sup>Vuori H. The role of Public Health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4:221-30.

- <sup>23</sup>Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *Social Science and Medicine* 1980;14:145-63.
- <sup>24</sup>Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. *International Journal of Health Services* 1984;14:159-72.
- <sup>25</sup>Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science and Medicine* 1986;23:559-65.
- <sup>26</sup>Loeliger SF. On programs, processes, approaches and movements: a critical analysis of PHC, supported by a case study in Fiji. MSc-thesis, Berkeley, University of California, Department of health and medical sciences, 1987.
- <sup>27</sup>Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine* 1986;22:1001-13.
- <sup>28</sup>Vanommeslaeghe F, D'Hondt F. Use of essential medicines in South-Africa. Ghent University, Master-thesis. Faculty of Medicine and Health Sciences, 2006.
- <sup>29</sup>WHO. National health development networks in support of Primary Health Care, Geneva, World Health Organization, 1986.
- <sup>30</sup>Connor LH, Higgenbotham N. A sociocultural perspective on rural health development: a proposal for educating health professionals in Asia and the Pacific. Honolulu, East-West-Center, 1983.
- <sup>31</sup>Stone L. Primary health care for whom? Village perspectives from Nepal. *Social Science and Medicine* 1986;22(3):293-302.
- <sup>32</sup>Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- <sup>33</sup>De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset D, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs. *Annals of Family Medicine* 2003;1(3):144-8.
- <sup>34</sup>Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H. Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st Century. Washington, American Association for Public Health, 1998.
- <sup>35</sup>Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care. *Am J Public Health*, 2002;92:1717-21.
- <sup>36</sup>Haute Ecole Libre de Bruxelles ILSA Prigogine, Ecole d'Infirmier(e)s et d'accucheuses de l'ULB, Santé communautaire, Mission d'observation et d'étude du Système de Santé Cubain. L'Habana 3-11 Avril 2003, Juin ULB, 2003.
- <sup>37</sup>Nayeri K, López-Pardo C M. (2005). Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union. *International Journal of Health Services*, 35(4),797-816. Available at: <http://ejournals.ebsco.com/Article.asp?ContributionID=7739146>
- <sup>38</sup>Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3):457-502.
- <sup>39</sup>Ryes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J et al. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy and Planning* 1997;12:214-23.
- <sup>40</sup>Perry H, Robison N, Chavez D et al. The Census-based, Impact. Oriented Approach: its effectiveness in promoting child health in Bolivia. *Health Policy and Planning* 1998;13:140-51.
- <sup>41</sup>Shekhar S, Rani M. Worlds apart: Why are Kerala and Uttar Pradesh so different in their human developments? *World Bank Report*. Washington: World Bank;2003.
- <sup>42</sup>Gwatkin. The need for equity-oriented health sector reforms. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:720-3.
- <sup>43</sup>Jone G, Steketee RW, Black RE et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
- <sup>44</sup>Weinick RM, Krauss NA. Racial/Ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health* 2000;90:1771-4.
- <sup>45</sup>Lieu TA, Newacheck PW, McManus MA. Race, ethnicity and access to ambulatory care among U.S. adolescents. *American Journal of Public Health* 1993;83:960-5.
- <sup>46</sup>De Maeseneer J. Family Medicine: an exploration. [Ph.D.-thesis]. Ghent, Ghent University, 1989.
- <sup>47</sup>Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60:201-18.
- <sup>48</sup>Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, Commission on Macroeconomics and Health, 2001.
- <sup>49</sup>Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P et al. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of integrated care* 2006;6:1-13.
- <sup>50</sup>Olivera-Cruz, Kurowski C, Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *J Int Dev* 2003;15:67-86.
- <sup>51</sup>Ageel AR, Amin MA. Integration of schistosomiasis-control activities into the primary-health-care system in the Gizan region, Saudi Arabia. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 1997;91(8):907-15.
- <sup>52</sup>Moerman F, Lengeler C, Chimumbwa J, Talisuna A, Erhart A, Coosemans M, et al. The contribution of healthcare services to a sound and sustainable malaria-control policy. *Lancet Infectious Diseases* 2003;3(2):99-102.
- <sup>53</sup>Wilkinson D. Tuberculosis and health sector reform: experiences of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1999;3(10):938-43.
- <sup>54</sup>Unger JP, De Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Mgmt* 2003;18:S27-S39.

<sup>55</sup>Brown A. Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches-experiences and lessons. Swiss Agency for Development and Cooperation. London, Institute for health sector development, 2001.

<sup>56</sup>Meads G, Wild A, Griffiths F, Iwami M, Moore P. The management of new primary care organisations: an international perspective. *Health Services Management Research* 2006;19:166-73.

<sup>57</sup>Boelen C. World Health Organization. Towards Unity for Health. Challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva, World Health Organization, 2000.

<sup>58</sup><http://www.the-networktuff.org>

<sup>59</sup>Mullan F. The metrics of the Physician Brain Drain. *N Engl J Med* 2005;353:1810-8.

<sup>60</sup>Pond B, Mc Pake B. The health migration crisis: the role of four Organisations for Economic Cooperation and Development countries. *Lancet* 2006;367:1448-55.

<sup>61</sup>Serneels P. For public service or money: understanding geographical imbalances in the health workforce. Oxford, Centre for the study of African economies, 2005.

<sup>62</sup>Anonymous. Working together for health. The World Health Report 2006. Geneva, WHO, 2006.

<sup>63</sup>De Maeseneer J, Bogaert K, De Prins L, Groenewegen P. Physician payment systems: literature review. In: Brown S. Physician funding and health care systems - an international perspective. London, Royal College of General Practitioners, 1999.

<sup>64</sup>Petersen LA, Woodard LD, Urech T et al. Does Pay-for-performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006;145:265-72.

<sup>65</sup>Sojo A. Reforming health care management in Latin America. CEPAL Review 74. Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2001.

<sup>66</sup>Rodríguez Herrera A. La reforma de salud en Costa Rica. CEPAL Serie Financiamiento del desarrollo 173. Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2006.

<sup>67</sup>Lamberts H, Wood M. ICPC: international classification of primary care. Oxford, Oxford University Press, 1987.

<sup>68</sup>Ruger JP. Democracy and health. *Q J Med* 2005;98:299-304.

<sup>69</sup>Waitkin H, Iriart C. How the United States exports managed care to developing countries. In: Navarro, Muntaner C. Political and economic determinants of population health and well-being. New-York, Baywood Publishing Company, 2004, p.155.

<sup>70</sup><http://www.globalfamilydoctor.com>

<sup>71</sup>Siegrist J, Marmot M (eds). Social Inequalities in health: new-evidence and policy implications. Oxford, Oxford University Press, 2006.



# BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA

**9 de agosto a 12 de setembro**

O Brasil já erradicou a poliomielite e o sarampo. E agora vai eliminar também a rubéola. Para isso, de 9 de agosto a 12 de setembro, homens e mulheres de **20 a 39 anos** devem se vacinar. Nos estados de **RJ, MG, MA, MT e RN** a faixa etária para vacinação é de **12 a 39 anos**. E atenção: mesmo quem já se vacinou ou já teve a doença deve se vacinar. Juntos, vamos fazer do Brasil um país livre da rubéola.

**Dia 9 de agosto é dia de vacinar novamente as crianças contra a paralisia infantil. Leve as crianças com menos de 5 anos pra tomar as gotinhas. A paralisia infantil foi erradicada no Brasil, mas a gente não pode bobear.**

**PROCURE O POSTO DE VACINAÇÃO MAIS PRÓXIMO. LEVE O CARTÃO DE VACINAÇÃO E O DOCUMENTO DE IDENTIDADE.**

ISSN 1518-2355



9 771518 235000

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)



Ministério  
da Saúde

