**NÚMERO ESPECIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO BRASIL: 40 ANOS DE ALMA-ATA**

Editorial

- Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás

Artigos

- Papel da gerência das unidades básicas na APS
- Telessaúde para apoiar a educação permanente em saúde
- Acesso à mamografia no Brasil
- Avaliabilidade do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
- Revisão da Política Nacional de Atenção Básica
- Alma-Ata and primary health care in a middle-income city
- Monitoramento em saúde na APS
- Programa Mais Médicos e iniquidades em saúde
- Consultórios na Rua e atenção básica
- HIV/Aids e APS no Brasil
- Atenção primária na saúde indígena
- Interculturalidade e política de atenção às populações indígenas

Os artigos podem ser baixados gratuitamente a partir de <https://bit.ly/2Pz9G2V>

Vol. 42, novembro de 2018

doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.210>

**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

Sobre a Revista Pan-Americana de Saúde Pública

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública é o periódico científico e técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Publicado desde 1922, é um dos mais antigos periódicos dedicados à promoção da saúde nas Américas. Publicado em inglês, espanhol e português, é um periódico de acesso aberto, revisado por pares e on-line. Sua missão é servir como um importante veículo para a divulgação de informações científicas sobre saúde pública de importância internacional, relacionada à missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas nacionais e locais de saúde e de melhorar a saúde dos povos das Américas.

www.paho.org/journal **[@pahowho_journal](#)**

Sobre o número especial de atenção primária à saúde no Brasil: a 40 anos de Alma-Ata

Há quarenta anos, os países membros da Organização Mundial da Saúde acordaram em Alma-Ata um conjunto de princípios com o propósito de proteger e de promover a saúde de todas as pessoas, entendendo a atenção primária à saúde como princípio norteador de todo o sistema de saúde integral. Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, os países da Região das Américas registraram enormes progressos, crescimento econômico e melhorias em seus sistemas de saúde. No entanto, há ainda muitos desafios na Região, como a pobreza e a desigualdade, os obstáculos que impedem o acesso à saúde, os modelos de atenção pouco eficientes, a segmentação dos sistemas de saúde, a fragmentação dos serviços, a insuficiência de recursos financeiros para o setor da saúde e as limitações de governança e de liderança.

Este número especial da Revista Pan-Americana de Saúde Pública, publicada em comemoração do 40º aniversário da Declaração de Alma-Ata, apresenta caminhos inovadores para que o Brasil siga com o aperfeiçoamento da atenção primária à saúde, o fortalecimento dos sistemas de saúde, a melhora da saúde e do bem-estar de suas populações e o enfrentamento dos desafios e das tendências emergentes na Região das Américas.

Número especial de atenção primária à saúde no Brasil: a 40 anos de Alma-Ata

EDITORIAL

Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás

Joaquín Molina 1

ARTIGOS

Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata

Luceime Olivia Nunes, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Adriano Dias, Thaís Fernanda Tortorelli Zarili, Patrícia Rodrigues Sanine, Carolina Siqueira Mendonça, José Fernando Casquel Monti, Josiane Fernandes Lozigia Carrapato, Nádia Placideli e Maria Ines Battistella Nemes 3

Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde

Ariane Cristina Ferreira Bernardes, Liberata Campos Coimbra e Humberto Oliveira Serra 13

Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil

Antônio Carlos Vieira Ramos, Luana Seles Alves, Thaís Zamboni Berra, Marcela Paschoal Popolin, Marcos Augusto Moraes Arcoverde, Laura Terenciani Campoy, José Francisco Martoreli Júnior, Luís Velez Lapão, Pedro Fredemir Palha e Ricardo Alexandre Arcêncio 23

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um Estudo de Avaliabilidade

Wanessa Debôrtoli de Miranda, Eliete Albano Azevedo Guimarães, Daniela Souzalima Campos, Laís Santos Antero, Nathália Ribeiro Mota Beltão e Zélia Maria Profeta da Luz 33

Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017)

Erika Rodrigues de Almeida, Allan Nuno Alves de Sousa, Celmário Castro Brandão, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Graziela Tavares e Kimielle Cristina Silva 41

Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America

Adriano Massuda, César M. S. Títton, and Paulo Poli Neto 49

Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas <i>Sylvia Grimm, Alexandre Padilha, Katia Cristina Bassichetto e Margarida Lira</i>	59
Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos <i>Allan Claudius Queiroz Barbosa, Pedro Vasconcelos Amaral, Gabriel Vivas Francesconi, Carlos Rosales, Elisandréa Sguario Kemper, Núbia Cristina da Silva, Juliana Goulart Nascimento Soares, Joaquim Molina e Thiago Augusto Hernandez Rocha</i>	67
Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica <i>Everson Rach Vargas e Iacã Macerata</i>	75
Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? <i>Eduardo Alves Melo, Ivia Maksud e Rafael Agostini</i>	81
O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil <i>Anapaula Martins Mendes, Maurício Soares Leite, Esther Jean Langdon, e Márcia Grisotti</i>	87
Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil <i>Leo Pedrana, Leny Alves Bomfim Trad, Maria Luiza Garnelo Pereira, Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté e Sara Emanuela de Carvalho Mota</i>	93

Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás

Joaquín Molina¹

Como citar Molina J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e173. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>

Em setembro de 1978, líderes mundiais firmaram um compromisso histórico para o alcance do direito à saúde na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, considerando que gozar do melhor estado de saúde é um direito fundamental de todo ser humano e uma das metas sociais mais importantes. A Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária de Saúde, como é conhecido esse mítico documento, tem sido um guia fundamental para o desenvolvimento dos sistemas de saúde da maioria dos países do mundo nas últimas quatro décadas.

Paralelamente a esse acontecimento global, o Brasil passava por um momento histórico de redemocratização, que alcançou, entre seus marcos, o fim do governo militar e a promulgação de uma nova Carta Magna em 1988, denominada de Constituição Cidadã. Nesse contexto, relevantes atores nacionais, com a participação de lideranças políticas, profissionais de saúde, intelectuais e movimentos estudantis e sindicais, agrupados no movimento da Reforma Sanitária, promoveram debates e reflexões que culminaram na transformação dos modelos de gestão e atenção à saúde. Como consequência, findou-se o modelo assistencial individualista, segmentado e com forte influência do atendimento médico privado, dando lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS), público, universal e gratuito.

A criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social na história do Brasil. O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo com acesso universal a serviços e ações de promoção da saúde. Um sistema assegurado na Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”. O SUS distingue o desenvolvimento social do Brasil atual e dignifica todos os brasileiros e brasileiras.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) considera o Brasil como uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde e de gestão pública participativa, e como fonte de conhecimentos para a região das Américas e países de outras latitudes. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente divulgados, geram interesse científico e são valorados positivamente.

Neste ano de 2018, comemoramos a feliz coincidência dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata e os 30 anos do SUS. A publicação deste suplemento especial da *Revista Panamericana de Salud Pública* é uma forma de celebrar os progressos e as inúmeras conquistas, além de registrar os avanços e desafios do Brasil no campo da saúde de sua população.

Estamos cientes de que um SUS forte é vital para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Temos absoluta certeza de que um SUS que se movimenta impactará toda a sociedade brasileira, sendo um caminho incontornável para o alcance das mais desafiadoras metas e aspirações de desenvolvimento e bem-estar do país e de seus cidadãos.

A OPAS/OMS no Brasil tem envidado esforços em prol de uma agenda de Cooperação Técnica para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Brasília (DF), Brasil.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS. Este aviso deve ser preservado juntamente com o URL original do artigo.

Esperamos que os manuscritos deste Suplemento possam contribuir para o registro da trajetória de construção do sistema de saúde brasileiro, além de identificar algumas lições aprendidas e favorecer a melhor compreensão dos desafios atuais. Estão aqui abordados temas relevantes, como atenção primária à saúde, saúde indígena, educação permanente, equidade em saúde e desenvolvimento de recursos humanos.

Acreditamos que as experiências apresentadas neste suplemento dedicado ao Brasil, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, servirão como fonte de inspiração para outros países em um momento histórico em que a Região das Américas se posiciona para ser a primeira Região do mundo a alcançar a saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás.

Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata

Luceime Olivia Nunes,¹ Elen Rose Lodeiro Castanheira,¹ Adriano Dias,¹
Thais Fernanda Tortorelli Zarili,¹ Patrícia Rodrigues Sanine,¹ Carolina Siqueira
Mendonça,¹ José Fernando Casquel Monti,² Josiane Fernandes Lozigia Carrapato,¹
Nádia Placideli¹ e Maria Ines Battistella Nemes³

Como citar

Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine RR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>

RESUMO

Objetivo. Descrever as características da gerência das unidades de atenção primária à saúde e o perfil dos gerentes e discutir as implicações desses elementos para a efetivação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde no Brasil de forma coerente com as proposições de Alma-Ata.

Métodos. Estudo descritivo, transversal, com dados colhidos pelo questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), um instrumento autoaplicado via web. O QualiAB foi respondido voluntariamente por 157 gerentes de unidades básicas de saúde de 41 municípios do estado de São Paulo entre outubro e dezembro de 2014.

Resultados. Das 157 unidades, 67 (42,7%) eram unidades de saúde da família e 58 (36,9%) eram unidades básicas de saúde de organização “tradicional”; 95 (60,5%) se localizavam em região urbana periférica. No momento do estudo, oito (5,0%) unidades não possuíam gerente e oito (5,0%) eram gerenciadas por secretários municipais de saúde. Quase 80% dos gerentes eram enfermeiros e desempenhavam múltiplas funções além da gerência. O matriciamento (supervisão técnica como forma de educação permanente) era feito em 75 (47,7%) unidades; 60 (38,2%) unidades não contavam com nenhum tipo de matriciamento. A participação em processos avaliativos foi referida por 130 (82,8%) serviços. Os principais desdobramentos induzidos por avaliações foram planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional em 40 unidades (25,5%) e definição de um plano anual de atividades em 38 (24,2%). Não tiveram acesso aos resultados das avaliações 29 unidades (17,8%).

Conclusão. O estudo recoloca a importância da gestão do trabalho e a necessidade de (re) investir na formação e valorização do gerenciamento local como estratégia para efetivar uma atenção primária à saúde capaz de promover a saúde como direito e condição de cidadania.

Palavras-chave

Gestão em saúde; administração de serviços de saúde; atenção primária à saúde; Brasil.

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu (SP) Brasil. Correspondência: Luceime Olivia Nunes, olivia@fmb.unesp.br

² Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, São Carlos (SP), Brasil.

³ Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, São Paulo (SP), Brasil.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) realizada em Alma-Ata, em 1978, definiu a APS como chave para a implementação de um sistema de saúde que promova o desenvolvimento social e a saúde como direito (1). As recomendações de Alma-Ata, ao lado de estudos que demonstram maior efetividade e eficiência de sistemas baseados numa APS forte (2), influenciaram o sistema de saúde brasileiro no sentido de priorizar um maior investimento na APS, especialmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990. Com o SUS, a APS, ou atenção básica, conforme denominada pela política brasileira, foi instituída como principal porta de entrada no sistema e como responsável pela ordenação do cuidado integral e articulação com as redes de atenção à saúde (RAS) (3-5). A execução das ações de APS passou a ser responsabilidade da gestão municipal, amparando-se no exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (3-5).

Tomando-se por foco a dimensão organizacional, para que a APS possa cumprir o papel previsto pelo SUS faz-se necessária uma gerência das unidades básicas de saúde (UBS) capaz de coordenar a equipe de modo a orientar o processo de trabalho segundo os objetivos e finalidades propostos para esse nível de atenção. Nesse sentido, é atribuição da gerência traduzir o projeto sanitário definido pelas políticas públicas, construindo, com a equipe local e a comunidade, estratégias que transformem princípios em ações, ou seja, que traduzam fundamentos políticos em práticas concretas nos serviços de saúde (6-9).

A gerência das UBS é apontada por Weirich et al. (10) como cenário onde os problemas podem ser identificados, atendidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, sob responsabilidade e coordenação imediata da gerência, de modo a manter um bom fluxo e contrafluxo com a RAS. No entanto, há evidências de que a baixa capacidade gerencial limita o acesso aos serviços de saúde, produz concentração de esforços em princípios administrativos tradicionais ou defasados e dificulta a sistematização de dados (8, 9) e o planejamento de ações, acarretando insatisfação do usuário, conflitos interpessoais e sobrecarga de trabalho (10-12).

O gerenciamento na APS é sumariamente tratado nas publicações da PNAB de 2006 (13) e de 2011 (3), que definem: “competem às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica” (13, p. 12; 3, p. 32). A PNAB de 2017 (14) retoma a necessidade da gerência local, recomendando a existência de um profissional dedicado a esse fim e definindo algumas de suas atribuições. Diferentemente do proposto na reforma da Secretaria da Saúde ocorrida no estado de São Paulo nos anos 1970 (15, 16), de acordo com a qual a função de gerência era privativa de médicos com especialização em saúde pública, o gerente agora recomendado deve ter “preferencialmente” nível superior, não ser integrante das equipes vinculadas à UBS e possuir experiência na atenção básica (14).

Idealmente, o gerente de UBS teria atribuições de planejamento, coordenação, direção e controle das ações realizadas pela equipe e deveria cotejar conhecimentos e habilidades técnicas, administrativas e psicossociais, articular a equipe de trabalho e dar acesso aos usuários no planejamento participativo (6-9). Nessa perspectiva, o gerente é um agente-chave, sendo o responsável pela coordenação do trabalho da equipe e pela coerência das ações com os princípios e diretrizes da PNAB. No entanto, a literatura sobre o tema aponta a quase inexistência da gerência técnica na APS do SUS, seja pela ausência de um profissional que a exerça ou pela descaracterização desse papel (17-19). A gerência é hoje caracterizada como sendo absorvida por atividades mais administrativas, às quais se somam ações de assistência direta, com pouco tempo disponível para o trabalho de coordenação técnica da equipe (8-10, 18, 20).

Por outro lado, a descentralização da gestão para os municípios e as políticas de incentivo para implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo organizacional prioritário ampliaram o número de serviços e redefiniram as bases nas quais se dá a gestão do trabalho na APS, estabelecendo uma nova relação entre gestão municipal e gerenciamento das UBS (9, 21). Essas medidas permitiram avançar na implementação das diretrizes ético-normativas do SUS sinteticamente representadas nos princípios de universalidade, equidade e

integralidade (3-5) e redefiniram o papel da gerência das UBS.

Nesse contexto complexo, o presente estudo objetiva descrever as características da gerência de unidades de APS em relação à coordenação do trabalho e à gestão municipal e discutir suas implicações para a efetivação de serviços de APS baseados nas diretrizes e pressupostos do SUS e coerentes com as proposições de Alma-Ata para produção do cuidado.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo, descritivo, quantitativo e transversal, utilizou dados sobre gerência obtidos pela aplicação do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) (22) e pela ficha de cadastro dos gerentes das UBS. O QualiAB foi aplicado entre outubro e dezembro de 2014, a partir de adesão voluntária, em cinco regiões de saúde do estado de São Paulo. Essas cinco regiões de saúde reúnem 68 municípios, com 1 624 623 habitantes (23), e 303 UBS (24). Participaram do estudo 157 UBS, localizadas em 41 (63,1%) municípios de diferentes tamanhos, com predomínio daqueles de pequeno porte (<25 000 habitantes) (23).

O QualiAB é um instrumento estruturado, de autorresposta, preenchido via *web*, que objetiva avaliar a qualidade organizacional dos serviços de APS. O instrumento foi desenvolvido em 2007 (22, 25) e atualizado em 2014 e 2016 (www.abasica.fmb.unesp.br). Tem resultados analisados segundo diferentes recortes (26, 27). A versão de 2014 era composta por 126 questões de múltipla escolha que geravam indicadores de assistência e de gerência. Neste estudo, foram analisadas 31 questões sobre gerência, que incorporaram tanto aspectos mais diretamente relacionados ao gerenciamento local como alguns mais dependentes da gestão municipal, considerando-se que a interface entre ambos incide sobre a qualidade da atenção realizada.

Os passos da participação na pesquisa foram: adesão voluntária do município pelo secretário municipal de saúde, cadastro da unidade pela equipe local, criação de usuário e senha para responder ao questionário com garantia de sigilo e recomendação para que as respostas fossem definidas em conjunto com a equipe. Todo o processo foi realizado *on-line*, com termo de consentimento livre

e esclarecido tanto para os secretários municipais como para os gerentes locais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (parecer 1.314.674).

RESULTADOS

Características gerais dos serviços

Das 157 unidades participantes, 136 (86,6%) eram diretamente vinculadas à gestão municipal e 17 (10,8%) prestavam serviços por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais/Fundações. Os seguintes arranjos organizacionais foram observados: 67 (42,7%) unidades de saúde da família (USF), 58 (36,9%) UBS “tradicionais” (equipes compostas por médicos de diferentes especialidades, sem agentes comunitários), 29 (18,5%) UBS “tradicionais” com programa de agentes comunitários de saúde ou com a presença de equipes de saúde da família e três (1,9%) UBS “tradicionais” ou USF integrada a pronto-atendimento.

O período de funcionamento das unidades era: em 114 (72,6%), todas as manhãs e tardes; em 12 (7,6%), todas as manhãs, tardes e noites; e 31 unidades (19,4%) funcionavam em apenas um dos períodos. Quanto à localização geográfica, 95 (60,5%) estavam localizadas em região urbana periférica, 49 (31,2%) em região urbana central e 13 (8,3%) em zona rural.

Perfil dos gerentes ou responsáveis pela coordenação das unidades

No momento de aplicação do questionário, oito (5,0%) unidades não possuíam gerente e oito (5,0%) eram gerenciadas por secretários municipais de saúde. O perfil dos gerentes locais está descrito na tabela 1. Como mostra a tabela, quase 80% dos gerentes eram enfermeiros e desempenhavam múltiplas ações, conforme descrito na tabela 2. De fato, nenhum dos enfermeiros que desenvolvia atividade de gerência declarou dedicação exclusiva a esse cargo.

Interface entre a gestão municipal e o gerenciamento local

O relacionamento entre a gerência das unidades e a gestão municipal se dava principalmente por meio de

TABELA 1. Características dos gerentes de 157 unidades básicas de saúde em 41 municípios do centro-oeste paulista, Brasil, 2014^a

Característica	No.	%
Sexo		
Feminino	141	89,8
Masculino	16	10,2
Profissional que exerce a gerência da Unidade		
Enfermeiro	124	79,0
Outro	17	10,8
Secretário municipal de saúde	8	5,1
Assistente social	6	3,9
Médico	1	0,6
Unidade não possui gerente	1	0,6
Formação dos gerentes que responderam “Outro”		
Técnico de enfermagem	6	35,2
Auxiliar de enfermagem	4	23,5
Nutricionista	2	11,8
Administrador	1	5,9
Advogado	1	5,9
Farmacêutico	1	5,9
Contadora	1	5,9
Auxiliar de consultório dentário	1	5,9
Tempo de atuação na saúde (anos)		
<1	7	4,4
1 a 3	33	21,0
4 a 7	47	30,0
8 a 15	47	30,0
>15	23	14,6
Tempo de atuação na unidade atual (anos)		
<1	55	35,0
1 a 3	54	34,4
4 a 7	26	16,6
8 a 15	19	12,1
>15 anos	3	1,9
Vínculo empregatício		
Empregado público Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)	58	36,9
Servidor público estatutário	40	25,5
Contrato CLT	36	22,9
Cargo comissionado	19	12,1
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial	2	1,3
Contrato temporário por prestação de serviço	2	1,3
Carga horária semanal da gerência		
40 horas	140	89,2
30 horas	13	8,3
20 horas	1	0,6
Outra	3	1,9

^a Resultados obtidos pela aplicação do instrumento QualiAB (www.abasica.fmb.unesp.br).

reuniões agendadas de acordo com o surgimento de problemas (68 unidades, 43,3%) ou por meio de reuniões periódicas ou visitas para supervisão técnica programada (63 unidades, 40,1%). Oito unidades (4,9%) não possuíam mecanismos formais de articulação com o nível municipal. Dessas, duas eram gerenciadas pelo secretário municipal de saúde.

Infraestrutura e insumos básicos

Quanto a estrutura física e equipamentos, 107 unidades (68,2%) relataram bom estado de conservação, 106 (67,5%) relataram uma estrutura com ventilação e iluminação adequada, 149 (94,9%) informaram possuir banheiros para usuários, 149 (94,9%) tinham sala de espera, 115 (73,2%) tinham número suficiente de

TABELA 2. Atividades realizadas pelo enfermeiro que atuava como gerente em 124 unidades básicas de saúde em 40 municípios do centro-oeste paulista, Brasil, 2014^a

Atividades	No.	%
Recepção, avaliação e orientação de casos "extra" (demanda espontânea)	98	79,0
Registro de seus atendimentos em prontuário	97	78,2
Orientações para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros	95	76,6
Orientação para uso correto de medicamentos	95	76,6
Consulta de enfermagem de casos "extra"	94	75,8
Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem	92	74,2
Gerenciamento da unidade	90	72,6
Visita domiciliar	88	71,0
Notificação epidemiológica	87	70,2
Participação em reuniões de equipe multiprofissional	87	70,2
Aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis/Aids	86	69,4
Supervisão da equipe de enfermagem/agentes comunitários de saúde	85	68,5
Consulta de seguimento programático	84	67,7
Coleta de citologia oncológica	81	65,3
Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional	74	59,7
Atividades de educação permanente da equipe	74	59,7
Grupos educativos/assistenciais	73	58,9
Atendimento de urgência/emergência	72	58,1
Avaliação dos faltosos em consulta	66	53,2
Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré-estabelecido	37	29,8
Participação no Conselho de Unidade de Saúde	29	23,4
Outros	2	1,6

^aResultados obtidos pela aplicação do instrumento QualiAB (www.abasica.fmb.unesp.br).

TABELA 3. Rede de apoio técnico e social para 157 UBS em 41 municípios do centro-oeste paulista, Brasil, 2014^a

Serviços de apoio municipais ou regionais	No.	%
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	136	92,5
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	101	68,7
Ambulatórios de especialidades	75	51,0
Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	75	51,0
Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	69	46,9
Ambulatório Médico de Especialidades	62	42,2
Serviços de atenção à mulher	55	37,4
Serviços de atenção ao idoso	43	29,3
Equipes multiprofissionais	40	27,2
Serviços de atenção à criança	37	25,2
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	35	23,8
Ações comunitárias ligadas a igrejas	24	16,3
Organizações não governamentais	22	15,0
Outros	11	7,5
Não tem acesso a serviços de apoio	3	2,0

^aResultados obtidos pela aplicação do instrumento QualiAB (www.abasica.fmb.unesp.br).

cadeiras, 110 (70,1%) tinham banheiro no consultório ginecológico, 106 (67,5%) tinham consultórios em número suficiente, 141 (89,8%) tinham mesa para exame ginecológico, 123 (78,3%) tinham geladeira exclusiva para vacinas, 67 (42,7%) tinham carrinho de emergência e 50 (31,8%) tinham desfibrilador.

Do total de serviços, 38 (24,2%) não dispensavam medicamentos; 20 (12,7%)

referiram falta eventual dos medicamentos para hipertensão e diabetes, sendo que 27 (16,6%) não dispensavam esses medicamentos; e 96 (61,1%) possuíam todos os medicamentos legalmente previstos. Além disso, 151 (96,2%) unidades distribuíam preservativo masculino, 127 (80,9%) distribuíam anticoncepcional oral e duas (1,3%) não dispensavam métodos contraceptivos.

Entre os serviços que ofereciam vacinação, a BCG era aplicada em 105 (66,9%) e a pneumocócica 23 valente era aplicada em 91 (58,0%). A vacinação não era realizada em 25 serviços (22,3%).

Os exames realizados nas unidades eram: hemoglicoteste (HGT) em 154 (98,1%), teste de gravidez na urina em 131 (83,4%), teste rápido para HIV em 74 (47,1%), teste rápido para sífilis em 72 (45,9%), testes de hepatite B em 35 (22,3%), hepatite C em 37 (23,6%), eletrocardiograma (ECG) em oito (51,0%) e coleta de exames clínicos laboratoriais em 102 (65,0%) serviços.

Acesso e composição da rede de atenção

O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta para especialidades nos serviços de referência era de 1 a 3 meses, com maior espera nas seguintes especialidades: oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria e fisioterapia. A tabela 3 mostra a rede de apoio municipal ou regional para os serviços de APS.

Investimentos em formação continuada - matriciamento e oportunidades de formação

O matriciamento, ou seja, supervisão técnica como forma de educação permanente, era feito em 26 (16,6%) unidades pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e em 49 unidades (31,2%) por equipe multiprofissional externa à unidade; 60 (38,2%) unidades não contavam com nenhum tipo de matriciamento. O profissional que mais participou das estratégias de capacitação e formação continuada foi o enfermeiro, em 147 unidades (93,6%), seguido pelo médico em 110 (70,1%), pelo auxiliar/técnico de enfermagem em 97 (61,8%) e pelo pessoal administrativo em 50 unidades (31,8%). As temáticas mais abordadas nas formações foram: infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, em 113 (72,0%), Saúde da Mulher em 99 (63,1%) e acolhimento e atenção à demanda espontânea em 85 (54,1%).

Gerenciamento local e coordenação do trabalho

Quanto à periodicidade das reuniões de equipe no ano anterior ao preenchimento

do questionário, 60 unidades (38,2%) referiram ter sido semanal e 39 (24,8%) mensal. Informaram ausência de periodicidade ou de reuniões 23 unidades (14,6%). As principais pautas das reuniões de equipe no último ano haviam sido: em 141, rotinas da unidade (89,8%), em 135 (86,0%), organização do trabalho, informes em 128 (81,5%), planejamento de ações em 127 (80,9%), atualizações técnicas em 103 (65,6%) e discussão de casos em 95 (60,5%).

Os principais obstáculos citados para um bom desempenho das UBS, dificultando a coordenação do trabalho, estão listados na tabela 4.

Planejamento e avaliação

A definição da área de abrangência das unidades era feita de modo centralizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com base em critérios administrativos em 76 unidades (48,4%); por processo participativo, levando em conta a realidade local e facilidade de acesso em 47 (29,9%). Não possuíam definição de área de abrangência 22 unidades (14,0%). Os sistemas de informação utilizados e os dados com alguma forma de registro de rotina podem ser observados na tabela 5.

Nos 3 anos anteriores ao preenchimento do questionário, 111 (70,7%) serviços haviam realizado estudos sobre a realidade local por meio de dados dos programas (pré-natal, atenção à criança, atenção a hipertensos e diabéticos). Em 33 unidades (21,0%), nenhum tipo de levantamento havia sido realizado.

A participação em um ou mais processos avaliativos foi referida por 130 (82,8%) serviços, sendo: 76 (48,4%) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 62 unidades (39,5%) com avaliações organizadas pela SMS, 45 unidades (28,7%) com avaliações pelo sistema QualiAB, 31 (19,7%) com avaliações organizadas pela própria unidade e sete (4,3%) com outras avaliações.

Os principais desdobramentos induzidos por processos de avaliação foram: planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional em 40 unidades (25,5%) e definição de um plano anual de atividades das unidades em 38 (24,2%). Não tiveram acesso aos resultados das avaliações 29 unidades (17,8%). Quanto às modificações induzidas pelas avaliações,

TABELA 4. Principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde referidos por 157 UBS localizadas em 41 municípios do centro-oeste paulista, Brasil, 2014^a

Obstáculos	No.	%
Falta de contrarreferência dos serviços especializados	78	53,8
Falta de recursos humanos	72	49,7
Excesso de demanda	70	48,3
Inadequação do espaço físico	68	46,9
Inadequação da postura dos usuários	67	46,2
Má remuneração dos profissionais	65	44,8
Falta de política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura	55	37,9
Falta de retaguarda de serviços especializados para referência	50	34,5
Falta de mobilização da comunidade	44	30,3
Necessidade de informatizar o registro de dados	43	29,7
Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência	32	22,1
Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito/secretário	30	20,7
Não cumprimento do horário médico	29	20,0
Falta de capacitação da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal	27	18,6
Falta de compromisso dos profissionais médicos	21	14,5
Falta de realização do trabalho em equipe	20	13,8
Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário	16	11,0
Falta de medicamentos	14	9,7
Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal	12	8,3
Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário	8	5,5
Outros	5	3,4
Não existem obstáculos importantes a serem vencidos	13	8,3

^a Resultados obtidos pela aplicação do instrumento QualiAB (www.abasica.fmb.unesp.br).

TABELA 5. Sistemas de informação e dados registrados rotineiramente em 157 UBS em 41 municípios do centro-oeste paulista, Brasil, 2014^a

Sistemas de informação	No.	%
Sistema Informatizado do Pré-Natal (SIS Pré-Natal)	103	70,1
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)	96	65,3
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	82	55,8
Sistema de informação próprio do município	71	48,6
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (e-SUS/SISAB)	67	45,6
Sistema Informatizado de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS HIPERDIA)	48	32,7
Outros sistemas de informação	31	21,1
Gerenciamento de Informações Locais	5	3,4
Não alimenta nenhum sistema de informação	8	5,4
Dados com registro de rotina		
Número de procedimentos	146	99,3
Consultas médicas	141	95,9
Consultas de enfermagem	136	92,5
Número de pacientes atendidos	133	90,5
Número de coletas de Papanicolaou	127	87,8
Número de atendimentos "extra" (casos de demanda espontânea)	121	82,3
Número de visitas domiciliares	121	82,3
Consultas odontológicas	120	81,6
Consultas por faixa etária	113	76,9
Número de vacinas realizadas	110	74,8
Número de grupos realizados	90	61,2
Consultas por equipe multiprofissional	59	40,1
Faltas em atendimentos agendados	59	40,1
Primeiro atendimento no ano (por paciente)	37	25,2
Outros	10	6,8
Não existe registro de dados	1	0,7

^a Resultados obtidos pela aplicação do instrumento QualiAB (www.abasica.fmb.unesp.br).

82 unidades (52,2%) referiram a realização de mudanças no gerenciamento e organização da assistência e 21 (13,4%) não realizaram modificações.

Dos serviços pesquisados, 72 (45,9%) não possuíam conselho local de saúde da unidade. Nas unidades com conselho local, os principais temas abordados nas reuniões no último ano foram: em 61 (71,8%), problemas relativos ao atendimento; em 44 (51,8%) planejamento de atividades educativas na comunidade e diagnóstico e priorização dos problemas do território; em 27 (31,8%), conferência municipal de saúde. Em seis unidades (7,0%) não houve reunião no último ano.

As reclamações dos usuários podiam ser feitas: diretamente para a gerência em 122 (77,7%) unidades; por caixa ou livro de sugestão/reclamações em 86 (54,8%); por sistema de ouvidoria da SMS em 85 (54,1%); diretamente com o nível central em 50 (31,8%); e no Conselho Municipal de Saúde em 43 (27,4%). Somente três (1,9%) unidades referiram não possuir canais de reclamação.

Organização do fluxo assistencial

O gerenciamento do fluxo assistencial priorizou questões relacionadas à organização de estratégias de agendamento, de atendimento à demanda espontânea e medidas que viabilizam ações de vigilância em saúde.

O agendamento de consulta nos serviços era feito: com hora marcada para cada paciente em 60 unidades (38,2%); para todos os pacientes no início do turno em 57 unidades (36,6%); e para grupo de pacientes por hora em 31 unidades (19,7%). Em nove unidades (5,7%) as consultas não eram agendadas, só atendiam demanda espontânea.

Não realizavam atendimento da demanda espontânea quatro (2,5%) serviços. Nas 153 unidades que realizavam esse atendimento, o fluxo era organizado por triagem médica ou de enfermagem segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda em 72 (47,1%); em 45 (29,4%) a própria recepção orientava o fluxo e encaminhava ou não para atendimento; em 32 unidades (20,9%) o encaminhamento era feito por auxiliar ou técnico de enfermagem, com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade; e era feito por médico ou enfermeiro de acordo com protocolo de estratificação de risco em três unidades (2,0%).

Quanto a medidas de apoio à vigilância em saúde, a avaliação dos resultados dos exames era feita em 89 unidades (56,7%) quando os exames chegavam no serviço; em 45 unidades (28,7%) quando o paciente comparecia para atendimento; em 18 unidades (11,5%) quando os resultados chegavam na unidade, mas apenas para os exames considerados prioritários (mamografia, exames do pré-natal, exames de urgência, entre outros); e em cinco unidades (3,2%) no dia agendado para a consulta, mesmo que o paciente faltasse.

A convocação de faltosos, em apoio à vigilância em saúde, era feita para: gestantes em 122 (77,7%) unidades; vacinação em 119 (75,8%); resultados de exames alterados em 116 (73,9%); tuberculose ou hanseníase em 111 (70,7%); recém-nascido de risco em 97 (61,8%); recém-nascido em 87 (55,4%); e revisão pós-parto/puerpério e adulto crônico (hipertensão arterial e diabetes) com risco de complicação em 82 unidades (52,2%). A convocação de faltosos não era realizada em nove (5,7%) unidades.

DISCUSSÃO

Diversas proposições de Alma-Ata – por exemplo, questões relativas a descentralização da gestão, planejamento, avaliação, financiamento e uso de tecnologias – mantêm-se como desafios para muitos sistemas nacionais de saúde (28). Em termos operacionais, a Declaração apontava a necessidade de definir a quem caberia a responsabilidade de coordenar o trabalho e resolver problemas administrativos, técnicos e sociais relacionados às ações desenvolvidas em cada serviço, assinalando a importância da preparação de administradores e planejadores em todos os níveis do sistema (1).

No presente artigo, observamos que a maioria dos gerentes nas UBS tinha formação em enfermagem. A predominância de gerentes com formação em enfermagem e do sexo feminino também foi relatada em outros estudos (8, 17-20, 29-31). Embora a enfermagem seja uma das poucas carreiras na área de saúde que contempla conteúdos de administração, diferentes estudos (30, 32) apontam que esses conteúdos não são suficientes para preparar os profissionais para a complexidade de gerenciar serviços de APS. Somada à falta de formação específica para essa função, a

multiplicidade de tarefas assumidas pelo gerente enfermeiro compromete a efetividade do trabalho de gestão (9, 11, 33).

A formação para gerenciamento da APS foi secundarizada nas últimas décadas. As deficiências mais apontadas, não só no Brasil como na América Latina e Central, recolocam a necessidade de ampliar a formação dos gerentes em temáticas relativas aos campos da administração, epidemiologia e metodologia operacional (19, 34).

Em relação às dificuldades para o gerenciamento local, os obstáculos apontados concentram-se em itens “externos” à governabilidade da própria unidade, tais como falta de recursos humanos, espaço físico e “inadequação” na postura dos usuários em seguir as normas e limites de serviços que dificultem o acesso. Questões mais internas à organização do trabalho foram referidas com menor frequência, como a dificuldade em realizar trabalho em equipe ou a falta de capacitação ou compromisso de diferentes profissionais (9).

Para tratar dos obstáculos à gestão, é essencial a integração entre gerência e gestão municipal, que não pode ficar restrita aos momentos em que surgem problemas. Deve basear-se no conhecimento e compromisso dos sujeitos envolvidos com a efetivação de ações de APS coerentes com as diretrizes de integralidade, universalidade e equidade. A manutenção da estrutura e insumos necessários, aliada à relativa autonomia da gerência na coordenação do trabalho da equipe, devem ser expressão de um projeto que promova a saúde como direito, como proposto pelo SUS (3, 5, 9, 31). O gerenciamento das unidades precisa atender as especificidades de cada região sem abdicar desse projeto e sem que haja omissão do papel de coordenar o planejamento e a organização do processo de trabalho (8, 9). As situações observadas de gerência exercida diretamente pelo secretário municipal de saúde mostram-se inadequadas, já que esse é um cargo de indicação política, sem exigência de formação na área e que requer atuação macroinstitucional (8, 31).

Somente 29,9% dos serviços definiram a área de abrangência por meio de planejamento participativo. O processo de territorialização (3), com a participação dos profissionais e da comunidade, permite conhecer a realidade da área onde a

unidade está inserida e planejar ações que atendam às necessidades de saúde da população, ampliando a capacidade de resposta do serviço. Na organização do fluxo, destaca-se o elevado número de serviços que mantinham o agendamento de todos os usuários no início de cada período de atendimento, reproduzindo uma prática tradicional que amplia o tempo de espera de cada usuário e prevê uma elevada proporção de faltas para encaixe da demanda espontânea, que tende a ser priorizada.

O acesso ao atendimento pela demanda espontânea deve ser garantido sem substituir, nem colocar em segundo plano, o seguimento periódico dos que vivem, por exemplo, com condições crônicas, ou estão em determinadas fases do ciclo de vida, como crianças e idosos (17). As UBS são a principal porta de entrada do SUS e cabe a elas acolher, fortalecer o vínculo e possibilitar um cuidado com longitudinalidade (2). A pergunta que se faz é como conseguir que a garantia de atendimento à livre

demanda seja uma medida de cuidado integral e não uma simplificação da assistência. A predominância do pronto atendimento tende a reproduzir uma atenção pontual e dirigida à queixa, substituindo medidas de seguimento longitudinal e comprometendo a integralidade do cuidado.

Como limitações do presente estudo, devem-se reconhecer os limites da participação por adesão voluntária e dos instrumentos de autorresposta, em função da variação do rigor e compromisso dos participantes, além da impossibilidade de generalização dos achados. Entretanto, o presente estudo recoloca em questão a importância da gestão do trabalho para efetivação de uma APS que siga as bases lançadas na Declaração de Alma-Ata e reafirmadas internacionalmente e no Brasil.

No contexto atual, faz-se necessário (re)investir na formação de gestores como estratégia para o desenvolvimento de processos de trabalho coerentes com os princípios de uma APS integral e com

capacidade de dar respostas às necessidades de saúde. Cabe à gerência local, com apoio técnico e político da gestão municipal, o papel de articular recursos e necessidades, em conjunto com a equipe e com a participação dos usuários, para efetivação de um trabalho capaz de promover a saúde como direito e condição de cidadania.

Agradecimentos. Este trabalho é parte do Projeto “Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”, financiado pelo CNPq (Processo N° 485848/2012-0) e um produto do mestrado de LON.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata-URSS, 6-12 de setembro de 1978: relatório final. Brasília: OMS-UNICEF; 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=7556C7A7DB6CE5C150FE9B6089C479C1?sequence=5 Acessado em 2 de outubro de 2017.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acessado em 15 de agosto de 2017.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 399/2006. Diário Oficial da União. 2006;22 fev. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acessado em 11 de agosto de 2017.
- Castanheira ERL. A gerência na prática programática. Em: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. Pp. 222–33.
- Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011;21(2):629–46.
- Fernandes JC, Cordeiro BC. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(1):194–202.
- Bazzo-Romagnoli AP, Gimenez-Carvalho B, Almeida-Nunes EFP. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Rev Gerenc Polit Salud (Colombia)*. 2014;13(27):168–80.
- Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. *Texto Contexto – Enferm*. 2009;18(2):249–57.
- Andre AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendência de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saude Publica*. 2013;47(1):158–63.
- Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):464–8.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acessado em 11 de agosto de 2016.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2 436/2017. Diário Oficial da União. 2017;21 set. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado em 14 de outubro de 2016.
- Marsiglia RMG. Comentário: curso de saúde pública em um semestre. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):778–9.
- Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saude Soc*. 2011;20(4):837–52.
- Bloise MS. Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- Ohira RHF, Cordoni Junior L, Nunes EFPA. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(11):4439–48.
- Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(4):441–6.
- Falcão SMR, Sousa MNA. Gerenciamento da Atenção Primária à Saúde: estudos nas unidades básicas. *Rev Enferm UFPE on line*. 2011;5(6):1510–7.
- Fertonani HP, de Pires DE, Biff D, Scherer MD. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(6):1869–78.
- Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação

- de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saude Soc.* 2011;20(4):935–47.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo> Acessado em 11 de agosto de 2016.
 24. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: CNES. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br> Acessado em dezembro de 2014.
 25. Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saude Debate.* 2014;38(103):679–91.
 26. Sanine PR, Zarili TF, Nunes LO, Dias A, Castanheira ER. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2018;34(6): e00094417.
 27. Placidei N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de atenção primária. *Kairós Gerontol.* 2017;20(2):247–69.
 28. World Health Organization (WHO). The world health report 2008. Primary health care, now more than ever. Genebra: WHO; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/> Acessado em 1 de dezembro de 2016.
 29. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, Leite FS, Silva JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):907–14.
 30. Coatto A, Traldi MC. Competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária. *Saude Colet.* 2011;8(52):180–6.
 31. Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordon Junior L. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2016;20(58):573–84.
 32. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Rev Eletrônica de Enferm.* 2008;10(1):228–34.
 33. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da estratégia saúde da família. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3):520–7.
 34. Motta PR. Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud. (Manual operativo 1.1 v). Washington: OPS; 1996.

Manuscrito recebido em 14 de janeiro de 2018. Aceito em versão revisada em 9 de agosto de 2018.

ABSTRACT

Importance of local management for delivery of primary health care according to Alma-Ata principles

Objective. To describe the characteristics of the management process in primary health care units as well as the profile of managers, and to discuss the implications of these elements in implementing the principles of Brazil's Unified Health System principles in Brazil in accordance with the principles of the Alma-Ata Declaration.

Method. This descriptive, cross-sectional study used data collected with the Primary Care Service Quality Assessment tool (QualiAB), a self-administered, web-based instrument. QualiAB was voluntarily answered by 157 unit managers from 41 municipalities in the state of São Paulo from October to December 2014.

Results. Of 157 units, 67 (42.7%) were family health care units and 58 (36.9%) were "traditional" units; 95 (60.5%) were located in urban peripheries. At the time of the study, eight units (5.0%) did not have a manager and eight (5.0%) were managed by the city health secretary. Almost 80% of the managers were nurses and performed multiple tasks in addition to management. Multidisciplinary support (technical supervision as a means of continuing education) was available in 75 units (47.7%); 60 (38.2%) did not have any kind of multidisciplinary support. Participation in evaluative processes was mentioned in 130 units (82.8%). The main results of evaluations were planning and reprogramming of activities with the engagement of the multiprofessional team in 40 units (25.5%) and definition of an annual activity plan in 38 (24.2%). Twenty-nine units (17.8%) did not have access to the results of evaluations.

Conclusion. The study supports the importance of work process management and the need to (re)invest in training and upgrading of local management skills as a strategy to produce primary health care that is capable of promoting health as a right and a necessary condition of citizenship.

Keywords

Health management; health services administration; primary health care; Brazil.

RESUMEN**Importancia de la gestión local para una atención primaria de salud según las propuestas de Alma-Ata**

Objetivo. Describir las características de la gestión de las unidades de atención primaria de salud y el perfil de los gerentes, y analizar las implicaciones de esos elementos en la puesta en práctica de los principios del Sistema Único de Salud de Brasil de forma coherente con las propuestas de Alma-Ata.

Métodos. Estudio descriptivo, transversal, con datos recolectados a través del cuestionario de Evaluación de la Calidad de Servicios de Atención Básica (QualiAB), un instrumento autoadministrado a través de Internet. En total 157 gerentes de Unidades Básicas de Salud de 41 municipios del estado de São Paulo respondieron voluntariamente el QualiAB entre octubre y diciembre de 2014.

Resultados. De las 157 unidades, 67 (42,7%) eran unidades salud de la familia y 58 (36,9%) eran unidades básicas de salud de organización “tradicional”; 95 (60,5%) están ubicadas en una región urbana periférica. En el momento del estudio, ocho (5,0%) unidades no poseían gerente y ocho (5,0%) eran gestionadas por secretarios municipales de salud. Casi el 80% de los gerentes eran enfermeros y desempeñaban múltiples funciones además de la gerencia. En 75 (47,7%) unidades se disponía de apoyo multidisciplinario (supervisión técnica como forma de educación permanente); 60 (38,2%) unidades no contaban con ningún tipo de apoyo multidisciplinario. La participación en procesos de evaluación fue referida por 130 (82,8%) servicios. Las principales modificaciones inducidas por las evaluaciones fueron la planificación y reprogramación de las actividades con participación del equipo multiprofesional en 40 unidades (25,5%) y la definición de un plan anual de actividades en 38 (24,2%). No tuvieron acceso a los resultados de las evaluaciones 29 unidades (17,8%).

Conclusión. El estudio subraya la importancia de la gestión del trabajo y la necesidad de reinvertir en la formación y valorización de la gestión local como estrategia para hacer efectiva una atención primaria de salud capaz de promover la salud como derecho y condición de ciudadanía.

Palabras clave

Gestión en salud; administración de los servicios de salud; atención primaria de salud; Brasil.

Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde

Ariane Cristina Ferreira Bernardes,¹ Liberata Campos Coimbra¹
e Humberto Oliveira Serra²

Como citar

Bernardes ACF, Coimbra LC, Serra HO. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e134. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.134>

RESUMO

Objetivo. Avaliar a utilização dos serviços ofertados pelo Núcleo Estadual de Telessaúde do Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais de saúde da atenção básica.

Métodos. Esta pesquisa descritiva com abordagem quantitativa utilizou dados da Plataforma Nacional de Telessaúde referentes aos anos de 2015 e 2016. Para avaliar a utilização das teleconsultorias nos municípios e unidades de saúde maranhenses, foram calculadas a taxa de utilização mensal do sistema e a média mensal de solicitações por município e unidade básica de saúde. As teleconsultorias foram descritas quanto ao profissional solicitante, assuntos mais solicitados, satisfação e resolutividade das respostas. As atividades de teleeducação foram classificadas pelo número de pontos e participantes conectados.

Resultados. No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 foram realizadas 13 976 teleconsultorias oriundas de 47 municípios, a maioria de pequeno porte (até 40 mil habitantes) e com baixo índice de desenvolvimento humano municipal (de 0,512 a 0,768). A média de utilização geral das teleconsultorias e a taxa de utilização mensal por município e unidade de saúde foram superiores às encontradas na literatura. Os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde foram os profissionais mais ativos. Dos profissionais que fizeram a avaliação do serviço (opcional), mais de 80% informaram ter suas dúvidas atendidas.

Conclusões. Os indicadores de utilização do Núcleo de Telessaúde do Maranhão são mais positivos do que os de outros serviços de telessaúde no Brasil e em outros países. Isso demonstra que o serviço é sustentável, com potencial para apoiar a atenção básica e ser utilizado como ferramenta de EPS.

Palavras-chave

Telemedicina; educação continuada; atenção primária à saúde; Brasil.

A telessaúde contempla o uso de tecnologias de informação para comunicação a distância entre profissionais de

saúde. Contribui ainda para ampliar o acesso a serviços de saúde qualificados, superando barreiras temporais, sociais, culturais e geográficas e a falta de profissionais e recursos (1, 2). Apesar disso, tanto no Brasil quanto em outros países, estudos mostram que a utilização dos serviços de telessaúde ainda é baixa (3, 4).

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi criado em 2007 pelo Ministério da Saúde brasileiro para desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de Educação Permanente em Saúde (EPS) para equipes de atenção básica. As ações do Programa são realizadas por Núcleos de Telessaúde que planejam, executam, monitoram e avaliam o desempenho de

¹ Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Luís (MA), Brasil. Correspondência: Ariane Cristina Ferreira Bernardes, ariane_bernardes@hotmail.com

² Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Medicina II, São Luís (MA), Brasil.

atividades técnicas, científicas e administrativas, em especial a produção e a oferta de teleconsultoria, telediagnóstico e teleducação (5). As atividades de EPS desenvolvidas pelo Programa visam à educação para o trabalho na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes de atenção básica, da mudança das práticas de atenção, da organização dos processos de trabalho e do fortalecimento da atenção básica, que deve ser a ordenadora dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (6–8).

Na oferta da teleducação, merecem destaque as webpalestras, que abordam temas baseados nas demandas dos profissionais de saúde e nas estratégias do Ministério da Saúde. São ministradas por especialistas da área temática, transmitidas por web conferência utilizando o *software* Mconf, e são de livre acesso, podendo ter participação de acadêmicos da área da saúde e de profissionais que não são vinculados ao Núcleo de Telessaúde. Cada webpalestra é gravada, editada e transformada em um objeto de aprendizagem, que se caracteriza por ser um documento audiovisual disponibilizado para livre acesso nas plataformas Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES, <https://ares.unasus.gov.br/acervo/>) e YouTube.

Como mostra uma pesquisa realizada no Brasil (9), até 2015 a oferta de serviços de telessaúde era realizada por 42 Núcleos em 1 917 municípios de 14 estados das cinco regiões do país. Entre esses estados encontra-se o Maranhão, localizado na região Nordeste, com área de 331 983 km² e com 7 000 229 habitantes distribuídos em 217 municípios (10). Em 2014, todos os municípios maranhenses ofertavam serviços de atenção básica; 67,7% da população recebiam acompanhamento familiar pelas equipes das Estratégias de Atenção Básica, incluindo 2 014 equipes cadastradas da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 1 258 equipes de saúde bucal. Nesse mesmo ano, havia 15 766 agentes comunitários de saúde (ACS) em atividade. Entretanto, persistem no estado problemas de saneamento básico e indicadores epidemiológicos de baixa qualidade, a exemplo do coeficiente de mortalidade infantil e da razão de mortalidade materna, que em 2014 eram de 24,8/1 000 nascidos vivos e de 79,4/100 000 nascidos vivos, respectivamente (10). A formação acadêmica dos

profissionais de saúde, pautada no modelo biomédico e na fragmentação do saber, foge à lógica das necessidades dos serviços de saúde, principalmente quando inseridos nas equipes de Estratégia de Atenção Básica. A EPS, enquanto política do SUS voltada para a gestão e a formação dos trabalhadores de saúde, pode proporcionar mudanças positivas nos indicadores de saúde dos municípios, na medida que promove ações e serviços voltados às necessidades de saúde da população (11, 12).

No Maranhão, o Núcleo Estadual de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), que está em funcionamento desde o final de 2014, oferece teleconsultoria e teleducação para 47 municípios no estado. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar os indicadores de utilização dos serviços ofertados pelo Núcleo Estadual de Telessaúde do Maranhão, a partir das diretrizes para a oferta de teleconsultorias e teleducação como ferramenta para apoiar a EPS para os profissionais de saúde da atenção básica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa que utilizou dados secundários da Plataforma Nacional de Telessaúde do Brasil e informação sobre os monitoramentos realizados por meio do Sistema de Gerenciamento de Atividades de Tele-Educação e Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Telessaúde no Maranhão (<http://telessaude.huufma.br/portal/>). Os dados se referem aos anos de 2015 e 2016.

A Plataforma Nacional de Telessaúde do Brasil foi produzida por parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo utilizável por qualquer Núcleo de Telessaúde do país. Possui uma entrada de dados simplificada, que facilita o acesso aos serviços, aliada a uma saída de dados complexa, composta por tabelas planas de estrutura e processo, que acumulam variáveis de solicitação, telerregulação, resposta e avaliação das teleconsultorias (9).

A teleconsultoria pode ser definida como um contato feito por um profissional de saúde com um teleconsultor para discutir dúvidas sobre manejo, condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho na atenção básica. A teleconsultoria é

sempre iniciada pelo profissional de saúde, motivado por suas necessidades cotidianas. Para a teleconsultoria, qualquer profissional de saúde da atenção básica, vinculado e cadastrado em um Núcleo de Telessaúde, envia uma mensagem *off-line* pela Plataforma Nacional de Telessaúde. A mensagem é recebida e mediada por um telerregulador, que define qual é o melhor teleconsultor para responder ao caso (5). Um exemplo de solicitação é o seguinte: o profissional de saúde atende uma gestante que convive com um companheiro que foi diagnosticado com tuberculose. O profissional de saúde quer saber se essa gestante pode realizar o exame de prova tuberculínica (PPD) para investigação da infecção latente pelo *M. tuberculosis* e realiza o pedido de teleconsultoria sobre manejo da situação.

O telerregulador é um profissional de nível superior e com experiência na atenção básica que analisa e classifica as solicitações feitas pelos profissionais de saúde. O telerregulador faz ainda a auditoria interna das respostas para garantir a qualidade das informações transmitidas. Já o teleconsultor é um profissional da área da saúde, também de nível superior, que responde as dúvidas dos solicitantes com base em evidências científicas adequadas às características loco-regionais e com caráter educacional (7).

Para avaliar a utilização das teleconsultorias, foram calculadas as taxas de utilização mensal do sistema. Define-se a taxa de utilização mensal como a razão entre o número de municípios ativos no período (ativos = que realizaram ao menos uma solicitação no mês) e o número total de municípios com o sistema implementado. O mesmo indicador foi calculado levando em consideração a razão entre o número de unidades básicas de saúde (UBS) ativas no período e o número total de UBS cadastradas no Núcleo de Telessaúde Maranhão.

Foram calculadas, também, a média mensal de solicitações por município com sistema implementado e ativo, considerando como numerador o total mensal de solicitações respondidas e como denominador o total de municípios com o sistema implementado e ativos, separadamente. O mesmo indicador foi calculado levando em consideração as UBS cadastradas e as ativas.

As teleconsultorias realizadas no período foram classificadas quanto ao profissional solicitante, município de origem, com respectiva população e índice de

desenvolvimento humano municipal (IDHM), classificação dos assuntos mais solicitados, satisfação dos profissionais e resolatividade das respostas das teleconsultorias. As informações sobre população foram obtidas no Censo de 2010 (13), e sobre o IDHM, no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (14). A resolatividade da resposta das teleconsultorias e a satisfação geral do profissional com o sistema foram verificadas por meio de um questionário eletrônico padronizado, que é utilizado opcionalmente pelos usuários que solicitam teleconsultorias.

Os assuntos mais questionados nas teleconsultorias foram categorizados pela Classificação Internacional de Atenção Primária, versão 2 (CIAP 2), que é considerada a mais adequada para ser utilizada na atenção básica. Apresenta um sistema de codificação simples, em dois níveis: o primeiro define o sistema orgânico, representado por 17 capítulos, e o segundo define sete componentes, representados por números que discriminam queixas e sintomas, diagnósticos de triagem e preventivos, medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos, resultados de exames, componente administrativo, acompanhamento e outros motivos de consulta e diagnósticos e doenças (15). As atividades de teleeducação foram classificadas pelo número de pontos (número de computadores ligados à atividade de teleeducação no momento em que a mesma ocorreu) e participantes conectados.

A análise estatística foi realizada usando o Stata, versão 11.0. Variáveis categóricas foram expressas em números absolutos e porcentagem. Para análise dos dados, foi comparada a distribuição das frequências das variáveis selecionadas nos anos do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CAAE nº 72765317.0.0000.5086, parecer nº 2.315.668).

RESULTADOS

Em 2015, o Núcleo de Telessaúde no Maranhão ofertava serviços para 45 municípios maranhenses; em 2016, houve expansão para 47 municípios. A maioria são municípios de pequeno porte (32 municípios), com até 40 mil habitantes, e baixo IDHM, com variação de 0,512 a 0,768 (dados não apresentados em tabela).

No ano de 2015 foram realizadas 6 075 teleconsultorias oriundas de 261 UBS e 313 equipes de saúde cadastradas; e no ano de 2016, foram realizadas 7 901 teleconsultorias oriundas de 270 UBS e 356 equipes cadastradas, totalizando 13 976 teleconsultorias. A média da taxa de utilização das teleconsultorias, em todo o período analisado, foi de 35,6% para os municípios e de 19,8% para as UBS. Em relação à utilização das teleconsultorias por município, a média de utilização geral por município com sistema implementado e por município ativo foi de 13 e 38 teleconsultorias/município/mês, respectivamente. Já em relação à média de utilização geral por UBS cadastradas e ativas, a média foi de 2 e 10 teleconsultorias/unidade de saúde/mês, respectivamente (tabela 1).

Em 2015, havia 2 479 profissionais de saúde cadastrados na Plataforma, sendo 42% ACS, 14,3% médicos, 14% enfermeiros, 9,7% técnicos de enfermagem e 4% cirurgiões dentistas. Os demais profissionais, que correspondiam a 16%, eram auxiliares de saúde bucal, assistentes sociais e assistentes administrativos. Já em 2016, existiam 2 974 profissionais cadastrados, permanecendo, praticamente, a mesma predominância das categorias profissionais cadastradas na Plataforma, havendo apenas um aumento no número de médicos cadastrados (tabela 2).

Metade das solicitações de teleconsultorias, nos 2 anos do estudo, foram realizadas pelos ACS. No entanto, os enfermeiros foram os profissionais que mais utilizaram o serviço, com uma média de 4,4 solicitações no ano de 2015 e de 4,9 em 2016 (tabela 2).

Os temas das teleconsultorias distribuem-se em todos os capítulos e componentes da CIAP 2. Em relação aos componentes da CIAP 2, a maioria das solicitações referiu-se ao componente de diagnósticos e doenças e ao componente de procedimentos diagnósticos e preventivos (tabela 3). Os capítulos com maiores solicitações foram A e D. Dentro do capítulo A – Geral e inespecífico houve 1 370 (23,2%) solicitações em 2015 e 2 367 (31,2%) solicitações em 2016 classificadas sob o título Educação em saúde/aconselhamento/dieta. Houve um aumento de 4,8% em 2015 para 11,2% no ano de 2016 nas solicitações classificadas como Dengue e outras doenças virais. Dentro do capítulo D – Digestivo, houve 102 (1,7%) solicitações em 2015 e 117 (1,5%) solicitações em 2016 classificadas sob o título

Sinais/sintomas dos dentes/gengivas (dados não apresentados em tabela).

Como a avaliação dos serviços é opcional, cerca de 75% das solicitações foram avaliadas. Nessas, mais de 80% dos solicitantes referiram ter suas dúvidas totalmente atendidas. Quanto ao nível de satisfação dos profissionais com as respostas das teleconsultorias, em 2015 cerca de 58,8% se mostraram muito satisfeitos, seguidos de 37,9% satisfeitos. Em 2016, 44,6% se mostraram muito satisfeitos e 52,8% satisfeitos. O nível de insatisfação com as respostas das teleconsultorias compreendendo as categorias muito insatisfeito e insatisfeito foi de 2,3% em 2015 e 1,5% em 2016 (tabela 4).

Foram desenvolvidas atividades de teleeducação por meio de 151 webpalestras (96 em 2015 e 55 em 2016), com a execução de três projetos voltados para os diversos temas das áreas de Atenção Básica, Saúde Mental e e-SUS. Essas atividades tiveram 5 745 participantes em 1 921 pontos conectados no ano de 2015 e 4 596 participantes em 1 578 pontos conectados, em 2016 (tabela 5).

Em 2015, foram registradas 96 atividades de teleeducação, com 4 248 participantes do Maranhão e participantes de mais 21 estados brasileiros. Nesse período, o sistema de monitoramento ainda não fornecia informações sobre a categoria profissional dos participantes. Já em 2016 foram registradas 55 atividades de teleeducação, com participantes de 24 estados brasileiros, sendo 3 364 do Maranhão. A maioria dos participantes nas webpalestras direcionadas para atenção básica eram enfermeiros e estudantes da área da saúde. Na área de saúde mental, os participantes eram psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. No e-SUS, os participantes eram, em sua maioria, digitadores e enfermeiros (dados não apresentados em tabela).

Os temas da atenção básica com maior participação no ano de 2015 foram direito da mulher em saúde, transmissão vertical de HIV, tuberculose, lesões elementares da pele e Chikungunya. Em 2016, os temas com maior participação foram estimulação precoce para crianças com microcefalia, vírus da Zika e microcefalia, testagem rápida no diagnóstico das hepatites virais, assistência pré-natal e campanha nacional de vacinação. Já na área de saúde mental, em 2015 os temas com maior participação foram redução de danos, matriciamento de saúde mental e drogas na atenção básica. Em 2016, os

TABELA 1. Evolução da utilização de teleconsultorias do Núcleo Estadual de Telessaúde Maranhão, segundo situação dos municípios e das unidades de saúde no estado, Brasil, 2015 e 2016

Período	No. solicitações	Informação relativas aos municípios					Informações relativas às unidades de saúde ^a				
		Municípios cadastrados	Municípios ativos	Taxa de utilização mensal	Média de utilização geral	Média de utilização por municípios ativo	UBS cadastradas	UBS ativas	Taxa de utilização mensal	Média de utilização geral	Média de utilização por UBS ativa
Jan/15	8	10	3	30,0	0,8	2,7	143	4	2,8	0,1	2,0
Fev/15	13	12	4	33,3	1,1	3,3	166	6	3,6	0,1	2,2
Mar/15	61	17	10	58,8	3,6	6,1	187	14	7,5	0,3	4,4
Abr/15	138	17	9	52,9	8,1	15,3	188	19	10,1	0,7	7,3
Mai/15	335	44	10	22,7	7,6	33,5	257	31	12,1	1,3	10,8
Jun/15	485	44	11	25,0	11,0	44,1	257	43	16,7	1,9	11,3
Jul/15	733	44	14	31,8	16,7	52,4	257	58	22,6	2,9	12,6
Ago/15	854	44	29	65,9	19,4	29,4	257	124	48,2	3,3	6,9
Set/15	1 198	45	21	46,7	26,6	57,0	261	87	33,3	4,6	13,8
Out/15	953	45	19	42,2	21,2	50,2	261	72	27,6	3,7	13,2
Nov/15	668	45	18	40,0	14,8	37,1	261	71	27,2	2,6	9,4
Dez/15	629	45	18	40,0	14,0	34,9	261	65	24,9	2,4	9,7
Jan/16	704	46	16	34,8	15,3	44,0	268	57	21,3	2,6	12,4
Fev/16	621	47	13	27,7	13,2	47,8	270	53	19,6	2,3	11,7
Mar/16	640	47	14	29,8	13,6	45,7	270	51	18,9	2,4	12,5
Abr/16	849	47	12	25,5	18,1	70,8	270	68	25,2	3,1	12,5
Mai/16	704	47	17	36,2	15,0	41,4	270	68	25,2	2,6	10,4
Jun/16	1 198	47	18	38,3	25,5	66,6	270	67	24,8	4,4	17,9
Jul/16	728	47	15	31,9	15,5	48,5	270	58	21,5	2,7	12,6
Ago/16	716	47	15	31,9	15,2	47,7	270	55	20,4	2,7	13,0
Set/16	250	47	13	27,7	5,3	19,2	270	39	14,4	0,9	6,4
Out/16	576	47	15	31,9	12,3	38,4	270	50	18,5	2,1	11,5
Nov/16	655	47	13	27,7	13,9	50,4	270	48	17,8	2,4	13,6
Dez/16	260	47	11	23,4	5,5	23,6	270	32	11,9	1,0	8,1

Fonte: Plataforma Nacional de Telessaúde e Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Telessaúde Maranhão.

^a Ser cadastrado denota cadastro no Programa de Telessaúde; ser ativo denota utilização do serviço de teleconsultoria no mês; taxa de utilização: municípios ativos/municípios cadastrados e UBS ativas/UBS cadastradas; média de utilização geral: total mensal de solicitações respondidas/total de municípios cadastrados e total mensal de solicitações respondidas/total de UBS cadastradas; média de utilização dos ativos: total mensal de solicitações respondidas/total de municípios ativos e total mensal de solicitações respondidas/total de UBS ativas.

TABELA 2. Solicitação de teleconsultorias por profissional de saúde cadastrado na Plataforma do Núcleo Estadual de Telessaúde do Estado do Maranhão, Brasil, 2015 e 2016

Profissão	2015			2016		
	Profissionais cadastrados (%)	Solicitações (%)	Solicitação/profissão	Profissionais cadastrados (%)	Solicitações (%)	Solicitação/profissão
Agente comunitário de saúde	1 042 (42,0)	3 240 (53,3)	3,1	1 224 (41,1)	3 891 (49,2)	3,1
Enfermeiro	345 (14,0)	1 544 (25,4)	4,4	414 (14,0)	2 041 (25,9)	4,9
Técnico de enfermagem	239 (9,7)	388 (6,4)	1,6	288 (9,7)	955 (12,1)	3,3
Médico clínico	356 (14,3)	231 (3,9)	0,6	521 (17,5)	76 (1,0)	0,1
Cirurgião dentista	97 (4,0)	115 (2,0)	1,1	105 (3,5)	313 (4,0)	2,9
Assistente administrativo	51 (2,1)	62 (1,0)	1,2	52 (1,7)	106 (1,3)	2,0
Auxiliar em saúde bucal	50 (2,0)	59 (0,9)	1,1	47 (1,6)	86 (1,1)	1,8
Assistente social	44 (1,7)	32 (0,5)	0,7	64 (2,1)	25 (0,3)	0,3
Outras profissões	255 (10,2)	404 (6,6)	1,5	259 (8,8)	408 (5,1)	1,5
Total	2 479	6 075		2 974	7 901	

Fonte: Plataforma Nacional de Telessaúde e Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Telessaúde Maranhão.

temas com maior participação foram atuação do psicólogo na saúde mental, drogas e suicídio e desafios da saúde mental no Brasil (dados não apresentados em tabela).

DISCUSSÃO

A análise dos indicadores de utilização dos serviços de teleconsultoria e da teleeducação no Maranhão obtidos no

presente estudo forneceram informações importantes sobre o apoio à atenção básica no estado do Maranhão, especialmente no que tange a educação permanente dos profissionais de saúde.

TABELA 3. Assuntos mais tratados nas teleconsultorias segundo capítulos e componentes da Classificação Internacional de Atenção Primária, versão 2 (CIAP 2), Maranhão, Brasil, 2015 e 2016

Classificação CIAP 2	2015		2016		Total
	No.	%	No.	%	
Por capítulo					
A - Geral e Inespecífico	2 935	49,9	4 501	59,3	7 436
B - Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático e Baço	183	3,1	142	1,9	325
D - Digestivo	517	8,8	589	7,8	1 106
F - Olho	70	1,2	81	1,1	151
H - Ouvido	22	0,4	39	0,5	61
K - Circulatório	241	4,1	200	2,6	441
L - Musculoesquelético	96	1,6	94	1,2	190
N - Neurológico	181	3,1	166	2,2	347
P - Psicológico	122	2,1	100	1,4	222
R - Respiratório	107	1,8	220	2,9	327
S - Pele	223	3,8	312	4,1	535
T - Endócrino/Metabólico e Nutricional	203	3,5	140	1,8	343
U - Urinário	70	1,2	79	1,0	149
W - Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	396	6,7	402	5,3	798
X - Genital Feminino	428	7,3	441	5,8	869
Y - Genital Masculino	84	1,4	78	1,0	162
Z - Problemas Sociais	8	0,1	2	0,0	10
Por componente					
Queixas e sintomas	1 322	22,5	1 367	18,0	2 689
Procedimentos diagnósticos e preventivos	1 776	30,3	2 785	36,7	4 561
Medicação, tratamento e procedimentos terapêuticos	260	4,5	302	4,0	562
Resultados	2	0,0	1	0,0	3
Administrativo	84	1,5	132	1,7	216
Encaminhamentos e outros motivos da consulta	3	0,1	0	0,0	3
Diagnósticos e doenças	2 419	41,2	2 999	39,5	5 418
Total	5 886	100,0	7 586	100,0	13 472 ^a

Fonte: Plataforma Nacional de Telessaúde e Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Telessaúde Maranhão.

^a Total de solicitações nos 2 anos: 13 976; dessas, 13 472 solicitações foram classificadas pela CIAP 2.

TABELA 4. Resolutividade e grau de satisfação com as respostas das teleconsultorias, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016

Resolutividade/satisfação	2015		2016		Total
Resposta à dúvida	No.	%	No.	%	
Atendeu totalmente	4 057	88,8	4 920	82,9	8 977
Atendeu parcialmente	464	10,1	963	16,2	1 427
Não atendeu	49	1,1	52	0,9	101
Total	4 570	100,0	5 935	100,0	10 505 ^a
Nível de satisfação					
Muito satisfeito	2 698	58,8	2 646	44,6	5 344
Satisfeito	1 736	37,9	3 134	52,8	4 870
Muito insatisfeito	54	1,2	44	0,7	98
Insatisfeito	50	1,1	45	0,8	95
Indiferente	47	1,0	68	1,1	115
Total	4 585	100,0	5 937	100,0	10 522 ^a

Fonte: Plataforma Nacional de Telessaúde e Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Telessaúde Maranhão.

^a As demais solicitações não avaliadas pelos profissionais de saúde.

Os resultados relativos aos serviços de teleconsultoria no período mostram uma média de utilização geral (número de teleconsultorias/município/mês e

número de teleconsultoria/UBS/mês) acima da encontrada em estudos que avaliaram outros Núcleos de Telessaúde de brasileiros (3, 9) e também em

experiências internacionais (4). A taxa de utilização mensal por município e unidade de saúde também mostrou-se superior ao encontrado na literatura (3, 9). Apesar disso, apenas 36% dos municípios com o sistema implementado e 20% das unidades de saúde cadastradas utilizaram as teleconsultorias.

Destaca-se que um dos critérios, definidos pelo Comitê Gestor Estadual do Telessaúde no Maranhão, para seleção dos municípios e UBS que seriam contemplados no Projeto do Telessaúde era possuir adesão ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e/ou Programa Mais Médicos. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi instituído no Brasil em 2011, com o objetivo de valorizar e estimular profissionais de nível superior a comporem as equipes multiprofissionais da atenção básica em municípios com maior percentual de pobreza, em áreas remotas e de difícil acesso. Por sua vez, o Programa Mais Médicos tem como objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e também promover uma reorientação na formação médica no Brasil. No entanto, o que observamos no Maranhão foi uma utilização menor dos serviços do Telessaúde pelos profissionais médicos em comparação a outros estados brasileiros (9). Vale ressaltar que o Maranhão possui a menor razão de médicos por habitante no país (0,87 médico por 1 000 habitantes); além disso, o número de médicos por 1 000 habitantes é pelo menos 11 vezes maior na capital que no interior do estado (16).

Estudos anteriores (17, 18) sobre a utilização das teleconsultorias por médicos revelam que fatores relacionados à infraestrutura de informática das UBS, à falta de informação sobre o serviço de teleconsultoria e à falta de treinamento para uso de teleconsultoria se mostraram como variáveis independentemente associadas à não utilização do serviço pelos médicos. Indicam também que a pouca familiaridade do profissional com a informática é um dos entraves que influencia a decisão dos médicos de utilizar esse serviço. Além disso, a resistência cultural e a relutância em mudar a prática diária afetam a adoção de novas tecnologias (19, 20).

Na análise da média de utilização por município ativo, foram encontrados dois picos, em abril e junho de 2016, devido à

TABELA 5. Pontos e participantes conectados em 151 webpalestras sobre os temas das áreas de atenção básica, e-SUS e saúde mental desenvolvidas pelo Núcleo Estadual de Telessaúde do Estado do Maranhão, Brasil, 2015 e 2016

Participação em webpalestras	2015		2016		Total
	No.	%	No.	%	
No. de pontos conectados	322	16,8	169	10,7	491
Temas da saúde mental	322	16,8	169	10,7	491
Temas da atenção básica	652	33,9	603	38,2	1 255
Temas do e-SUS	947	49,3	806	51,1	1 753
Total	1 921	100,0	1 578	100,0	3 499
No. participantes					
Temas da saúde mental	947	16,5	436	9,5	1 383
Temas da atenção básica	2 574	44,8	2 327	50,6	4 901
Temas do e-SUS	2 224	38,7	1 833	39,9	4 057
Total	5 745	100,0	4 596	100,00	10 341

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Atividades de Tele-Educação do Núcleo Telessaúde Maranhão.

utilização maior do serviço por um determinado município, sendo o número total de municípios ativos nesse período ainda pequeno. Na análise da média de utilização por unidade de saúde ativa foi encontrado um pico em junho de 2016, devido à utilização maior do serviço por determinada UBS. Tais aumentos na demanda devem-se à aplicação de novas rotinas na implementação e monitoramento do serviço, através da realização de capacitações e fortalecimentos, com ênfase não só na maior utilização do sistema, mas também na sensibilização e motivação de municípios e UBS inativos.

Apesar de vários estudos (3, 21–23) relatarem a baixa utilização das teleconsultorias como um problema e uma realidade nacional e internacional, os indicadores encontrados neste estudo nos permitem fazer uma avaliação positiva dos serviços para o estado Maranhão. Tal achado pode ser justificado pelos treinamentos realizados desde a implantação do sistema nos municípios, bem como pelas ações de fortalecimento e sensibilização rotineiras realizadas nos municípios e UBS, em especial naquelas que passavam muito tempo sem utilizar a ferramenta. Além disso, a facilidade de uso pode, também, ter influenciado a utilização das teleconsultorias, como citado no estudo de Gagnon et al. (24).

O treinamento inexistente ou inadequado é um fator negativamente associado à implementação das tecnologias de informação e comunicação. Assim, o treinamento para uso do serviço de teleconsultoria deve envolver a apresentação do serviço, o exercício prático na utilização do mesmo, explicações sobre benefícios e dificuldades e sobre aspectos legais da

realização da teleconsultoria e evidências sobre a necessidade de mudança no processo de trabalho para incorporar esse serviço na rotina de trabalho (24). Pesquisas (22, 25) relataram que a teleconsultoria contribui para o desenvolvimento de habilidades e competências, propicia mais segurança, reduz a sensação de isolamento profissional imposto pelas distâncias geográficas e propicia aos pacientes de municípios pequenos e remotos o acesso a atenção básica mais qualificada e resolutiva, especialmente na América Latina e Caribe.

Os enfermeiros, seguidos dos ACS, foram os profissionais mais ativos nas solicitações de teleconsultorias. Pesquisas de diversos Núcleos de Telessaúde no Brasil mostram ampla participação dos enfermeiros nas teleconsultorias, com aumento gradativo ao longo dos anos, como em Pernambuco (26), Minas Gerais (3) e Rio Grande do Sul (23). Na pesquisa de Schmitz e Harzheim (9), que analisaram todas as teleconsultorias realizadas pelos Núcleos de Telessaúde brasileiros em funcionamento, os enfermeiros destacaram-se tanto no número absoluto de solicitações quanto no percentual de usuários ativos. É importante ressaltar que a educação em saúde representa uma parte do processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica. Esses profissionais, ao desenvolverem tais ações, buscam melhorar as condições de vida e saúde da população, a fim de prevenir doenças, melhorar as condições de vida e saúde e, consequentemente, promover a saúde da população (27).

Os assuntos mais questionados nas teleconsultorias no Maranhão foram categorizados no Capítulo A - Geral e

inespecífico da CIAP 2, sobretudo no título de Educação em saúde/aconselhamento/dieta. Tendo em vista que a CIAP 2 é centrada no paciente, e não na doença ou diagnóstico etiológico, essa tendência de poucos diagnósticos, ou mesmo classificações sem um sistema-alvo definido, representa um importante contingente da demanda na atenção básica, já registrada em outro estudo. Além disso, ressalta a importância do atendimento generalista na atenção básica como filtro para a rede de saúde (28).

Indicadores de satisfação são imprescindíveis para a avaliação da qualidade do serviço. É importante apontar, neste estudo, para o considerável percentual de avaliações realizadas, apesar de seu caráter opcional. Também foi marcante o percentual elevado de satisfação e resolução das teleconsultorias, como também se verifica em outros estudos nacionais (22, 23, 29). A partir desses dados, entende-se que esse serviço contribui para a educação permanente, a autonomia e a resolutividade no processo de trabalho dos profissionais que utilizaram o serviço.

Quanto à teleeducação, apesar da diminuição na oferta do serviço no ano de 2016, gerando redução do número absoluto de pontos conectados e participantes nas webpalestras naquele ano, é importante destacar que houve ampliação na área de abrangência dos pontos conectados nos estados e cidades brasileiras.

No Brasil, país de grandes dimensões territoriais e contrastes sociais, econômicos e culturais, a oferta da teleeducação é um importante instrumento de difusão de conhecimentos, proporcionando o protagonismo, a participação ativa e a interação entre acadêmicos e profissionais da saúde de diferentes instituições, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento e do ensino em saúde (30, 31). A incorporação da telessaúde contribui para potencializar os programas de educação permanente, possibilitando o desenvolvimento de profissionais de saúde com postura crítica e reflexiva e comprometidos com a qualidade no desenvolvimento das práticas de saúde (32, 33).

De acordo com Godoy et al. (34), a utilização das ferramentas e instrumentos da informática é uma estratégia positiva para capacitar os profissionais em suas práticas assistenciais, pois possibilita a troca de informações entre profissionais e instituições de ensino e pesquisa, auxilia os trabalhadores no exercício de sua

profissão e facilita o atendimento, contribuindo para maior resolutividade em nível local. Torna-se fundamental incentivar a participação crescente, não só da equipe de enfermagem, mas de todos os profissionais que compõem a equipe assistencial.

Uma limitação deste estudo foi a dificuldade de comparar efetivamente a utilização dos diferentes serviços de telessaúde, pois não se encontram facilmente na literatura indicadores e números precisos de produção. O pouco

detalhamento de informações encontradas nas publicações e a aplicação de diferentes metodologias para construção de indicadores dificultaram a análise. Apesar disso, os resultados produzidos trouxeram informações importantes para o Núcleo de Telessaúde no Maranhão.

Em conclusão, os dados aqui apresentados apontam para a necessidade de mais pesquisas sobre telessaúde no que diz respeito aos fatores associados à utilização da telessaúde no Maranhão e no Brasil. Tais estudos possibilitariam maior

compreensão das dificuldades no uso dos serviços de telessaúde com vistas à formulação de estratégias para superá-las.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Silva AB. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. 1ª ed. Rio de Janeiro: DOC; 2014.
2. Nilson LG, Natal S, Maeyama MA, Dolny LL, Calvo MCM. Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde. *Rev APS*. 2017;20(3):360–72.
3. Alkmim MB, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, Ribeiro AL. Factors associated with the use of a teleconsultation system in Brazilian primary care. *Telemed J E Health*. 2015;21(6):473–83.
4. Mars M, Scott R. Telemedicine service use: a new metric. *J Med Internet Res*. 2012;14(6):e178.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Nota técnica 50/2015 DEGES/SGTES/MS - Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf Acessado em janeiro de 2017.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1 643/2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf Acessado em março de 2017.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf Acessado em 12 de julho de 2016.
8. Carneiro VF, Brant LC. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde no âmbito da gestão de serviços. *Rev Gestao Saude*. 2013;4(2):2365–87.
9. Schmitz C, Harzheim E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1–11.
10. Coimbra LC, Caldas Mendes AJ, Soeiro V. Indicadores da Atenção Básica no Maranhão. São Luís: EDUFMA; 2017.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 1 996/2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Acessado em agosto de 2018.
12. Mishima S, Aiub A, Rigato A, Fortuna C, Matumoto S, Ogata M, et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *REEUSP*. 2015;49(4):665–73.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br> Acessado em 16 de janeiro de 2017.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/ Acessado em 10 de janeiro de 2017.
15. Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Associações Nacionais, Acadêmicas e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais (WONCA). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina da Família; 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf Acessado em janeiro de 2017.
16. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/Demografia%20Medica%20no%20Brasil%202018.pdf> Acessado em junho de 2018.
17. Danasceno RF, Caldeira AP. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. (2018/Jan).
18. Ruas SSM, Assunção AA. Facilitadores e barreiras à utilização das teleconsultorias off-line: a experiência dos médicos da atenção primária de Belo Horizonte. *Rev Eletr Com Inf Inov Saude*. 2013;7(1):1–22.
19. Saliba V, Legido-Quigley H, Hallik R, Aaviksoo A, Car J, McKee M. Telemedicine across borders: a systematic review of factors that hinder or support implementation. *Int J Med Inform*. 2012;81(12):793–809.
20. Howitt P, Darzi A, Yang GZ, Ashrafian H, Atun R, Barlow J, et al. Technologies for global health. *Lancet*. 2012;380(9840):507–35.
21. Whitten P, Holtz B. Provider utilization of telemedicine: The elephant in the room. *Telemed J E Health*. 2008;14(9):995–997.
22. Marcolino MS, Alkmim MB, Assis TGP, Sousa LAP, Ribeiro ALP. Teleconsultorias no apoio a atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(5/6):345–52.
23. Harzheim E, Gonçalves MR, Umpierre RN, da Silva Siqueira AC, Katz N, Agostinho MR, et al. Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps. *Telemed J E Health*. 2016;22(11):938–44.
24. Gagnon MP, Desmarts M, Labrecque M, Car J, Pagliari C, Pluye P, et al. Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. *J Med Syst*. 2012;36:241–77.
25. Andrade MV, Maia AC, Cardoso CS, Alkmim MB, Ribeiro AL. Cost-benefit of the telecardiology service in the state of Minas Gerais: Minas Telecardio Project. *Arq Bras Cardiol*. 2011;97(4):307–16.
26. Sanches LM, Alves DS, Lopes MH, Novaes MA. The practice of telehealth by nurses: an experience in primary healthcare in Brazil. *Telemed J E Health*. 2012;18(9):679–83.
27. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157–65.
28. Silva VM, Pereira IVS, Rocha MJL, Caldeira AP. Morbidade em usuários de equipes de Saúde da Família no nordeste de Minas Gerais com base na Classificação Internacional da Atenção Primária. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):954–67.
29. Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro AL, Oliveira TB, Silva JLP, Alkmim MBM, et al. Description of factors related to the use of the teleconsultation system of a large telehealth service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *J Int Soc Telemed eHealth* 2016;4(e4):1–9.
30. Almino MAFB, Rodrigues SR, Barros KSB, Fonteles AS, Alencar LBL, Lima LL, et al. Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(3):397–402.

31. Nunes AA, Bava MCGC, Cardoso CL, Mello LM, Trawitzki LVV, Watanabe MGC, et al. Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. *Cad Saude Colet*. 2016;24(1):99–104.
32. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf Acessado em novembro de 2017.
33. Silva AN, Santos AMG, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(4):1099–107.
34. Godoy SCB, Guimarães EMP, Assis DSS. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):148–55.

Manuscrito recebido em 12 de janeiro de 2018. Aceito em versão revisada em 30 de julho de 2018.

ABSTRACT

Use of Maranhão Telehealth Program as a tool to support continuing health education

Objective. To assess the usage of services provided by the State of Maranhão Telehealth Program, Brazil, as a tool to support continuing health education for primary care workers.

Method. This quantitative, descriptive study used data from the Brazilian National Telehealth Platform for the years 2015 and 2016. To assess teleconsultations requested by municipalities and health care units in the state of Maranhão, the monthly system usage rate and the mean monthly request rate per municipality and primary health care unit were calculated. Teleconsultations were described regarding the requester's profession, most frequent topics, and satisfaction with/usefulness of the response provided. Tele-education activities were classified according to the number of computers and users logged into the activity.

Results. From January 2015 to December 2016, 13 976 teleconsultations were provided, requested by 47 municipalities. Most municipalities were small (up to 40 thousand residents) and scored low on the municipal human development index (0.512 to 0.768). The mean overall usage rate and the monthly usage rate by municipality and unit were higher than those reported in the literature. Nurses and community health agents were the most active requesters. Of the users who completed the optional evaluation, over 80% stated that their question was answered.

Conclusions. The usage indicators for the state of Maranhão Telehealth Program were more positive than those reported by other telehealth services in Brazil and abroad. This indicates that the Program is sustainable, with good potential to support primary care and be used as a tool for continuing health education.

Keywords

Telemedicine; education, continuing; primary health care; Brazil.

RESUMEN

Utilización del Programa de Telesalud en el estado de Maranhão como herramienta para apoyar la educación permanente sobre la salud

Objetivo. Evaluar la utilización de los servicios ofrecidos por el Núcleo Estatal de Telesalud de Maranhão como herramienta para apoyar la educación permanente sobre la salud de los profesionales que prestan atención primaria.

Métodos. En esta investigación descriptiva con enfoque cuantitativo se utilizaron datos de la Plataforma Nacional de Telesalud referentes a los años 2015 y 2016. Con el fin de evaluar la utilización de las teleconsultas en los municipios y unidades de atención primaria de dicho estado, se calcularon la tasa de utilización mensual del sistema y el promedio mensual de solicitudes por municipio y por unidad de atención primaria. Las teleconsultas se describieron según el profesional solicitante, los temas más frecuentes, la satisfacción con las respuestas y el carácter resolutivo de estas últimas. Las actividades de teleducación se clasificaron según el número de puntos y de participantes conectados.

Resultados. Entre enero del 2015 y diciembre del 2016 se realizaron 13 976 teleconsultas provenientes de 47 municipios, en su mayoría de tamaño pequeño (con una población máxima de 40 000 habitantes) y con índice bajo de desarrollo humano (de 0,512 a 0,768). El promedio de utilización general de las teleconsultas y la tasa de utilización mensual por municipio y por unidad de atención primaria fueron superiores a los citados en las publicaciones pertinentes. Los miembros del personal de enfermería y los agentes de salud comunitarios fueron los profesionales más activos. Se aclararon las dudas, según lo expresado por más de 80% de quienes hicieron la evaluación (opcional) del servicio.

Conclusiones. Los indicadores de utilización del Núcleo de Telesalud de Maranhão son más positivos que los de otros servicios de telesalud en Brasil y otros países. Eso demuestra que el servicio es sostenible y tiene potencial para apoyar la atención primaria de salud, así como para servir de herramienta de educación permanente sobre la salud.

Palabras clave

Telemedicina; educación continua; atención primaria de salud; Brasil.

Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil

Antônio Carlos Vieira Ramos,¹ Luana Seles Alves,¹ Thaís Zamboni Berra,¹
Marcela Paschoal Popolin,² Marcos Augusto Moraes Arcoverde,³ Laura
Terenciani Campoy,¹ José Francisco Martoreli Júnior,¹ Luís Velez Lapão,⁴
Pedro Fredemir Palha¹ e Ricardo Alexandre Arcêncio¹

Como citar

Ramos ACV, Alves LS, Berra TZ, Popolin MP, Arcoverde MAM, Campoy LT, et al. Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e166. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.166>

RESUMO

Objetivo. Avaliar a associação entre o acesso à mamografia no Brasil e a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela saúde suplementar.

Métodos. Realizou-se um estudo ecológico com dados obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A tendência da série temporal foi analisada pelo método de Prais-Winsten utilizando-se como unidades de análise as unidades federativas brasileiras. Para investigar a relação entre a variável dependente – mulheres de 50 a 69 anos que nunca realizaram exame de mamografia – e as independentes, de cobertura de ESF ou saúde suplementar e socioeconômicas, realizou-se análise de regressão linear múltipla.

Resultados. O Acre foi o único estado que não apresentou tendência crescente da cobertura da saúde suplementar. Roraima, Tocantins, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba apresentaram tendência estacionária para a cobertura pela ESF, enquanto as demais unidades federativas apresentaram cobertura crescente. Observou-se associação significativa entre nunca ter realizado mamografia na idade de 50 a 69 anos e as variáveis renda média per capita e cobertura pela ESF e saúde suplementar ($R^2=0,77$; $P < 0,001$).

Conclusão. A desigualdade no acesso a mamografia é uma realidade no Brasil. Tanto a saúde suplementar quanto a Estratégia Saúde da Família têm contribuído para melhoria do acesso dessas mulheres.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; saúde suplementar; mamografia; desigualdades em saúde; Brasil.

¹ Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), Brasil. Correspondência: Antônio Carlos Vieira Ramos, antonio.vieiraramos@outlook.com

² Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Ciências da Saúde, Campus de Sinop, Sinop, (MT), Brasil.

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Foz do Iguaçu (PR), Brasil.

⁴ Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal.

O câncer de mama é a segunda neoplasia que mais mata mulheres no Brasil, com 57 960 novos casos e 14 388 mortes por esse câncer em 2016 (1). Por trás desses números estão grandes desigualdades que têm caracterizado a saúde no

Brasil (2) – um estudo mostra que, quando os dados são estratificados por macrorregiões e estados, existe tendência de declínio ou estabilização das taxas de mortalidade nas regiões com maior desenvolvimento socioeconômico e aumento dessas taxas nas regiões com menor desenvolvimento (3).

A mamografia é o principal exame de rastreamento do câncer de mama. A cobertura por mamografia acima de 70% pode reduzir em 20 a 30% a mortalidade em mulheres com idade de 50 anos ou mais (4). Entretanto, estudos realizados no Brasil apontam coberturas insatisfatórias de mamografia na maioria dos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (4-8). Entre as razões levantadas para essa situação, destacam-se o déficit de recursos humanos e a distribuição desigual de mamógrafos, com concentração nas capitais e centros urbanos (4). A distribuição inadequada desses equipamentos, sob viés da gestão pública, aguça as desigualdades, gerando sofrimento, mutilações e mortes (6-8). O não acesso à mamografia é destacado na literatura como um importante marcador de desigualdade em saúde (2), sendo relevante investigar o fenômeno à luz dos seus determinantes.

Um questionamento que pode ser levantado em vista desse cenário é se as políticas de incentivo para melhoria e expansão da atenção primária à saúde (APS), orientada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), têm contribuído para o acesso das mulheres à realização da mamografia, frente, inclusive, ao acesso via saúde suplementar – setor que abriga os serviços de saúde prestados exclusivamente na esfera privada, detendo relação jurídica direta entre prestadores e usuários por meio de planos de saúde. Embora sem vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a saúde suplementar é regulada pelo Estado por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (9).

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a associação da ESF e da saúde suplementar na redução das desigualdades no acesso à mamografia no Brasil, evidenciando as áreas críticas dessa situação de saúde, a distribuição geográfica dos mamógrafos SUS e não SUS e as tendências de cobertura pelas duas modalidades de atenção. É importante destacar que, embora tenham sido conduzidas investigações que mensuram a cobertura de mamografia nos sistemas

público e privado de atenção (6-8, 10, 11), não foram encontrados estudos de amplitude nacional e que utilizam recursos cartográficos para avaliar a distribuição da cobertura por esse exame.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico (12), considerando como unidades de análise as 27 unidades da federação. O Brasil possui 26 estados e um Distrito Federal agrupados em cinco macrorregiões: Norte (Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Tocantins), Nordeste (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia), Sudeste (Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo), Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal) (13).

Segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui população de 190 755 799 habitantes, Índice de Gini de 0,608, produto interno bruto (PIB) de R\$ 3 885 847 002, renda média domiciliar *per capita* de R\$ 767,02 e taxa de desemprego de 7,42 por habitante; 34,67% da população têm renda de menos de meio salário mínimo (13). Para o estudo, foram utilizadas variáveis referentes aos sistemas de saúde público e suplementar, indicadores de cobertura e desempenho do SUS e variáveis sociodemográficas.

A tabela 1 lista as variáveis obtidas do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que englobam informações do IBGE, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da ANS, do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) referentes às 27 unidades federativas brasileiras. Avaliou-se a tendência temporal da proporção de cobertura populacional da ESF e a taxa de cobertura da saúde suplementar no período de 2005 a 2016. Sendo “y” os valores da série temporal e “x” a escala de tempo, a reta de ajuste entre os pontos da série temporal cuja tendência se pretendeu estimar foi definida pela equação linear $y = b_0 + b_1x$.

Para reduzir a heterogeneidade de variâncias dos resíduos da análise de regressão temporal, aplicou-se a transformação logarítmica dos valores de y (14). Assim, as taxas de cobertura (logarítmicas) foram calculadas pelo *software* Excel. A análise foi realizada com o

programa estatístico Stata 13 usando o método de análise autorregreda conhecido como Prais-Winsten com vista à autocorreção temporal da primeira ordem dos resíduos.

O resultado dessa análise é a alteração percentual anual denominada taxa de incremento anual e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). A tendência é considerada decrescente se ambos os valores do intervalo de confiança são negativos, crescente se esses valores são positivos e estacionária quando o intervalo de confiança cruza o valor zero, ou seja, limite inferior e superior ficam com sinais opostos (14).

No presente estudo, a desigualdade em saúde é assumida como situações que implicam algum grau de injustiça, associadas a condições sociais que sistematicamente colocam grupos em desvantagem quanto à possibilidade de usufruir de oportunidades e recursos em saúde (15). Para o estudo, foi selecionada como indicador de desigualdade a proporção de mulheres com idade de 50 a 69 anos que nunca realizaram mamografia. Esse indicador, extraído da PNS, foi adotado como variável dependente. A idade de 50 a 69 anos é a faixa etária prioritária para programas de rastreamento populacional do câncer de mama no Brasil (16). O indicador escolhido permite avaliar a adequação do acesso a mamografia, possibilitando a identificação de situações de desigualdade (2-5).

Com o propósito de verificar a relação da variável dependente com as variáveis independentes sociodemográficas e de serviços de saúde, foi utilizada a técnica de regressão linear múltipla para a seleção do melhor modelo explicativo (17). Para a seleção desse modelo, o algoritmo de *stepwise* e o critério de informação Akaike (AIC) foram usados para ajuste, sendo que para a escolha do modelo considerou-se o menor valor de AIC (17).

Em seguida foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade dos resíduos da regressão (17). A análise de regressão linear múltipla foi realizada no *software* Rstudio versão 3. Para incorporação das variáveis no modelo seguiu-se a recomendação de Zuur et al. (18), com eliminação de *outliers* e certificação quanto a homogeneidade da variância, normalidade, colinearidade, relação entre x e y, interação e independência do erro do modelo.

Como determina a legislação brasileira, por ter utilizado dados secundários

TABELA 1. Variáveis (dependente e independentes) utilizadas no estudo sobre acesso à mamografia no Brasil, 2005 a 2016

Fonte ^a	Variável	Definição
PNS	Variável dependente: proporção de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizaram exame de mamografia	Número de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizaram exame de mamografia dividido pelo total de mulheres de 50 a 69 anos de idade, em determinado espaço geográfico no ano considerado.
IBGE	Produto interno bruto (PIB) <i>per capita</i>	Valor do PIB municipal <i>per capita</i> , calculado como PIB municipal do ano dividido pela população do mesmo ano.
IBGE	Taxa de analfabetismo por ano segundo unidade da federação	Percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
IBGE	Renda média domiciliar <i>per capita</i>	Média das rendas domiciliares <i>per capita</i> das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
IBGE	População sem instalação sanitária	Proporção da população residente que não possui instalação sanitária.
ANS	Taxa de cobertura por planos de saúde	Razão entre o número de beneficiários e a população em uma área específica. Na ANS TABNET ^b , o cálculo é feito para as grandes regiões, unidades da federação, capitais e regiões metropolitanas, por sexo e faixa etária.
DAB	Proporção de cobertura populacional estimada por ESF	Número de unidades de ESF multiplicado por 3 450 (média de pessoas acompanhadas por unidade de ESF) dividido pela população em determinado espaço geográfico no ano considerado, com limitador de cobertura 100%.
CNES	Cobertura de mamógrafos SUS e não SUS por estabelecimento	Número de mamógrafos SUS e não SUS pelo total de mamógrafos, segundo unidade da federação, no ano considerado.

Fonte: DATASUS, 2017.

^a ANS: Agência Nacional de Saúde; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; DAB: Departamento de Atenção Básica; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde.

^b TABNET: Informações em Saúde do DATASUS.

de acesso público, cujas informações de identificação individual não estão disponíveis, o estudo não precisou de aprovação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A figura 1 apresenta a renda domiciliar *per capita* em 2010, a porcentagem de mulheres de 50 a 69 anos que nunca haviam realizado mamografia e a comparação entre o crescimento da ESF e da saúde suplementar de 2005 a 2016 em cada uma das unidades da federação. As maiores rendas domiciliares *per capita* concentraram-se nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, sendo os líderes Brasília, São Paulo e Rio de Janeiro, com rendas médias *per capita* de R\$ 1 665,42, R\$ 1 036,51 e R\$ 993,21, respectivamente. Quanto às mulheres de 50 a 69 anos que nunca realizaram mamografia, um alto percentual foi detectado em grande parte dos estados do Norte e Nordeste, especialmente Maranhão, Acre e Pará, com percentuais de 41,9%, 41,5% e 40,7%, respectivamente.

A tabela 2 mostra a tendência temporal das taxas de cobertura da ESF e saúde suplementar para o período de 2005 a 2016. Todas as unidades da federação apresentaram tendência crescente da taxa de cobertura de saúde suplementar, exceto o Acre, que apresenta tendência estacionária. Em relação à cobertura pela ESF, Roraima, Tocantins, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba

apresentam tendência estacionária, enquanto os demais estados apresentaram cobertura crescente.

A figura 2A mostra proporção de mamógrafos do SUS em comparação aos mamógrafos não SUS por unidade da federação. O maior percentual de mamógrafos SUS foi observado em Roraima, Amazonas e Tocantins, com 87,5%, 84,7%, 79,4%, respectivamente; em contrapartida, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Pará obtiveram 87,8%, 66,8% e 60,3% de mamógrafos pelo sistema não SUS. A figura 2B mostra a densidade de mamógrafos por 1 000 mulheres de 50 a 69 anos. A maior densidade está em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e em toda costa litorânea brasileira.

Em relação ao modelo obtido pela regressão linear múltipla, observou-se que a variável dependente foi explicada por três das variáveis testadas, as quais alcançaram associação estatisticamente significativa. Segundo os resultados, as variáveis e seus parâmetros foram os seguintes: renda média domiciliar *per capita* ($\beta = -0,013$; IC95% = -0,027 a -0,001; $P = 0,041$), cobertura pela ESF ($\beta = -0,242$; IC95% = -0,446 a -0,039; $P = 0,021$) e cobertura pela saúde suplementar ($\beta = -0,804$; IC95% = -1,157 a -0,452; $P < 0,001$). Para os demais parâmetros, o AIC foi = 95,969, $R^2 = 0,77$ e $P < 0,001$. O teste de Shapiro-Wilk ($P = 0,517$) confirmou a normalidade dos resíduos do modelo de regressão linear proposto.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar a associação da ESF e da saúde suplementar com a redução das desigualdades de acesso à mamografia no Brasil, evidenciando as áreas críticas dessa situação de saúde, a distribuição geográfica dos mamógrafos SUS e não SUS e as tendências de cobertura pelas duas modalidades de atenção. Os achados revelaram uma tendência de crescimento tanto da ESF como da saúde suplementar, embora tenham sido observadas diferenças significativas entre as duas modalidades em todas as unidades federativas brasileiras. Nos últimos anos, houve grande expansão da ESF em todo o território nacional devido ao incentivo do Ministério da Saúde (19-21), todavia com ritmos diferentes entre os estados, como evidenciado no estudo.

Apesar dos estados de Roraima, Tocantins, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba apresentarem tendência temporal estacionária quanto ao crescimento da cobertura da ESF, tais estados apresentaram altas coberturas dessa modalidade nos períodos de 2005 a 2016. Em regiões onde a cobertura já é elevada, torna-se desafiador sustentá-la (20). Outro fato que pode explicar a tendência estacionária é a dificuldade de fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, em cidades do interior do Norte e Nordeste (22). Entretanto, o crescimento da ESF se reflete na diminuição

FIGURA 1. A) Renda domiciliar per capita, B) porcentagem de mulheres de 50 a 69 anos que nunca haviam realizado mamografia e C) crescimento da ESF e da saúde suplementar, 2005 a 2016, Brasil

de taxas de internação hospitalar, melhoria de indicadores operacionais, diminuição de desigualdades em saúde e melhoria da qualidade de vida (23, 24). Outro resultado evidenciado no estudo é a expansão da saúde suplementar no Brasil. Conforme a literatura, observa-se que o crescimento da saúde suplementar se fortaleceu a partir da década de 1990, alcançando uma cobertura de 24,9% em 2016 (25).

Malta et al. (25), ao descreverem as coberturas de planos de saúde, relatam que as populações das regiões Sudeste e Norte têm a maior e a menor cobertura por planos de saúde, respectivamente, o que corrobora os achados deste estudo. Ainda, segundo os resultados, o único estado que não apresentou tendência de crescimento da saúde suplementar foi o Acre, da região Norte. O aumento do número de planos de saúde na década de

1990 pode ser explicado pela conjuntura e estabilidade econômica naquele momento (26-28). Todavia, dado o cenário atual de desgaste financeiro e desemprego (na casa dos 12 milhões), essa situação pode ter se modificado.

Na comparação entre a porcentagem de mamógrafos SUS e não SUS por estabelecimento de saúde, tem-se que oito estados do Norte e Nordeste apresentam percentuais superiores a 60% de mamógrafos SUS em comparação com o Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Pará, que apresentaram percentuais superiores a 60% de mamógrafos não SUS. Segundo Oliveira et al. (5), houve maior financiamento do SUS para aquisição de mamógrafos, refletindo crescimento em escala nacional, bem como em aumento na região Norte. No Rio de Janeiro e no Distrito Federal, o alto percentual de mamógrafos não SUS

provavelmente se relaciona à alta cobertura da saúde suplementar e à alta renda *per capita* nessas regiões.

O estudo mostrou que as regiões Norte e Nordeste, com menor densidade de mamógrafos, também apresentaram menor taxa de cobertura de mamografia, fenômeno que também foi observado por outros autores (2). No estudo, é nítida a má distribuição geográfica desses equipamentos, o que favorece a baixa cobertura da mamografia e compromete a acessibilidade geográfica das mulheres, especialmente as que residem em municípios pequenos e no interior, já que essas tecnologias estão concentradas nas regiões metropolitanas (6).

Há uma estimativa de que apenas 43,7% dos exames esperados segundo a necessidade foram realizados no SUS, o que deve colocar as autoridades sanitárias e gestores em alerta (6). Como a

TABELA 2. Tendência temporal das taxas de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e pela saúde suplementar, Brasil, 2005 a 2016^a

Macrorregião/unidade da federação	Estratégia Saúde da Família		Saúde suplementar	
	Coefficiente (IC95%)	Tendência	Coefficiente (IC95%)	Tendência
Norte				
Rondônia	0,036 (0,027 a 0,045)	Crescente	0,022 (0,004 a 0,041)	Crescente
Acre	0,011 (0,003 a 0,018)	Crescente	0,006 (-0,001 a 0,014)	Estacionária
Amazonas	0,012 (0,006 a 0,018)	Crescente	0,032 (0,011 a 0,053)	Crescente
Roraima	0,001 (-0,008 a 0,010)	Estacionária	0,023 (0,009 a 0,037)	Crescente
Pará	0,034 (0,019 a 0,049)	Crescente	0,016 (0,011 a 0,020)	Crescente
Amapá	0,018 (0,007 a 0,030)	Crescente	0,009 (0,004 a 0,015)	Crescente
Tocantins	0,001 (-0,027 a 0,029)	Estacionária	0,026 (0,023 a 0,029)	Crescente
Nordeste				
Maranhão	0,005 (-0,007 a 0,017)	Estacionária	0,028 (0,022 a 0,034)	Crescente
Piauí	-0,004 (-0,026 a 0,018)	Estacionária	0,029 (0,023 a 0,034)	Crescente
Ceará	0,012 (0,007 a 0,019)	Crescente	0,024 (0,019 a 0,028)	Crescente
Rio Grande do Norte	-0,004 (0,027 a 0,020)	Estacionária	0,018 (0,009 a 0,026)	Crescente
Paraíba	0,000 (-0,002 a 0,002)	Estacionária	0,015 (0,012 a 0,018)	Crescente
Pernambuco	0,009 (0,008 a 0,011)	Crescente	0,009 (0,001 a 0,018)	Crescente
Alagoas	0,005 (0,004 a 0,006)	Crescente	0,026 (0,019 a 0,032)	Crescente
Sergipe	0,004 (0,002 a 0,006)	Crescente	0,023 (0,018 a 0,029)	Crescente
Bahia	0,019 (0,016 a 0,023)	Crescente	0,015 (0,011 a 0,019)	Crescente
Sudeste				
Minas Gerais	0,015 (0,013 a 0,017)	Crescente	0,015 (0,005 a 0,024)	Crescente
Espirito Santo	0,015 (0,013 a 0,016)	Crescente	0,013 (0,005 a 0,021)	Crescente
Rio de Janeiro	0,032 (0,027 a 0,038)	Crescente	0,006 (0,002 a 0,010)	Crescente
São Paulo	0,026 (0,022 a 0,029)	Crescente	0,007 (0,003 a 0,011)	Crescente
Sul				
Paraná	0,016 (0,014 a 0,019)	Crescente	0,017 (0,014 a 0,021)	Crescente
Santa Catarina	0,011 (0,009 a 0,013)	Crescente	0,011 (0,003 a 0,019)	Crescente
Rio Grande do Sul	0,031 (0,024 a 0,038)	Crescente	0,016 (0,007 a 0,025)	Crescente
Centro-Oeste				
Mato Grosso do Sul	0,016 (0,013 a 0,019)	Crescente	0,018 (0,013 a 0,023)	Crescente
Mato Grosso	0,009 (0,006 a 0,014)	Crescente	0,024 (0,015 a 0,033)	Crescente
Goiás	0,008 (0,007 a 0,010)	Crescente	0,030 (0,024 a 0,035)	Crescente
Distrito Federal	0,068 (0,046 a 0,090)	Crescente	0,010 (0,001 a 0,020)	Crescente

^a Tendência decrescente: ambos os valores do intervalo de confiança negativos; tendência crescente: ambos os valores do intervalo de confiança positivos; tendência estacionária: intervalo de confiança cruza o valor zero, ou seja, limite inferior e superior ficam com sinais opostos.

distância implica uma importante barreira no acesso ao exame, uma alternativa pode ser a adoção de sistemas itinerantes. Entretanto, isso deve ser temporário, com data aprazada e estabelecida. Pelos resultados do estudo, entende-se que o acesso é resultado da oferta universal, da interiorização dos equipamentos e da distribuição da renda, tudo isso permeado por políticas de proteção sensíveis aos condicionantes observados no estudo (5). Na literatura, há evidências sobre determinantes do acesso à mamografia numa perspectiva geográfica (29), sobre conhecimento das mulheres em achar o exame necessário (29) e sobre a organização dos serviços de saúde para a oferta e demanda (30).

O presente estudo, a partir das estatísticas aplicadas, evidenciou uma associação significativa entre nunca ter realizado mamografia na idade de 50 a 69 anos, renda *per capita* e cobertura pela ESF e saúde suplementar. Tal resultado leva à constatação de que o acesso das mulheres à mamografia tem-se dado por meio das duas modalidades de atenção, achado relevante em termos de políticas públicas. Contudo, vale destacar a figura 2, que mostra algumas áreas críticas quanto ao acesso das mulheres nas regiões Norte e Nordeste, como Acre e Pará, onde, além de poucos, os mamógrafos estão em sua maioria vinculados ao sistema privado. Especificamente sobre o Acre, deve-se mencionar que é um

dos estados com maior proporção de pessoas em condição de vulnerabilidade social extrema, sendo necessário avançar em termos de políticas públicas para a melhoria da justiça e da equidade.

Outro estado crítico em termos de acesso foi o Maranhão, onde, entretanto, percebe-se certa proporcionalidade na oferta de mamógrafos. Na maioria dos estados do Nordeste, o mamógrafo é oferecido pelo SUS, e nessas regiões observam-se coberturas elevadas de ESF. O acesso à mamografia foi prejudicado na Paraíba, talvez em decorrência de falhas na coordenação do cuidado da mulher na ESF ou na organização das redes de atenção à saúde.

De acordo com Oliveira et al. (5), houve um aumento importante da cobertura do exame de mamografia nas mulheres com baixa renda, por conta da expansão do número de mamógrafos financiados pelo SUS. Chor et al. (2) apontaram que entre as mulheres que tinham renda de até R\$ 100 reais, 62% havia realizado mamografia. Em São Paulo, praticamente 76% das mulheres com essa renda teve a mamografia realizada; em Fortaleza, por sua vez, a proporção foi de 39%, o que evidência as desigualdades regionais. Adicionalmente, Chor et al. (2) concluem que usar o SUS, ter baixa escolaridade e baixa renda, ser solteira e idosa levam as mulheres a não buscarem a mamografia. Ao confrontar os resultados da presente investigação com os de Chor et al. (2), observa-se que a baixa renda também esteve associada ao não acesso. Todavia, os resultados não foram concordes em termos do uso do SUS; a ESF aparece como um provável fator de proteção na presente investigação.

É importante destacar que no SUS há diferentes modalidades de APS, diferenças que devem ser consideradas, sob pena de viés ou erro de leitura. A modalidade tradicional (unidades básicas de saúde tracionais) está composta de médico generalista, ginecologista, pediatra, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Sua atenção organiza-se na lógica da demanda espontânea, mais inclinada ao atendimento das condições agudas ou agudizadas (31). A ESF, por sua vez, está fundamentada nos preceitos da Declaração de Alma-Ata (32), que propõem uma APS que responda de forma permanente, sistematizada e responsável à maior parte das necessidades de saúde de uma população, através do desenvolvimento de equipes multiprofissionais,

FIGURA 2. A) Proporção de mamógrafos SUS e não SUS e B) densidade de mamógrafos por 1 000 mulheres de 50 a 69 anos, Brasil, 2016

em território definido, que permite o levantamento das necessidades de saúde de forma organizada e resolutive (33). Essa tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado das famílias e pessoas (33); desse modo, talvez por não considerar essa distinção (entre unidades básicas de saúde tradicionais e ESF), Chor et al. (2) tenham encontrado que o uso do SUS estava associado ao não acesso à mamografia. Outro ponto sobre a saúde suplementar levantado por Azevedo e Silva et al. (11) é que ter plano privado de saúde é um dos fatores que mais se associaram positivamente com ter requisição para exame de mamografia. Contudo, morar nas regiões Norte e Nordeste reduz as chances de exame nessa modalidade.

Um importante achado deste estudo é que, embora o Norte e o Nordeste tenham maior cobertura de ESF, não é nessas regiões que se concentram os mamógrafos, talvez devido ao fato de que a disponibilidade e a oferta dos equipamentos siga a lógica do mercado, com concentração em áreas com maior poder

de compra, como no estado de São Paulo. Os resultados indicam ainda que a maior parte dos mamógrafos nas regiões Sul e Sudeste está no setor privado, o que pode intensificar as desigualdades nessas regiões, especialmente naquelas populações que não têm planos privados e que residem em áreas com baixa cobertura de ESF. Fica claro que há uma fragilidade do Estado na regulação e distribuição desses insumos para a equidade em saúde. O teto dos gastos públicos (PEC 55), que congela o financiamento do SUS por 20 anos, compromete ainda mais a sustentabilidade de uma política de ESF universal (34).

Como limitações do presente estudo, a utilização de dados secundários pode ter gerado algum viés pela incompletude ou presença de informações ignoradas. Outra limitação é a heterogeneidade entre os estados, que não é captada quando se faz a opção por investigar as desigualdades por unidade federativa, havendo quase que uma homogeneização das informações no interior desse agregado. Para estudos futuros, seria oportuno o desenvolvimento de

trabalhos qualitativos, visando a compreender as dificuldades das mulheres na busca por mamografia e suas experiências com aqueles serviços, assim como análises comparativas da ESF com outras modalidades de atenção, considerando as vivências e experiências sob o prisma da qualidade, segurança e satisfação.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar as tendências de cobertura pela ESF e saúde suplementar no Brasil e como essas duas modalidades de atenção têm impactado o acesso à mamografia. Pelos achados, observou-se que a distribuição geográfica dos mamógrafos influencia diretamente a cobertura do exame de mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, em que há menor densidade de mamógrafos.

A expansão da ESF e da saúde suplementar tem possibilitado o aumento do acesso às mamografias no Brasil, porém, em algumas regiões do país, o impacto da saúde suplementar é superior ao da

ESF, principalmente porque os mamógrafos estão, em sua maioria, no sistema privado. Uma preocupação é que nessas regiões (Sul e Sudeste) também há uma baixa cobertura de ESF, o que faz com que as mulheres não tenham acesso a nenhuma das duas modalidades.

A desigualdade na distribuição de mamógrafos no Brasil perdura como entrave à equidade no acesso ao exame de mamografia. São urgentes medidas no sentido de reverter o quadro, sob

pena de mais mulheres adoecerem e morrerem pelo câncer de mama no Brasil, o que é uma condição injusta e inaceitável.

Conflitos de interesse. Nada declarou pelos autores.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código

de Financiamento 001 - e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa produtividade em pesquisa (Processo 305236/2015-6).

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da *RPSP/PAJPH* ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+-. Acessado em 30 novembro 2017.
2. Chor D, Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Carvalho MS. Desigualdade socioeconômica afeta a chance de realizar mamografia no Brasil. *CMDSS* 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/CMDSS-1110.1v1.pdf> Acessado em 8 de agosto de 2018.
3. Guerra MR, Azevedo e Silva G, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad Saude Publica*. 2015;31(8):1673-84.
4. Lages RB, Oliveira GP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Inequalities associated with lack of mammography in Teresina-Piauí-Brazil, 2010-2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):737-47.
5. Oliveira EXG de, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(9):3649-64.
6. Xavier DR, Oliveira RAD de, Matos VP de, Viacava F, Carvalho C de C. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. *Saude Debate*. 2016;40(110):20-35.
7. Villar VCFL, Souza CTV de, Delamarque EV, Seta MH De. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(1):105-14.
8. Corrêa R da S, Freitas-Júnior R, Peixoto JE, Rodrigues DCN, Lemos ME da F, Marins LAP, et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(9):1757-67.
9. Brasil. Lei 9 961/2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm Acessado em setembro de 2018.
10. Souza CI de A, Araújo DS, Teles DA de F, Carvalho SGL de, Cavalcante KWM, Rabelo WL, et al. Factors related to non-adherence to mammography in a city of the Brazilian Amazonian area: A population-based study. *Rev Assoc Med Bras*. 2017; 63(1):35-42.
11. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, dos Santos Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saude Publica*. 2014;30(7):1537-50.
12. Morgenstern H. Ecologic studies. Em: Rothman KJ, Lash TL, Greenland S. *Modern epidemiology*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. Pp. 512-531.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> Acessado em 27 novembro 2017.
14. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(3):565-76.
15. Barata RB. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde? Em: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Pp. 11-21. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-02.pdf> Acessado em 23 novembro 2017.
16. Migowski A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. I - Development methods. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00116317.
17. Hair Jr. JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
18. Zuur AF, Ieno NE, Elphick CS. A protocol for data exploration to avoid common statistical problems. *Methods Ecol Evol*. 2010;1:3-14.
19. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saude Debate*. 2014; 38(spe):13-33.
20. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC dos. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(2):327-38.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Histórico de cobertura. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acessado em 25 novembro 2017.
22. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do arograma de melhoria do acesso e qualidade no estado do Ceará. *Saude Debate*. 2014;38(spe):195-208.
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição Brasileira. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> Acessado em setembro de 2018.
24. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):81.
25. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC dos. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(1):179-90.
26. Zirolto RR, Gímenes RO, Júnior CC. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *Mundo Saude*. 2013;37(2):216-21.
27. Santos FP dos, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(5):1463-75.
28. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(5):1431-40.
29. Khan-Gates JA, Ersek JL, Eberth JM, Adams SA, Pruitt S. Geographic access to mammography and its relationship to breast cancer screening and stage at diagnosis: a systematic review. *Womens Health Issues*. 2015;25(5):482-93.

30. Cruz-Jiménez L, Torres-Mejía G, Mohar-Betancourt A, Campero L, Ángeles-Llerenas A, Ortega-Olvera C, et al. Factors associated with ever use of mammography in a limited resource setting. A mixed methods study. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(7):520–9.
31. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):633–41.
32. Pires-Alves FA, Cueto M. The Alma-Ata Decade: the crisis of development and international health. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(7):2135–44.
33. Oliveira MAC, Pereira IC. atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158–64.
34. Rossi P, Dweck E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cad Saude Publica*. 2016;32(12):e0019431.

Manuscrito recebido em 14 de dezembro de 2017.
Aceito em versão revisada em 15 de agosto de 2018.

ABSTRACT

Family Health Strategy, private health care, and inequalities in access to mammography in Brazil

Objective. To evaluate the association between access to mammography and coverage by the Family Health Strategy (FHS) and supplementary (private) health insurance.

Method. An ecological study was performed with data obtained from the Unified Health System Data Processing Department (DATASUS). Time trends were analyzed using the Prais-Winsten method, using the Brazilian federal units (states) as units of analysis. Multiple linear regression was used to investigate the relationship between the dependent variable – women aged 50 to 69 years who had never had a mammogram – and the independent variables (coverage by the FHS or supplementary health insurance and socioeconomic aspects).

Results. Acre was the only Brazilian state for which a growth trend in supplementary health coverage was not observed. Roraima, Tocantins, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, and Paraíba showed a stable trend for FHS coverage; all other federal states showed an increase in coverage. A significant association was observed between never having had a mammogram at 50 to 69 years of age and two variables: mean *per capita* income and FHS and supplementary health coverage ($R^2=0.77$; $P < 0.001$).

Conclusion. Unequal access to mammography is a reality in Brazil. Both supplementary private health care and the FHS have helped to improve health care accessibility for Brazilian women.

Keywords

Primary health care; Family Health Strategy; supplemental health; mammography; health status disparities; Brazil.

Estrategia de Salud Familiar, salud suplementaria y desigualdad en el acceso a la mamografía en Brasil

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la asociación entre el acceso a la mamografía en Brasil y la cobertura prestada por la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y por la salud suplementaria.

Métodos. Se realizó un estudio ecológico con datos obtenidos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS). La tendencia de la serie temporal fue analizada mediante el método de Prais-Winsten utilizando como unidades de análisis las entidades federativas brasileñas. Para investigar la relación entre la variable dependiente —mujeres de 50 a 69 años que nunca se habían realizado una mamografía— y las independientes, de cobertura por la ESF o salud suplementaria y las variables socioeconómicas, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados. Acre fue el único estado que no presentó una tendencia creciente para la cobertura por la salud suplementaria. Roraima, Tocantins, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte y Paraíba presentaron una tendencia estacionaria para la cobertura por la ESF, mientras que las otras entidades federativas mostraron una cobertura en ascenso. Se observó una asociación significativa entre el hecho de nunca haberse realizado una mamografía entre los 50 y los 69 años y las variables renta media per cápita, cobertura por la ESF y la salud suplementaria ($R^2 = 0,77$; $P < 0,001$).

Conclusión. En Brasil, la desigualdad en el acceso a la mamografía es una realidad. Tanto la salud suplementaria como la Estrategia de Salud Familiar han contribuido a mejorar el acceso de estas mujeres a la mamografía.

Palabras clave

Atención primaria de salud; Estrategia de Salud Familiar; salud complementaria; mamografía; disparidades en el estado de salud; Brasil.

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade

Wanessa Debôrtoli de Miranda,¹ Eliete Albano Azevedo Guimarães,²
Daniela Souzalima Campos,³ Laís Santos Antero,³
Nathália Ribeiro Mota Beltão³ e Zélia Maria Profeta da Luz¹

Como citar

Miranda WD, Guimarães EAA, Campos DS, Antero LS, Beltão NRM, Luz ZMP. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e182. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.182>

RESUMO

Objetivo. Descrever as etapas do estudo de avaliabilidade do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) no Brasil.

Métodos. Estudo com abordagem qualitativa que adotou como referencial o sistema de sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu. Foram realizadas análise de documentos, revisão teórica sobre o PNSVA e encontros com referências técnicas para a elaboração da linha do tempo e modelos teórico e lógico do Programa. O modelo lógico subsidiou a elaboração de dois questionários a serem utilizados para avaliar a implantação do PNSVA. Foi realizada a validação de conteúdo das perguntas avaliativas dos questionários por meio da técnica Delphi.

Resultados. O estudo possibilitou compreender a evolução das estratégias para prevenção e controle da deficiência de vitamina A no país, além do funcionamento do PNSVA e seu contexto externo. O modelo lógico revelou-se uma ferramenta valiosa para identificar áreas específicas que devem ser priorizadas em avaliações futuras. A validação dos questionários indicou que esses instrumentos abordam questões necessárias para a avaliação da implantação do Programa em municípios. A etapa da técnica Delphi foi de grande importância para guiar ajustes pertinentes quanto ao conteúdo e à forma de apresentação de algumas questões, o que certamente aumentará o poder analítico da ferramenta.

Conclusão. O estudo de avaliabilidade apontou a possibilidade de avaliações posteriores do PNSVA. Espera-se que os resultados desta investigação auxiliem futuras avaliações em países que adotam ações semelhantes às do Brasil.

Palavras-chave

Avaliação em saúde; deficiência de vitamina A; vitamina A; política de saúde; Brasil.

A deficiência de vitamina A (DVA) é uma das carências nutricionais mais

prevalentes em todo mundo, atingindo grande parte da população infantil em países em desenvolvimento, principalmente crianças menores de 5 anos de idade (1).

Observa-se tendência de declínio na prevalência mundial de DVA, tendo sido relatadas reduções significativas no período de 1991 a 2013 no leste e sudeste da Ásia e Oceania, de 42% para 6%, e na América Latina e Caribe, de 21% a 11%.

Entretanto, em vários países latino-americanos, a DVA ainda é considerada um grave problema de saúde pública, como é o caso de México, Jamaica, Haiti e Colômbia (2). As taxas na África subsaariana e no sul da Ásia permaneceram altas e praticamente inalteradas, em 48% e 44%, respectivamente (3). Em regiões onde há redução da prevalência de DVA, essa redução é frequentemente atribuída a ações governamentais, em especial à

¹ Fiocruz Minas, Instituto René Rachou, Belo Horizonte (MG), Brasil. Correspondência: Wanessa Debôrtoli de Miranda, wanessa.debor-toli@hotmail.com

² Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), Faculdade de Enfermagem, São João Del Rei (MG), Brasil.

³ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES - MG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

administração em massa de altas doses de vitamina A às crianças nos últimos 20 anos (4).

No Brasil, estudos têm identificado prevalências de 10% a 20% de níveis de retinol sérico abaixo de 0,70 $\mu\text{mol/L}$, condição que caracteriza a hipovitaminose A como problema moderado a grave de saúde pública (5–7). Com o objetivo de prevenir e controlar a DVA, o Ministério da Saúde adota, desde 1983, a distribuição em massa de megadoses da vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de vida. Ao longo dos anos, as ações de controle da DVA foram expandidas e fortalecidas. Essas ações são, atualmente, regulamentadas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) (8), organizado de forma semelhante em todas as unidades federativas do país.

As evidências de DVA no país e os esforços do governo para a prevenção dessa deficiência apontam para a necessidade e a importância de avaliar a implantação do PNSVA. A incorporação da avaliação à rotina dos serviços em todos os níveis do sistema de saúde, passando pela avaliação da situação de saúde da população, dos serviços e dos resultados das ações é uma das ferramentas de suporte para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (9, 10).

O estudo de avaliabilidade, etapa anterior à avaliação propriamente dita, é uma importante estratégia, pois permite compreender a intervenção em profundidade e planejar, previamente, a forma e o foco das avaliações posteriores: um dos objetivos do estudo de avaliabilidade é identificar as áreas críticas a serem priorizadas na avaliação (11).

O presente estudo teve por objetivo descrever as etapas do estudo de avaliabilidade do PNSVA, tendo em vista que esse Programa ainda não teve uma avaliação anterior. O estudo de avaliabilidade abrangeu a exploração do processo histórico das ações de controle e prevenção da DVA no país, os contextos interno e externo do Programa, a modelagem até o planejamento e a verificação da possibilidade da avaliação de sua implantação em municípios do estado de Minas Gerais. Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar investigações de ações que visem a prevenir e a controlar a DVA em regiões em que a DVA ainda representa um importante problema de saúde pública.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de avaliabilidade com abordagem qualitativa, baseado no sistema dos sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (11): a) descrição do programa, identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; b) identificação e revisão dos documentos disponíveis no programa; c) modelagem (modelo lógico do programa, dos recursos disponíveis, atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas); d) supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar sobre como o programa opera; e) desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação (MTA); f) identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos; e g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação.

Para a descrição do PNSVA foram realizadas a análise de documentos técnicos e do arcabouço legal, disponíveis em *sites* governamentais na Internet, compreendendo o período de 1988 (ano de criação do SUS) a 2016, além de revisão de literatura científica. Concomitantemente, foram realizadas quatro visitas à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para verificar como é a operacionalização do Programa nos municípios e identificar os interessados (*stakeholders*) que poderiam contribuir e apoiar a avaliação. Esse conjunto de procedimentos subsidiou a sistematização do conhecimento disponível no período mencionado para a elaboração dos modelos teórico e lógico do PNSVA e para a obtenção de um acordo quanto ao procedimento do estudo de avaliabilidade.

A modelagem do PNSVA, desenvolvida a partir do modelo lógico (12), que sintetiza os principais componentes do Programa em uma imagem de como o sistema deve supostamente funcionar, garantiu a identificação dos componentes e das relações causais presumidas, permitindo a identificação de perguntas avaliativas para a investigação do Programa nos municípios de Minas Gerais. O modelo foi estruturado em: 1) componentes, identificados a partir dos objetivos específicos do PNSVA; 2) subcomponentes, ações necessárias dentro de cada componente para que se alcance o impacto desejado; 3) estrutura, ou seja, recursos físicos, organizacionais ou simbólicos necessários à

operacionalização do PNSVA; 4) atividades, que são os meios utilizados em cada subcomponente para atingir resultados específicos; 5) resultados intermediários; e 6) impacto do PNSVA.

Com o objetivo de identificar indicadores de interesse para a avaliação do Programa, foram definidas perguntas avaliativas a partir do modelo lógico. Foram selecionadas perguntas referentes a estrutura, atividades e resultados de todos os subcomponentes identificados. As perguntas selecionadas foram classificadas de acordo com os critérios de relevância: prioridade, utilidade, capacidade de gerar informações importantes e viabilidade.

Considerando-se a necessidade da participação de diferentes atores envolvidos com o PNSVA em nível municipal para responder as perguntas, estas foram dispostas em dois questionários: um direcionado à gestão do Programa (a ser respondido por um profissional da saúde referência técnica do PNSVA no município), contemplando 43 questões, e outro à assistência (profissionais da atenção primária à saúde), com 49 questões.

Para a validação de conteúdo dos questionários utilizou-se a técnica de Delphi (13). Foram convidados a participar do painel de juízes 22 indivíduos, dentre eles: doutores e especialistas no campo da nutrição e representantes do Programa no Ministério da Saúde, na SES/MG, nas Gerências Regionais de Saúde e em municípios de Minas Gerais.

Utilizando-se o *software* LimeSurvey, foi solicitado a cada um dos juízes que avaliassem cada questão dos questionários quanto a pertinência, necessidade e clareza do enunciado, classificando a questão em uma escala de opinião: CP: concordo plenamente, C: concordo, NN: não concordo nem concordo, D: discordo, DP: discordo plenamente. Os membros do painel poderiam, ainda, sugerir novos critérios ou modificações àqueles apresentados.

O grau de concordância das respostas foi encontrado a partir do percentual de questões classificadas na escala CP e C. Foi considerado como ponto de corte para obtenção do consenso um valor acima de 70% (13).

O projeto de avaliação do PNSVA no Estado de Minas Gerais foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou, Fiocruz

Minas (CAAE: 57957316.6.0000.5091). Aos participantes foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo o anonimato garantido por meio do uso de códigos para a identificação dos mesmos.

RESULTADOS

A partir da análise dos elementos a) descrição do Programa, identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem e b) identificação e revisão dos documentos disponíveis, verificamos que a expansão das ações de controle da DVA se deu com a criação, em 1994, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Controle da DVA (14). No ano de 2001 houve a ampliação da suplementação de vitamina A para as puérperas, e em 2005 foi instituído o PNSVA, sendo as ações de controle da DVA intensificadas, culminando em 2012 na expansão do Programa para todo território nacional. Destaca-se que em julho de 2016 a suplementação de puérperas foi suspensa em todo o país após extenso debate com especialistas que consideraram que, apesar de a suplementação aumentar a disponibilidade de vitamina A no leite materno, não havia evidências contundentes quanto aos benefícios em relação à saúde materna e infantil (15).

Na figura 1 está representada uma linha do tempo onde é possível observar alguns marcos do PNSVA e as estratégias adotadas para a prevenção da DVA no

país. O PNSVA foi regulamentado em 2005, porém o Brasil iniciou as ações de suplementação de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses já em 1983, durante os dias nacionais de vacinação em áreas consideradas de alto risco para a deficiência (16).

No modelo teórico do PNSVA, esquematizado na figura 2, é possível observar o contexto externo do Programa.

O PNSVA é um dos programas inserido na estratégia de Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), responsabilidade da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), hierarquicamente subordinada ao Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

O DAB coordena no país outras ações, programas e estratégias que, apesar de fazerem parte do contexto externo ao PNSVA, têm em sua essência objetivos correlatos de apoio a educação alimentar e nutricional e melhora nas condições de saúde de crianças. São estas: a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Programa Bolsa Família, conjunto de estratégias da Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Programa Saúde na Escola (PSE), Vigilância Alimentar e Nutricional, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).

Modelo lógico, recursos, atividades, impactos e conexões causais e entendimento preliminar de como o PNSVA opera

Quanto aos elementos c) modelagem (modelo lógico do Programa) dos recursos disponíveis, atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas e d) supervisão do PNSVA, ou obtenção de entendimento preliminar de como o PNSVA opera, para alcançar o objetivo do Programa são planejadas atividades direcionadas a dois componentes distintos. O primeiro é a suplementação profilática medicamentosa de vitamina A, ação que deve ser adotada por curto prazo. O segundo é a promoção da alimentação saudável para prevenção da DVA, medida que deve ser utilizada a médio e longo prazo. O modelo lógico, apresentado na figura 3, subsidiou a elaboração dos questionários a serem utilizados para avaliar a implantação do PNSVA, contribuindo, assim, para o plano de avaliação.

Desenvolvimento de modelo teórico da avaliação, identificação de usuários da avaliação e procedimento da avaliação

Quanto aos elementos e) desenvolvimento de um MTA; f) identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos; e g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma

FIGURA 1. Linha do tempo das estratégias para prevenção e controle da deficiência de vitamina A no Brasil^a

^a CGPAN: Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição; INAN: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; PNSVA: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Farmanguinhos: Laboratório Farmacêutico Federal Farmanguinhos, Laboratório Oficial do Ministério da Saúde do Brasil.

FIGURA 2. Modelo teórico do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Brasil^a

^a CGAN: coordenação geral de alimentação e nutrição; DAB: Departamento de Atenção Básica; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PNAISC: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; PSE: programa saúde na escola; Sisvan: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família.

avaliação, este estudo foi proposto e conduzido por pesquisadores do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas) e teve adesão de 15 interessados, engajados em diferentes níveis de atuação no PNSVA. O grupo de 15 interessados incluiu pesquisadores e referências técnicas do Programa em nível estadual e regional. Ademais, houve reconhecimento de outros interessados na avaliação, como os profissionais da atenção primária à saúde (APS) (referência técnica municipal, enfermeiros e nutricionistas) e os usuários do Programa (crianças de 6 meses a 5 anos de idade).

Dos 22 convidados a participar da técnica Delphi, oito realizaram a avaliação dos questionários. O grau de concordância encontrado na validação de conteúdo foi de 92,7% quanto à pertinência e necessidade das questões e de 86,5% quanto à clareza para o questionário destinado à assistência do PNSVA. Para o questionário destinado à gestão do Programa, o grau de concordância foi de 97,84% para a pertinência e necessidade das questões e 92,97% para a clareza.

De forma geral, os juízes relataram que ambos os questionários são claros e de fácil compreensão. As principais

observações foram referentes ao número de questões. Alguns avaliadores consideraram os questionários extensos e sugeriram a condensação de algumas perguntas, a melhoria de alguns enunciados quanto a clareza e a inserção de outras questões que julgavam pertinentes.

Após as modificações consideradas pertinentes, o questionário destinado à gestão, que tinha 43 questões, passou a ter 29. Dentre essas questões, uma abordou a estrutura do Programa, 11 abordaram o processo e 17 foram destinadas especificamente às atividades relacionadas à suplementação com megadoses de vitamina A. Já o questionário destinado à assistência, que tinha 49 questões, passou a ter 37, das quais cinco contemplaram a estrutura, 11 abordaram a promoção da alimentação saudável para a prevenção da DVA e 21 foram destinadas à suplementação com megadoses de vitamina A. Os questionários estão disponíveis aos interessados mediante contato com o autor correspondente do presente artigo.

DISCUSSÃO

A presente investigação apontou que o estudo de avaliabilidade foi um

instrumento útil para explorar a teoria, propósitos e objetivos do PNSVA na elaboração de modelos capazes de esclarecer os contextos interno e externo e para verificar a plausibilidade das relações entre o problema, a estrutura do Programa, as suas atividades e os resultados esperados a curto, médio e longo prazo. O estudo de avaliabilidade do PNSVA possibilitou ainda o desenvolvimento de um plano para avaliações posteriores.

No campo das ações políticas, inclusive das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando centralidade nas discussões. O reconhecimento da necessidade de sistemas e estratégias capazes de retroalimentar de forma ágil, eficiente e oportuna tanto os programas quanto os serviços de saúde vem favorecendo a crescente pressão social para o desenvolvimento da cultura de avaliação no Brasil (17). Isso explica, ao menos em parte, o crescimento relevante de publicações sobre avaliação em saúde no país, sobretudo a partir de meados dos anos 2000 (18).

Pesquisas avaliativas têm sido utilizadas para gerar informações que apoiem e orientem a tomada de decisão, favorecendo a compreensão da realidade no

FIGURA 3. Modelo lógico do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil

cotidiano do trabalho, transformando as ideias e práticas. Nesse contexto, o estudo de avaliabilidade é considerado uma importante estratégia para verificar em que medida uma intervenção pode ser avaliada, favorecendo a elaboração de

um plano de avaliação mais consistente e com maior credibilidade (11). Com este objetivo, no contexto da APS, é crescente o interesse de pesquisadores em realizar essa abordagem avaliativa (19–21).

O modelo lógico foi essencial para compreender as premissas teóricas do PNSVA, permitindo a identificação das perguntas avaliativas, fundamentais para a condução da avaliação. Por meio dele foram identificados dois

componentes distintos com o objetivo comum de reduzir a DVA em crianças menores de 5 anos: a suplementação profilática medicamentosa com vitamina A e a promoção da alimentação saudável.

Ressalta-se que a suplementação profilática medicamentosa é o foco central de ação na maior parte dos 80 países que têm programas de controle da DVA (22). A administração em massa de altas doses de vitamina A em crianças nos últimos 20 anos é frequentemente relacionada à redução mundial de sua deficiência ao longo do tempo, especialmente em regiões carentes (4). Porém, estudos apontam que a cobertura e a sustentabilidade desses programas são um desafio constante (23–25), reforçando a importância de sua avaliação. Apesar de os programas de suplementação de vitamina A terem contribuído para reduzir as taxas de mortalidade em menores de 5 anos, acredita-se que, enquanto ação isolada, não abordam o problema subjacente da ingestão alimentar inadequada da VA e de sua deficiência crônica em crianças em idade pré-escolar em países em desenvolvimento (26), justificando a necessidade de avaliação do segundo componente do Programa apresentado pelo modelo lógico, a promoção da alimentação saudável.

Ao investigar a trajetória da educação alimentar e nutricional nos programas oficiais de controle da DVA no país, Rodrigues e Roncada (27) revelaram que, ao longo dos últimos 40 anos, essas ações não se efetivaram ou sofreram interrupções, ocorrendo de forma temporária e sem avaliação. Os autores assumiram, porém, que o PNSVA apresenta importantes avanços ao considerar que a educação alimentar e nutricional deve acontecer paralelamente à suplementação, não devendo ser considerada como uma medida pontual.

Além da exploração do contexto da intervenção, outro item relevante na avaliação em saúde é identificar se os resultados serão utilizados e se há indicativo de sustentabilidade da intervenção (28). Para isso, a avaliação em saúde não pode ser realizada apenas pela gestão.

A cooperação efetiva dos envolvidos no processo de implantação de uma intervenção contribui, desde os primeiros achados do estudo, para a análise e interpretação dos dados do estudo de avaliabilidade, podendo gerar subsídios para a

melhoria do Programa (11). Para tanto, desde sua idealização, a presente investigação contou com a parceria da gestão do PNSVA do estado de Minas Gerais. Houve ainda preocupação na identificação e inclusão de demais partes interessadas na avaliação, em especial por meio da técnica Delphi.

A negociação entre os atores interessados e envolvidos em processos avaliativos é uma importante característica do que Guba e Lincoln (29) denominam de avaliação de quarta geração, que se contrapõe às gerações anteriores à década de 1980. O engajamento de pessoas interessadas na avaliação constitui-se na abordagem mais desejável para identificar problemas e explicações do objeto avaliado, favorecendo a incorporação dos resultados na tomada de decisão para aperfeiçoar, ampliar ou alterar a intervenção (10).

Tanaka e Tamaki (10) relatam que, para estruturar um processo avaliativo que tenha a capacidade de apoiar a tomada de decisão da gestão em saúde e responda aos anseios das partes interessadas, é necessário que um conjunto de princípios seja levado em consideração: 1) utilidade: garantia da abordagem de questões relevantes; 2) factibilidade e viabilidade: a avaliação deve ter boa relação de custo-benefício; 3) propriedade: garantia da ética e 4) precisão: garantia de que os achados possam ser considerados corretos. A inclusão dos interessados é uma maneira de garantir uma avaliação de qualidade, atendendo os padrões da avaliação, em especial a utilidade e a propriedade.

O padrão de utilidade foi garantido, também, durante a validação das ferramentas de coleta de dados por meio da técnica Delphi. A seleção das perguntas avaliativas é um ponto crucial no processo de avaliação. Quando não há clareza nessas perguntas, o produto não é uma avaliação, e sim um diagnóstico. A ausência dessa clareza acarretará no acúmulo de dados e de informações que poderão não ser úteis na tomada de decisão para alterar determinada situação de saúde da população (10).

A avaliação do painel de juízes indicou que as questões elaboradas abordam aspectos necessários para a compreensão da implantação do PNSVA nos municípios. Esta etapa foi de grande importância para guiar ajustes pertinentes quanto ao conteúdo e à forma de apresentação de algumas questões, o que certamente

aumentará o poder analítico da ferramenta.

Pode-se considerar que uma limitação do estudo foi a utilização de questionários *on-line* para realizar a técnica Delphi. Apesar de possibilitar maior alcance de potenciais respondentes, esse formato leva a perdas amostrais consideráveis.

O estudo de avaliabilidade confirmou a possibilidade de realizar uma avaliação sistemática de caráter mais extenso. A apropriação do processo histórico das ações de prevenção da DVA e dos modelos teórico e lógico do PNSVA poderão contribuir para verificar se a estrutura disponível, as atividades planejadas e os produtos gerados são suficientes para atender aos objetivos propostos. Ademais, a partir desse estudo, foram construídas, com a participação de atores interessados na avaliação, perguntas avaliativas oportunas para a avaliação da implantação do Programa, a ser realizada futuramente no estado de Minas Gerais. O plano de avaliação fortalece o poder da ferramenta de avaliação e a utilização de seus achados pela gestão, tanto em nível nacional, estadual, regional quanto municipal.

Preende-se que o presente estudo enriqueça o debate sobre a necessidade de metodologias de avaliação que possibilitem investigar aspectos que vão além da cobertura e efetividade do Programa e que sejam capazes também de explorar a relação entre os componentes do Programa e desses com o contexto. Portanto, sugere-se que pesquisadores de outras regiões que se propõem a investigar ações de prevenção da DVA realizem estudos de avaliabilidade como este para garantir que sua avaliação seja capaz de desvelar a efetividade ou não das ações, elencando suas fragilidades e fortalezas.

Agradecimentos. Os autores agradecem o apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou – FIOCRUZ Minas e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Galicía L, Grajeda R, López de Romaña D. Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends, and data gaps. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):104–13.
- Stevens GA, Bennett JE, Hennocq Q, De-Regil LM, Rogers L, Danaei G, et al. Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(9):528–36. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00039-X.
- Mason J, Greiner T, Shrimpton R, Sanders D, Yukich J. Vitamin A policies need rethinking. *International Journal of Epidemiology*. 2015; 44(1): 283–92. doi: 10.1093/ije/dyu194
- Lima DB, Damiani LP, Fujimori E. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras e variáveis associadas. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(2): 176–185. doi: 10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00013.
- da Silva LL, Peixoto MR, Hadler MC, da Silva AS, Kobayashi F, Cardoso MA. Vitamin A status and associated factors in infants attending at Primary Health Care in Goiânia, Goiás. Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(2): 490–502. doi: 10.1590/1980-5497201500020016.
- De Queiroz D, Paiva AA, Pedraza DF, Cunha MAL, Esteves GH, Luna JG, Diniz AS. Deficiência de vitamina A e fatores associados em crianças de áreas urbanas. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(2): 248–56.
- Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 729/GM Em 13 de maio de 2005: Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010; 10(1): 229–333.
- Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 821–8.
- Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005; 20(2):1–25.
- Champagne A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A Análise de Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011:217–238.
- Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1): 174–80.
- Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.160, Cria, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
- Ministério da Saúde. Nota técnica nº 135/2016: Encerramento da suplementação de puérperas com megadoses de vitamina A no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- Martins MC, Santos LMP, Santos SMC, Araújo MPN, Lima AP, Santana LAA. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995–2002. 3 _O Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2081–93.
- Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas, SP. Editora: Unicamp. 2011: 278p.
- Furtado JP, Campos GWSC, Onocko-Campos WYR. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34 (7) 23.
- Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Franklin MFASM, Forte DS, Silva LCC. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde colet*. 2018; 23 (1).
- Silva BS, Coelho HV, Cavalcante RB, Oliveira VC, Guimarães EAA. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71 (suppl 1):660–9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0601
- Silva RN, Guarda FRB, Petrônio PCH, Martelli JL. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (4). doi: 10.1590/0102-311X00159415.
- United Nations Children's Fund. Vitamin A Supplementation: A Decade of Progress. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2007.
- Palmer AC, Diaz T, Noordam AC, Dalmiya N. Evolution of the Child Health Day strategy for the integrated delivery of child health and nutrition services. *Food Nutr Bull*. 2013; 34(4):412–9.
- Aguayo VM, Bhattacharjee S, Bhawani L, Badgaiyan N. India's vitamin A supplementation programme is reaching the most vulnerable districts but not all vulnerable children. New evidence from the seven states with the highest burden of mortality among under-5s. *Public Health Nutr*. 2015; 18(1): 42–9. doi: 10.1017/S136898001300342X.
- Engle-Stone R, Nankap M, Ndjebayi AO, Vosti SA, Brown KH. Estimating the Effective Coverage of Programs to Control Vitamin A Deficiency and Its Consequences Among Women and Young Children in Cameroon. *Food Nutr Bull*. 2015; 36(3): 149–71.
- Klemm RDW, Palmer AC, Greig A, Engle-Stone R, Dalmiya N. A Changing Landscape for Vitamin A Programs: Implications for Optimal Intervention Packages, Program Monitoring, and Safety. *Food Nutr Bull*. 2016; 37 (2):75–86.
- Rodrigues LPF, Roncada MJ. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. *Rev Nutr Campinas*. 2010;23 (2): 297–305.
- Wholey JS. Evaluability assessment. In: Rutman, L. (Ed.). *Evaluation research methods: A base guide*. Beverly Hills CA: Sage. 1977. p. 41–56.
- Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, pp.21–49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation. 1989; p.184–227.

Manuscrito submetido em 12 de janeiro de 2018.
Aceito em versão revisada em 7 de setembro de 2018.

Vitamin A Supplementation Program in Brazil: evaluability assessment

ABSTRACT

Objective. To describe the steps of the Brazilian Vitamin A Supplementation Program (PNSVA) evaluability assessment.

Method. The present qualitative study employed the seven-element system proposed by Thurston and Ramaliu. The study involved document analysis, conceptual review of PNSVA, and meetings with technical experts to assemble a time line and the Program's theoretical and logical frameworks. The logical framework supported the elaboration of two questionnaires to be used for PNSVA evaluation. The questionnaires were validated using the Delphi method.

Results. The analysis revealed the evolution of vitamin A control and prevention strategies in the country, and provided information on the functioning of PNSVA and on its external context. The logical framework was found to be an invaluable tool for detecting specific priority areas for future assessments. The validation of the questionnaires indicated that they did in fact cover topics that are necessary to evaluate the implementation of PNSVA in municipalities. The Delphi step was essential to guide adjustments regarding question content and format, which served to increase the analytic power of the instruments.

Conclusion. The evaluability assessment indicated that future PNSVA evaluations will be possible. It is expected that the present results may be useful in countries developing similar initiatives as the one described in Brazil.

Keywords

Health evaluation; vitamin A deficiency; vitamin A; health policy; Brazil.

Programa Nacional de Suplementación de Vitamina A en Brasil: un estudio de evaluación

RESUMEN

Objetivo. Describir las etapas del estudio de evaluación del Programa Nacional de Suplementación de Vitamina A (PNSVA) en Brasil.

Métodos. Estudio con enfoque cualitativo que adoptó como marco de referencia el sistema de siete elementos propuesto por Thurston y Ramaliu. Se realizó análisis de documentos, revisión teórica del PNSVA y reuniones con expertos técnicos para la elaboración del cronograma y los marcos teórico y lógico del Programa. El modelo lógico ayudó a elaborar dos cuestionarios para ser utilizados en la evaluación del PNSVA. Los cuestionarios fueron validados utilizando el método Delphi.

Resultados. El estudio permitió comprender la evolución de las estrategias para prevenir y controlar la deficiencia de vitamina A en el país, además del funcionamiento del PNSVA y su contexto externo. El modelo lógico representó una herramienta valiosa para identificar áreas específicas que deben ser priorizadas en evaluaciones futuras. La validación de los cuestionarios indicó que estos instrumentos abordan temas necesarios para la evaluación de la implantación del Programa en los municipios. La aplicación del método Delphi fue muy importante para guiar los ajustes pertinentes en cuanto al contenido y la forma de presentación de algunos temas, lo que con certeza aumentará el poder analítico de la herramienta.

Conclusión. El estudio de evaluación señaló la posibilidad de evaluaciones futuras del PNSVA. Se espera que los resultados de esta investigación ayuden a futuras evaluaciones en países que adopten acciones similares a las de Brasil.

Palabras clave

Evaluación en salud; deficiencia de vitamina A; vitamina A; política de salud; Brasil.

Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017)

Erika Rodrigues de Almeida,¹ Allan Nuno Alves de Sousa,¹
Celmário Castro Brandão,¹ Fabio Fortunato Brasil de Carvalho,²
Graziela Tavares¹ e Kimielle Cristina Silva³

Como citar

Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>

RESUMO

Objetivo. Apresentar e discutir acontecimentos relacionados ao processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, de modo a evidenciar narrativas que possam contribuir para análises futuras sobre a formulação, implementação e avaliação dessa Política.

Métodos. Trata-se de relato de experiência de participantes do processo de revisão da PNAB, a partir da análise de conteúdo complementada por análise documental.

Resultados. O processo de revisão da PNAB, ocorrido entre 2015 e 2017, foi fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde. As principais mudanças introduzidas pela nova versão da PNAB são a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde; a construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; e a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes.

Conclusões. A implementação da nova PNAB, fruto de disputas travadas no campo da gestão interfederativa, dependerá da confluência de interesses no sentido da efetivação de uma atenção primária acessível e resolutiva, fortalecendo o Sistema Único de Saúde, o que requer substancialmente a participação e o protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil.

Palavras-chave

Política de saúde; atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; avaliação em saúde; Brasil.

¹ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília (DF), Brasil. Correspondência: Erika Rodrigues de Almeida, erika.ralmeida@hotmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

A atenção primária à saúde (APS) foi concebida, a partir de Alma-Ata, como oferta de cuidados primários essenciais, fundamentados em tecnologias e métodos apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. Esses cuidados devem estar disponíveis o mais proximamente possível dos lugares onde

as pessoas vivem e trabalham, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, possibilitando sua plena participação, a um custo com o qual a comunidade e o país possam arcar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (1, 2).

Nos países em desenvolvimento, a APS foi originalmente “seletiva”, concentrando-se em poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas (3). Com o passar do tempo, propostas abrangentes foram sendo implementadas, baseadas nas recomendações da Declaração de Alma-Ata (4).

A partir da década de 1980, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em todo o mundo, aliada a contextos econômicos restritivos, ao aumento das despesas em saúde decorrentes da incorporação desordenada de tecnologias de alto custo, à ineficiência e baixa qualidade dos serviços e às mudanças no papel do Estado impulsionaram reformas organizacionais dos sistemas de saúde em diversos países das Américas e da União Europeia (4, 5). O objetivo dessas reformas foi a otimização dos custos em saúde e a coordenação entre os níveis assistenciais, com fortalecimento dos serviços de APS e a melhoria da qualidade e eficiência (5).

Na América do Sul, as reformas dos sistemas de saúde ocorreram, geralmente, em conjunto com processos de democratização, embutidas em mudanças econômicas, sociais e legais/constitucionais mais amplas que colocavam a saúde como direito humano fundamental, a ser desenvolvida como parte das políticas públicas que enfatizavam a equidade social e a democracia participativa. Os modelos de saúde biopsicossocial e intercultural subjacentes a tais reformas também implicavam maior ênfase na família, na comunidade, na provisão de serviços e políticas intersectoriais e na participação social (6).

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) lançaram as bases de um movimento de renovação da APS nas Américas, buscando estimular reflexões acerca da implementação de políticas condizentes com os princípios e valores defendidos em Alma-Ata e fomentar novas reformas para organizar e fortalecer os sistemas nacionais de saúde orientados pela APS, inclusive o sistema de saúde brasileiro (4).

No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de APS passaram a ser denominadas de atenção básica, implementada como política de Estado. A atenção básica é porta de entrada do

SUS e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. É definida em formato abrangente, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (7). Esse conceito está previsto na Constituição Federal brasileira de 1988 e nas normas que regulamentam o SUS.

Na linha do tempo de construção da APS brasileira, os primeiros cuidados primários remontam à Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, de postos de profilaxia rural voltados ao combate a endemias e epidemias de agravos prioritários à época (8). Até a década de 1980, quando foi criado o SUS, prevaleceram modelos centralizados e campanhistas, com oferta de ações voltadas ao controle das grandes endemias e consideradas como “medicina pobre para pobres”, com uma concepção assistencialista e curativa (9–11).

A partir de então, experiências de organização dos cuidados primários foram desenvolvidas em todo o país e serviram como precursoras de ações e programas governamentais instituídos pelo Estado brasileiro e inspirados em modelos de APS de países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra. No início da década de 1990, foram instituídos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) – que passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006 (12–15) –, considerados o marco de uma nova proposta nacional de APS e parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (16, 17). A tabela 1 apresenta as principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica brasileira, a partir da instituição do PACS e PSF.

Com a instituição e a implementação das diversas ações, percebeu-se, então, a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar os gastos públicos. Instituiu-se um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, em 2003, que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006 (14, 18).

Em que pese o fato de que, em 2003, importantes quadros militantes da Reforma Sanitária passaram a compor os

quadros de gestão do Ministério da Saúde (14, 19), em 2006 o cenário político para a formulação da PNAB se mostrou bastante conturbado, gerando grande insegurança institucional, sobretudo pela reforma ministerial ocorrida à época (14) e pelo fato de que uma série de ações estruturantes da própria política ainda não havia sido realizada, como, por exemplo, a regulamentação da categoria profissional do agente comunitário de saúde (ACS), que se deu apenas em outubro do mesmo ano.

Buscando preservar a centralidade da ESF e consolidar uma APS forte, em 2011 houve uma primeira revisão da PNAB. Em síntese, o novo texto manteve a essência de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (20). Tais ações vêm sendo implementadas desde então, em contraponto a um cenário nacional de instabilidade econômica e política.

Da publicação da PNAB 2011 até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras. No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política.

A formulação e revisão de políticas públicas são apresentadas há mais de 20 anos pelo campo das ciências sociais como um processo cíclico. Segundo Faria (21), a década de 1990 testemunhou, nas democracias ocidentais de uma maneira geral, e na América Latina particularmente, a busca de fortalecimento da “função avaliação” na gestão governamental, sendo implementados diferentes sistemas de avaliação das políticas públicas, justificados pela necessidade de “modernização” da gestão pública no contexto das reformas de Estado. Assim, compreender o processo de implementação de políticas pode se traduzir em importante elemento de aperfeiçoamento da ação governamental (22, 23).

Tendo como premissa a avaliação como componente da gestão em saúde e tendo como propósito fundamental dar

TABELA 1. Principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica, Brasil, 1991 a 2017

Ano	Estratégias/ações/programas
1991	Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1994	Criação do Programa Saúde da Família.
1998	Implantação do piso de atenção básica (montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde nos municípios, em substituição ao pagamento por produção); criação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
1999	Publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2001	Implantação da saúde bucal no Programa Saúde da Família.
2003	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família I; Criação do Programa Bolsa Família.
2004	Criação da Política Nacional de Saúde Bucal.
2005	Instituição da autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
2006	Regulamentação profissional dos agentes comunitários de saúde; publicação da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família se torna Estratégia Saúde da Família.
2007	Criação do Programa Saúde na Escola.
2008	Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; inclusão do microscopista na Estratégia Saúde da Família.
2009	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família II.
2010	Criação das equipes de saúde da família ribeirinhas e custeio de unidades básicas de saúde fluviais.
2011	Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica; criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, do Programa Melhor em Casa, do Programa Academia da Saúde; das equipes de Consultório na Rua; do Telessaúde Brasil Redes e do Brasil Sorridente Indígena; revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2012	Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.
2013	Criação do Programa Mais Médicos e substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS Atenção Básica.
2014	Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.
2017	Reformulação e publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica.

suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, o presente trabalho apresenta e discute acontecimentos relacionados ao processo de revisão da PNAB, concluído em 2017, com vistas a introduzir narrativas que possam contribuir para análises futuras sobre a formulação, implementação e avaliação dessa política.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo é um relato de experiência de um grupo de participantes da gestão federal da atenção básica no processo de revisão da PNAB, ocorrido no período de 2015 a 2017, complementado por análise documental. Foram utilizados, como fontes de informação, documentos e outros registros pessoais das reuniões, encontros e oficinas acerca da revisão da PNAB, além de relatórios gerenciais e documentos técnicos e normativos oficiais.

Por meio de triangulação de fontes e dados, procedeu-se à análise de conteúdo (24). Primeiramente, os autores estabeleceram contato com os materiais que

iriam subsidiar a análise, apropriando-se dele e deixando-se invadir por impressões e orientações. Em seguida, parte do material foi selecionado e agrupado de forma semelhante ao que foi descrito nos documentos investigados, a partir de recortes e extração das ideias mais relevantes, formando, assim, os temas.

Mediante leitura e releitura do material considerado relevante, as informações foram agrupadas de acordo com dimensões temáticas, emergindo três categorias para análise e discussão: processo de revisão da PNAB 2017; principais mudanças e inovações introduzidas na PNAB; e interesses e elementos constitutivos das mudanças e inovações à PNAB.

Em que pese o esforço de análise crítica do material sistematizado, é importante reconhecer o lugar de fala e implicação dos autores e destacar que a maior parte do conteúdo aqui apresentado deriva de relatos e registros pessoais. Adicionalmente, há clareza de que se trata de uma das versões possíveis de compreensão do processo, sendo plausível a existência de

outros pontos de vista, convergentes ou não com os apresentados aqui. Em outras palavras, os autores assumem a perspectiva bourdieusiana (25) da ausência de neutralidade na verdade científica disposta neste manuscrito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Processo de revisão da PNAB 2017: arena de disputa

Desde a publicação da primeira PNAB, em 2006, foram percebidos avanços importantes no campo da ampliação do acesso da população a ações de atenção básica, como se observa na figura 1. De 2007 a 2017, houve ampliação da cobertura populacional pela ESF, variando de 48% a 64%. As equipes de saúde bucal também apresentaram aumento na cobertura (29,9% para 41,2%). Houve, ainda, ampliação de 25,3% no número de ACS, com crescimento contínuo, excetuando-se o último biênio, onde houve redução de 0,7%.

Além disso, uma série de programas e estratégias foram implementadas na busca de ampliar o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica. Contudo, persiste o desafio da baixa resolubilidade desses serviços (26, 27).

Diante desse cenário, gestores municipais e estaduais de saúde, por intermédio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mostraram interesse em debater a PNAB então vigente, de modo que fosse discutida, sobretudo, a ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da atenção básica e a possibilidade de novos arranjos na composição da ESF. Em paralelo, o relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, propôs garantir o processo de revisão da PNAB, de modo a discutir a composição e a carga horária de profissionais da ESF e os critérios de distribuição de habitantes por equipe.

Assim, em 2015, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde deu início a um conjunto de reuniões, oficinas e fóruns envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores. O objetivo desse esforço foi colher subsídios para a construção de estratégias voltadas à agenda de fortalecimento da atenção básica para os próximos anos e, assim, atualizar a PNAB.

FIGURA 1. Número de agentes comunitários de saúde, de equipes de Saúde da Família e de equipes de Saúde Bucal, Brasil, 2007–2017

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde do Brasil.

Inicialmente, o processo de revisão objetivou afirmar fundamentos e diretrizes estratégicas para a PNAB, reforçando a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica. Um segundo objetivo foi a introdução de mudanças na perspectiva de ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade da atenção básica, respeitando diferentes realidades.

Contudo, o processo de revisão foi interrompido, tendo em vista os importantes acontecimentos políticos ocorridos no cenário nacional em 2015, que produziram expressivas mudanças no Executivo federal. Em virtude de reformas ministeriais conduzidas no governo da Presidente Dilma Rousseff, houve mudança na gestão do Ministério da Saúde, com a saída do ministro Arthur Chioro e ingresso do deputado Marcelo Castro. Tal transição objetivou dar sustentação política ao governo Dilma, especialmente no Congresso Nacional (28). Em que pesem tais intervenções, o processo culminou com o *impeachment* da Presidente em agosto de 2016, sendo o cargo assumido pelo então Vice-Presidente da República, Michel Temer.

Merece destaque a publicação, nesse período de instabilidade político-institucional, das portarias ministeriais 958 e 959, de 10 de maio de 2016, que permitiam a composição de equipes de saúde da família sem ACS, podendo estes serem substituídos por técnicos de enfermagem. Tal publicação gerou grande insatisfação por parte da categoria, que

se mobilizou em torno da revogação de tais normativas. Por outro lado, as portarias acolheram parcialmente a demanda do CONASEMS por ajustes na composição das equipes e representaram os esforços do Executivo federal em buscar maior base de apoio entre os entes federados.

Daí em diante houve substancial transição governamental, tendo assumido o Ministério da Saúde o engenheiro e deputado Ricardo Barros. Com ele ingressaram novos atores políticos, abrindo uma janela de oportunidades para que instituições que vinham pautando o Ministério da Saúde para retomada da agenda de revisão da PNAB, tais como o CONASEMS e o CONASS, pudessem recolocar suas pautas centrais, agora de forma mais incisiva, por possuir maior alinhamento político com os novos componentes da gestão ministerial.

Vale destacar que uma das primeiras ações relacionadas à agenda da atenção básica realizada pela nova gestão do Ministério foi a revogação das portarias 958 e 959, em 9 de junho de 2016 (portaria GM/MS 1 132), em um esforço de conciliação do novo governo com as entidades representativas dos ACS. Por outro lado, tal medida também resultou de pactuação com o CONASEMS, sob o compromisso ministerial de retomar a revisão da PNAB.

Paralelamente, havia um acirrado campo de disputas corporativas, tanto na esfera legislativa quanto na judiciária. Destacam-se dois projetos em benefício

dos ACS e dos agentes de combate às endemias (ACE): um sobre as atribuições e outro sobre o aumento do piso salarial; e liminar que proibia os enfermeiros de solicitarem exames na atenção básica, decorrente de ação movida pelo Conselho Federal de Medicina. Remonta desse período, ainda, a opção da gestão municipal do Rio de Janeiro em fechar serviços de atenção básica, agenda que, equivocadamente, foi atrelada ao processo de revisão da PNAB.

Com isso, movido pelo alinhamento político entre os membros do alto escalão das instâncias componentes da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o processo de revisão foi recolocado enquanto prioridade na agenda governamental, mesmo não havendo consenso entre os técnicos sobre sua tempestividade. Notadamente, esse complexo contexto, sucintamente apresentado, provocava tensão ao longo de todo o processo de revisão, pois a todo momento novos elementos surgiam e importantes questões foram perdidas na arena de disputa. Assim, a agenda esteve suscetível a mudanças na linha organizativa pensada até então para a política de atenção básica, e projetos concorrentes àqueles historicamente defendidos no campo da saúde coletiva estiveram presentes nas mesas de negociação.

Em síntese, na correlação de forças, as agendas defendidas pelo CONASS e CONASEMS tiveram maior respaldo político para aprovação diante do conjunto de tomadores de decisão da CIT, em detrimento daquelas defendidas

pelo corpo técnico do DAB. Este se esforçava para defender os princípios e diretrizes da atenção básica, do modelo da ESF como prioritário, do resgate de elementos debatidos entre 2011 e 2016 e de um processo de revisão participativo e plural, que também atendessem às expectativas de trabalhadores e usuários do SUS.

Apesar desse esforço, ao longo de 2017 a agenda ocorreu majoritariamente entre gestores dos três entes, o que foi, inclusive, questionado pelo Conselho Nacional de Saúde. Em resposta, a CIT propôs

consulta pública. Durante 15 dias, foram reunidas 8 901 proposições ao texto em análise, as quais foram apreciadas e parcialmente incorporadas no texto. Em 31 de agosto de 2017 o texto final foi pactuado na CIT.

Vale destacar que, durante todo o processo ocorrido em 2017, a revisão da PNAB foi questionada pelos movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores do SUS. Tais questionamentos englobaram desde a justificativa de revisão em um momento de instabilidade política, econômica e social, até críticas em torno das

propostas em discussão (29, 30). Apesar desse cenário, a agenda de revisão foi concluída, com a publicação da portaria 2 436 de 21 de setembro de 2017, republicada 7 dias depois no anexo XXII da portaria de consolidação nº 02 (7).

PNAB 2017: principais mudanças e inovações

A tabela 2 apresenta uma síntese das principais mudanças ou inovações incorporadas à PNAB em 2017. A nova PNAB publicada em 2017 passou a reconhecer,

TABELA 2. Comparativo entre a PNAB 2011 e a PNAB 2017 segundo eixos temáticos, Brasil, 2018*

Eixos temáticos	PNAB 2011	PNAB 2017
Financiamento de modelos de organização da atenção básica ACS/ACE	Apenas o modelo da ESF era financiado com recursos federais. – ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe). – Definição de oito atribuições para ACS. – Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro. – ACE não compunha equipe de saúde da família/eAB.	– Mantém o financiamento das equipes de saúde de família como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as eAB. – ACS obrigatório na ESF, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe; facultativo na eAB. – Incorpora as atribuições do ACE e acrescenta 11 atribuições comuns entre ACS e ACE; – Atualiza e amplia para 12 as atribuições dos ACS; – Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior).
Integração entre atenção básica e vigilância em saúde	Não mencionava.	Introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos entes e de todos os profissionais.
Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica	Denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo atuar junto à ESF, incluindo equipes ribeirinhas, fluviais e Consultório na Rua.	Denominação alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passando a apoiar, além das equipes de saúde da família, as eAB.
Gerente de atenção básica	Não mencionava.	– Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção como novo membro da equipe, com previsão de apoio financeiro federal. – Gerente deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde.
Composição das equipes	– Equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico /auxiliar de enfermagem e ACS. – Complementarmente, equipe de saúde bucal e NASF. – Sem definições para eAB.	– ACE pode ser incluído na equipe de saúde da família. – eAB deve seguir parâmetros da equipe de saúde da família, sendo facultado compor com ACS e ACE.
Oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB	– Não possuía.	– Incorporada na busca de garantir a oferta de serviços essenciais no âmbito da AB a toda a população e a ampliação da resolubilidade da AB.
Territorialização/vínculo	Usuário só podia se vincular a uma UBS.	É facultado ao gestor possibilitar que o usuário se vincule a mais de uma UBS.
Segurança do paciente	Não mencionava.	– Incorporada como atribuição de todos os membros da equipe.
Regulação	Abordado de forma superficial e pouco clara.	– Atribui aos profissionais a função de contribuir nos processos de regulação do acesso a partir da AB; – Aponta o Telessaúde Brasil Redes e protocolos como ferramentas de apoio à regulação.
Pontos de apoio	Não mencionava.	– Reconhecidos como estrutura da AB para atendimento a populações dispersas, respeitando normas gerais de segurança sanitária.
Carga horária semanal das equipes	– Equipes de saúde da família = 40h. – Cinco tipos de equipe de saúde da família com diferentes composições de carga horária médica.	– Equipes de saúde da família: 40h para todos os membros da equipe. – eAB: 40h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10h por categoria).
Cobertura populacional por equipe	– 3 000 a 4 000 pessoas por equipe.	– 2 000 a 3 500 pessoas, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território.
Educação permanente e formação em saúde	– Distribuídas ao longo do texto, porém não versava sobre formação em saúde e estrutura física para essas ações.	– Incorporadas ao processo de trabalho das equipes, com estrutura física e ambiência adequada para tal. – Incorpora o ensino na saúde, destacando o papel da AB como locus de formação, pesquisa e extensão.
Prazo para implantação de equipes	Não mencionava.	Define 4 meses para implantação de equipes credenciadas em portaria.

*AB = Atenção básica; ACE = agente de combate a endemias; ACS = agente comunitário de saúde; eAB = equipe de atenção básica; ESF = Estratégia Saúde da Família; NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; PNAB = Política Nacional de Atenção Básica; UBS = Unidade Básica de Saúde.

financeiramente, outros modelos de organização da atenção básica que não o modelo da ESF. A ESF ainda mantém-se como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica no Brasil, tendo sido, inclusive, definido valor inferior para o financiamento das novas equipes de atenção básica (eAB). Apesar desse dispositivo, alguns estudos têm sinalizado a preocupação de que tal medida possa causar retrocesso no modelo de organização da atenção básica e, ainda, a provável perda de recursos para outras configurações, em um contexto de retração do financiamento da saúde (30).

Mesmo com o fato de a PNAB 2017 definir que a eAB deva seguir os mesmos princípios e diretrizes previstos para a ESF, e que deva ter caráter transitório, uma crítica que tem se apresentado é a possibilidade de essa equipe não ter, em sua composição, o ACS. Tal crítica é contundente quando se reconhece o papel central do ACS na mobilização e orientação comunitária, assim como na compreensão e inserção territorial (31).

Ainda com relação aos ACS, a nova PNAB amplia suas atribuições, em consonância com a nova redação dada pela lei 13 595/2018 à lei 11 350/2006, que regulamenta o trabalho dos agentes. Essa inovação tem sido questionada por entidades da saúde coletiva e considerada como descaracterização do trabalho do ACS, por priorizar atividades de cunho clínico (30). Embora esse posicionamento seja válido, é importante refletir que a ampliação das atribuições dos ACS é agenda da própria categoria, que pleiteou junto ao Congresso Nacional tais dispositivos, vide o projeto de lei 6 437/2016. Assim, qualquer análise sobre tal agenda requer reflexões mais profundas e o reconhecimento dos elementos e agentes que a impulsionaram.

A PNAB 2017 reconhece, ainda, o papel do gerente de atenção básica, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local, inclusive com apoio financeiro federal. Diversos estudos (32, 33) têm reportado a importância desse agente na composição das equipes de atenção básica. Dados oficiais do Ministério da Saúde apontam a atuação de centenas de gerentes em várias localidades do país.

No que diz respeito à oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados

da atenção básica, reconhecida durante o processo de revisão da PNAB como “carteira de serviços”, é importante destacar que tal agenda foi incorporada com base em informações produzidas nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, que evidenciaram que uma parcela expressiva das equipes de saúde não tem ofertado ações consideradas essenciais e típicas da atenção básica.

Apesar de tal cenário e do fato de inúmeros municípios já terem implantado suas carteiras de serviço, somados à existência de estudos (34, 35) que comprovam que a definição dessas carteiras contribui para a diminuição das iniquidades na oferta de ações e serviços de atenção básica, outros estudos (29, 30) criticam a inovação, definindo-a como um descompromisso com o princípio da integralidade que tendência a configurações em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abertura da agenda de revisão da PNAB 2017 se deu de forma participativa, conciliando a demanda apresentada pela gestão tripartite com a necessidade manifesta nas instâncias de controle social. Entretanto, a intensificação da agenda em um momento político instável fragilizou, sobremaneira, a sustentação técnica dos debates, apesar das poucas aparentes, mas significativas, conquistas no campo das disputas entre a fundamentação técnica e os interesses político-corporativos.

Dessa forma, ao final do processo, publicou-se uma Política fruto da arena de disputas travadas no campo da gestão interfederativa, em que prevaleceram os interesses de parte dos atores, ao passo que algumas inovações defendidas tecnicamente foram incorporadas à Política de forma tímida e superficial. Tal elemento deve despertar maior atenção às propostas vigentes, e ser considerado em futuras análises sobre a implementação da atual PNAB.

Somado a esse fato, o cenário político-econômico brasileiro se coloca como grande desafio à operacionalização da nova Política. A implantação das diretrizes contidas no texto depende de importante indução financeira federal, enquanto

que, na contramão da ampliação do investimento público em saúde, o que se tem de concreto é a sua limitação, vide a emenda constitucional 95/2016, a nova proposta de financiamento do SUS – unificação dos blocos de financiamento –, e a elevação dos gastos na atenção básica com o lançamento do Programa de Informatização de Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde. Entretanto, o grau de prioridade desses programas talvez não seja eminentemente urgente para o atual momento da APS no Brasil e seu desenho parece não ser o mais adequado. Adicionalmente, deve-se considerar nesse cenário a iminência de aprovação de projeto de Emenda Constitucional que propõe a ampliação do piso salarial dos ACS e ACE.

Finalmente, vale ressaltar que a implementação da PNAB não dependerá exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos e econômicos que se fizeram fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da Política. A expectativa é de que esses interesses possam confluir no sentido da efetivação de uma APS acessível e resolutive, fortalecendo o SUS como um todo. A concretização dessa expectativa, contudo, depende substancialmente da participação e do protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil.

Agradecimentos. Os autores agradecem a todos os técnicos do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde envolvidos no processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica.

Conflitos de interesse. Os autores declaram a existência de conflito de interesses, visto serem técnicos do quadro de trabalhadores do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde - Brasil e participantes do processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da *RPSP/PAJPH* ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L. (org) Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.493-545.
3. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301:967-974.
4. OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965. Acessado em 10 de agosto de 2018.
5. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(5): 951-963.
6. Ramirez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonte R. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(10):1875-1890.
7. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acessado em 27 de dezembro de 2017.
8. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2007;14(3):877-906.
9. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 2:e00118816.
10. Paim JS. Descentralização das ações de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
11. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.
12. Haynes A. Health Care in Brazil. *British Medical Journal* 1993;306:503-506.
13. Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde* 2008;16(2):105-115.
14. Almeida ER. A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21633/1/Tese%20ERIKA%20ALMEIDA.%202016.pdf>. Acessado em 20 de dezembro de 2017.
15. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 2005;15(Supl.):225-264.
16. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011;377(9779): Sistema 11-31.
17. Ministério da Saúde. Saúde da Família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acessado em 15 de dezembro de 2017.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2018.
19. Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M. (organizadores). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acessado em 17 de dezembro de 2017.
21. Faria CAP. A política da avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2005;20(59):97-110.
22. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflections on implementation analysis of health policies. *Saúde debate* 2015;39(104): 210-225.
23. Viana LA, Baptista TWF. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
25. Bourdieu P. La sociologia, es una Ciencia. *La Recherche* nº 331, Maio de 2000. Disponível em: <https://metodologia.blogs.sapo.pt/tag/bourdieu> Acessado em 21 de agosto de 2018.
26. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate* 2015;39(107): 1033-1043.
27. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Shweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc. saúde coletiva* 2016;21(9):2685-2696.
28. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(Sup 2):S143-S146.
29. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública* 2017;33(1):1-4.
30. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018;42(116): 11-24.
31. Alonso CMC, Beguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metas-síntese. *Rev. Saúde Pública* 2018;52(14): 1-13.
32. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva* 2009;14(Supl. 1):1541-1552.
33. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* 2007;12(2):443-453.
34. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2017;22(3):783-796.
35. Ney MS, Pierantoni CR, Lapão LV. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde debate* 2015; 39(104): 43-55.

Manuscrito recebido em 14 de janeiro de 2018. Aceito em versão revisada em 7 de setembro de 2018.

ABSTRACT

National primary health care policy in Brazil: an analysis of the review process (2015–2017)

Objective. To describe and discuss events associated with the latest review of the national primary health care (PHC) policy in Brazil (*Política Nacional de Atenção Básica*, PNAB) so as to highlight narratives that may contribute to future analyses focusing on the formulation, implementation, and assessment of this policy.

Method. Participant observation report of the PNAB review process, based on content and document analyses.

Results. The review process of PNAB, which took place between 2015 and 2017, was strongly marked by technical and political dispute between the Ministry of Health and authorities representing municipal and state health departments. The main changes introduced by the new version of PNAB are the financing of other PHC organizational models in addition to the Family Health Strategy; attribution of additional responsibilities to community health agents; introduction of a national set of core and extended PHC services and actions; and introduction of a manager role as part of PHC teams.

Conclusions. Implementation of the revised PNAB, which was the result of inter-federation dispute, will depend on the convergence of interests in a PHC that is accessible and effective, strengthening the Unified Health System. This will substantially require societal engagement and leadership in the fight for the right to health in Brazil.

Keywords Health policy; primary health care; Family Health Strategy; health evaluation; Brazil.

RESUMEN

Política Nacional de Atención Básica en Brasil: un análisis del proceso de revisión (2015–2017)

Objetivo. Presentar y discutir los acontecimientos relacionados con el proceso de revisión de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) en Brasil, de manera de obtener información que pueda contribuir a futuros análisis sobre la formulación, implementación y evaluación de esa política.

Métodos. Se evaluó el relato de la experiencia de los participantes del proceso de revisión de la PNAB a partir del análisis de contenido, complementado por un análisis documental.

Resultados. El proceso de revisión de la PNAB, que tuvo lugar entre 2015 y 2017, presentó marcadas disputas técnico-políticas entre el Ministerio de Salud y las instancias representativas de las secretarías municipales y estatales de salud. Los principales cambios introducidos por la nueva versión de la PNAB son la posibilidad de financiamiento de otros modelos de organización de la atención básica además de la Estrategia Salud de la Familia, la ampliación de las atribuciones de los agentes comunitarios de salud, la construcción de la oferta nacional de servicios y acciones esenciales y ampliadas de atención básica, y la inclusión del gerente de atención básica en los equipos.

Conclusiones. La implementación de la nueva PNAB, fruto de las disputas entabladas en el campo de la gestión interfederativa, dependerá de la confluencia de intereses hacia la efectivización de una atención primaria accesible y resolutive, fortaleciendo el Sistema Único de Salud, lo que requiere la participación y el protagonismo de la sociedad en la lucha por el derecho a la salud en Brasil.

Palabras clave Política de salud; atención primaria de salud; Estrategia de Salud Familiar; evaluación en salud; Brasil.

Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America

Adriano Massuda,¹ César M. S. Tilton,² and Paulo Poli Neto³

Suggested citation

Massuda A, Tilton CMS, Neto PP. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e157. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.157>

ABSTRACT

The year 2018 is an opportune time to explore health system reforms and primary health care (PHC) in Brazil, given the anniversaries of the Alma-Ata Declaration (40 years) and of the Constitution of Brazil (30 years), the basis of the Unified Health System (SUS). In this context, health system analysis in the municipal setting is an important instrument for acknowledging achievements and innovations, as well as weaknesses and threats. Due to the principle of decentralization of SUS, municipalities have assumed a leadership role in health policy development and implementation. The cities also come first in expressing the failures of the health system and the consequences of austerity measures. Thus, analysis of health system transformations at the municipal level are fundamental to studying PHC achievements and gaps.

This report identifies the challenges and innovations of PHC implementation in Curitiba, beginning with a brief history of the city's health system development. The city was a pioneer in linking urban planning with health system design, improving access to health care, and obtaining better health outcomes over the past 30 years. This report covers those years, as well as the challenges and strategies implemented during the most recent political cycle (2013 – 2016). There are substantial lessons that can be garnered from the experience of this middle-income city in Latin America, lessons that may be useful as the region moves toward the Sustainable Development Goal of Universal Health Coverage by 2030.

Keywords

Primary health care; health care reform; international acts; universal health coverage; Brazil; Latin America.

The 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata (1) and the 30th anniversary of the Constitution of Brazil (2), which created the country's *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System; SUS), make 2018 an opportune time to explore health system reforms and the experiences of primary health care (PHC) initiatives.

Both provide substantive lessons in achievements and challenges for Latin America as the region moves towards the Strategic Sustainable Development Goal (SDG) of Universal Health Coverage (UHC) by 2030 (3).

The Declaration of Alma-Ata has been a guiding force for health policies based

on PHC globally; however, distinct meanings emerged according to regional and local contexts. In countries of Latin America, health system reforms were influenced by principles of equity, solidarity, and collective action to overcome social inequalities (4). In Brazil, the SUS was implemented in the early 1990s (5), and soon thereafter, the municipalities assumed a leading role for its expansion (6). PHC has been central to strengthening SUS, particularly through

¹ Harvard T. H. Chan School of Public Health, Harvard University, Boston, Massachusetts, United States of America. Send correspondence to Adriano Massuda, a.massuda@gmail.com

² Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil.

the Family Health Strategy (FHS) introduced by the National Policy for Primary Care (7). Major improvements have been achieved, including expanded coverage, better health outcomes, and reduced health inequalities (8, 9). However, significant disparities persist across geographic areas and among population groups (10, 11).

Furthermore, gaps in PHC functions remain present in Brazil, even where the SUS has had substantial progress (12). The recommendations from Alma-Ata still sound fresh. For many Brazilians, PHC services are not regularly the first level of contact; these services are usually available only where people live, not where they work; and PHC services are frequently unable to start a “continuous health care process” within themselves, less so if specialized services are involved. Such flaws in PHC are worsening rapidly due to the recent economic and political crises and the long-term austerity measures that have followed (13). The cities are where the health system failures are being exposed first (14). Thus, analysis of health system transformations at the municipal level are fundamental to understanding PHC achievements and gaps.

The objective of this report was to identify challenges and innovations in PHC implementation in Curitiba, the capital of the state of Paraná, in southern Brazil. Although this city may not be representative of the entire country, given its very high Municipal Human Development Index (15), it is a notable example of a well-established public health system in a large city in a middle-income country (16) of the Latin America. The historical context of Curitiba’s municipal health system was reviewed, followed by an analysis of recent PHC gaps and the strategies implemented to address them in 2013 – 2016. Data used came from a review of the available literature; government data, including the municipal health plan for 2014 – 2017 (17); annual management reports for 2013 – 2016 (18); and selected health indicators from epidemiologic bulletins (19).

HISTORICAL CONTEXT

Curitiba has been a pioneer in urban planning, urban design innovations, public transportation, and environmental policy. Over time, these advances induced the growth of the municipal health

system (Table 1). PHC services were first implemented in the late 1970s, prompted by the Alma-Ata recommendations to provide alternatives to the hospital for the poor population that had migrated from rural areas to the city. Municipal PHC units provided care based on vertical health programs for population groups and target diseases: child and maternal care, infectious diseases control, and later, some noncommunicable and chronic diseases, such as hypertension, diabetes, and mental health (20).

In the 1990s, with the implementation of the SUS, Curitiba became one of the first cities in the country to assume full responsibility for health system management. The city was divided into “health districts” to organize health planning and coordination (21). PHC coverage gradually increased. In 1992, the Family Medicine concept was introduced through cooperation with the Government of Canada. Since then, a dual model of PHC organization has been in place in the city. The “conventional model,” based on internal medicine physicians, pediatricians, gynecologists, nursing professionals, and community health agents, who cover wider areas, predominated in the central PHC units; and the “family health” model, with each multiprofessional team (including a general practitioner) responsible for a list of territory-defined population, was implemented in new and peripheral PHC units. Curitiba was also a pioneer in the inclusion of dental teams in PHC (20).

From 2000 onwards, health care networks were established. The “Curitibana Mother” program was among the first to coordinate prenatal care between PHC units and maternity hospitals (22). Out-of-hospital services were created following national policies and guidelines for emergency care (*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* and *Unidade de Pronto Atendimento*; UPA) and for mental health (*Centro de Apoio Psicossocial*), among others.

In parallel to the SUS, private health services grew, offering outpatient, hospital, and diagnostic services. From 2000 – 2016, the population covered by private health insurance in Curitiba rose from 38% to 52%.

Since the SUS implementation, there has been a significant improvement in indicators: reduction of infant mortality (Figure 1); reduction of maternal mortality, from 53.6 / 100 000 in 1996 to 23.9 in

2012, and to 8.6 in 2016; control of infectious diseases, such as tuberculosis; elimination of vertical transmission of HIV in 2013; and decrease in the hospitalization rate due to conditions that can be treated by outpatient services (23).

CHALLENGES AT THE MUNICIPAL LEVEL

Despite the advances, Curitiba faces challenges typical of any big city in Latin America. In 1980 – 2013, there was rapid population growth in Curitiba and its metropolitan area, from 1.5 million to 3.5 million people. This demographic transition increased the proportion of those middle-aged and elderly. The epidemiological shifts have resulted in a triple burden of diseases: increased violent deaths—Curitiba was ranked 42nd most violent city in the world in 2013 (24); expansion of chronic noncommunicable diseases, including cardiovascular, cancer, and mental health disorders; and persistence of infectious diseases, with high rates of leptospirosis mortality, late diagnosis of HIV/AIDS, and increasing incidence of congenital syphilis. Meanwhile, the health system expanded in services and management complexity, increasing its costs and requiring permanent innovation capacity, especially in PHC.

Popular demands regarding the municipal health system were one of the drivers for a government change in 2013, with the elected mayor emphasizing participative management, innovation, transparency, and humanization of public policies. The municipal planning for the 4-year period from 2014 – 2017 (17) defined the following five major challenges for the SUS in Curitiba.

1. Lack of access to primary care

Despite the city’s 109 PHC units (in 2013), covering virtually the entire territory, access was a major problem. The predominant model of organization, based on vertical programs, provided medical appointments mostly for individuals who “fit” into the hypertension, diabetes, mental health, and maternal and child health services programs. This left few consultations, offered on a first-come basis, for others. As a consequence, long queues formed in the early morning, before the units even opened for the day, and many people sought care in emergency clinics instead.

TABLE 1. Highlights of the health system in the city of Curitiba, Paraná, Brazil, 1950 – 2016

Context	1950	1970	1980	1990	2000	2010	2016
International		Alma-Ata (1978)			Millennium Development Goals		Sustainable Development Goals
National							
Political	Democracy	Military dictatorship (1964 – 1985)			Impeachment 1991: Fernando Collor; 2016: Dilma Rousseff		
Economy		Growth	Debt	Debt	Growth	Growth	Crisis and austerity
Health system organization		Public Social Security		Unified Health System (SUS)			
National health policies		Hospital-based and public health campaigns	Sanitary reform	SUS implementation	Family Health Strategy and health networks (emergency, mental health, etc.)		shrinkage of the SUS
Local population							
Curitiba	180 575	624 362	1 052 147	1 313 094	1 586 848	1 751 907	1 893 997
Metropolitan area			1 563 880	2 094 260	2 813 237	3 223 836	3 537 894
Local health services							
Health care model	Hospital-based + public health campaigns	First PHC units (vertical programs)	Creation of Municipal Health Secretariat (1986)	Municipalizing of health services	Health Networks ("Curitibana Mother")	Stagnation of PHC growth	New trend of reduction of PHC
Hospital beds (per 1 000)				7.46	6.83	5.93	
Primary care units			10	53	104	109	110
Urgent care units (UPA)					1	8	9
Psychosocial care (CAPS)					1	12	12
Private plans coverage					38.2%	52.0%	52.3%
Local health indicators							
Pregnancies with 7+ prenatal visits				62.6% (1995)	75.1%	89.8%	89.6%
Vaccine coverage (polio)				94.3%	96.5%	98.2%	91.4%
Childbirth by cesarean				48.3% (1994)	48.4%	59.1%	58.8%

Source: Prepared by the authors from study data.

2. Long waiting time to secondary care

The SUS in Curitiba has municipal services for medical and non-medical specialties, and contracts private services for outpatient and diagnostic support. Long waiting lists for consultations with specialists (average was < 3 months, but up to 2 years) was one of the main complaints of the population. Low level of interaction among PHC and secondary care persisted despite some established mechanisms for communication, i.e., a partially-integrated electronic medical records. Most of the specialists' availability was for continuing care, which should be done by the PHC, and only about 10% – 20% were open for new cases. As a result, specialized care was overbooked with patients whose conditions could have been treated by PHC services.

3. Overwhelmed emergency services

Emergency and urgent care were historically performed by hospitals in Curitiba.

In the 2000s, urgent units were created apart from hospitals. In 2013, there were eight urgent care units, the UPAs, offering 24-hr service. However, these services absorbed the failures of the health system, such as the low performance of PHC and lack of hospital beds. As a consequence, the UPAs became points of extreme tension, overwhelmed by simple cases that should be seen by PHC and by severe cases that should be admitted to the hospital.

4. Underuse of information for health evaluation

Even though the health surveillance sector (consisting in epidemiologic, sanitary, and environmental surveillance) was municipalized during the SUS implementation, it lacked integration with the health care units. As a consequence, in spite of having expansive databases and generating a broad range of data, health surveillance was seldomly used for performance evaluation or for improving health care delivery.

5. Fiscal debt and administrative rigidity

The growth of SUS services in Curitiba happened without the corresponding funding from the federal and state governments, requiring increased resources from the municipal treasury. From the early 1990s – 2013, the percentage of municipal revenue for health grew from 7% to around 18%. In 2016, the total budget for health was R\$ 1.62 billion (R\$ 858.26 per-capita; US\$ 268.20), 52% funded by the municipality. Despite the increase in municipal investment, the budget did not cover the total health cost. As a consequence, a fiscal debt of approximately 10% of the annual budget was incurred.

In addition, national and municipal regulations governing human resources created challenges regarding the specifics of diverse professional categories (> 7 500 health professionals hired by the municipality) and services of varying levels of complexity. A public municipal foundation to manage specialized services was created in 2012, but administrative issues for human resources persisted.

FIGURE 1. Infant mortality rate (< 1 year of age) in the city of Curitiba, Paraná, Brazil, 1994 – 2016

Source: Prepared by the authors with data from the Ministry of Health of Brazil, SIM Mortality Information System / SINASC - Information System on Live Births.

INNOVATIONS AT THE MUNICIPAL LEVEL

The key point for the municipal planning of 2014 – 2017 (14) was the redefinition of roles, functions, and organization to enhance the role of PHC in the health system. To develop a more accessible, comprehensive, and efficient PHC, the central idea was inducing the transformation of vertical-based health practices to a horizontal and integrated model of organization based on interaction among health networks in each health district (25). Theoretical and methodological concepts used as references were Starfield's systematization of PHC (26), Campos' "amplified clinic" and participative management (27), and the guidelines of the National Basic Care Policy (7). Several strategies were implemented:

- Provide person-centered care, oriented toward families and communities;
- Stimulate civil and community participation in health care;
- Increase comprehensive care at the PHC units, at home, and in other places, throughout all phases of the lifecycle;
- Minimize the possibility of unexpected harm done to the individual and/or the population by a health intervention;
- Develop health surveillance activities throughout the area under the auspices of the PHC team;
- Develop relationships of attachment and continuity of care between health professionals and the public;
- Coordinate patient care when it involves secondary or tertiary health services.

Improving access

To facilitate the role of PHC as the main gateway to the health system, a set of measures were implemented:

- Reclaiming the role of PHC in acute situations.** The role of PHC units in acute care had been mostly dismissed since the creation of urgent care centers. It was essential that PHC resume its role of assisting in all health requests, including acute situations,

for everyone in its territory. A practical guide was established to guide PHC managers and professional teams in implementing strategies to address acute and chronic needs, offering same-day appointments as a gold standard (29).

- Enhancing nursing clinical care.** To support increased access in PHC, the role of nurses in clinical care was fostered. PHC units were rebuilt so that each nurse would have their own clinical room. In 2012 – 2015, appointments with nurses nearly tripled. This allowed increase of care, even for patients of well-established programs, such as "Curitibana Mother." The number of prenatal care appointments per pregnancy increased from 6.44 to 7.42 from 2012 to 2016 (18). It also enabled offering more medical appointments for acute situations (Figure 2).
- Priority for the family health model.** Some PHC units were changed from the conventional model to the Family Health model. Thus, the number of Family Health units increased from 55 of the 109 PHC units in January 2013, to 66 of 110 PHC units in 2016, expanding from 185 to 225 Family Health teams in the city.

Definition of a new normative framework

A normative framework for the role of PHC in the health system was established by a Municipal Decree in 2013 (28). It redefined guidelines and set common goals for all PHC services in Curitiba to:

- Be the main gateway to the SUS of Curitiba;

FIGURE 2. Number of primary health care medical and nursing appointments in Unified Health System (SUS), city of Curitiba, Paraná, Brazil, 2012 – 2016

Source: Prepared by the authors with data from annual Government Reports of the Curitiba Municipal Health Secretariat (16).

d. **Reorganization of appointment scheduling.** Several strategies were developed to increase access to care at PHC units: avoidance of scheduling too far in advance (no more than 2 months ahead); allowing people to get appointments within 48 hours of the request; reducing the use of a pre-evaluation room (with low resolution capacity); and incentives for scheduling by telephone or e-mail (implemented by some units).

e. **Extended hours at PHC units.** Some PHC units (up to 11 of the 109, at least one in each health district) extended their hours of operation from 6:00 p.m. to 10:00 p.m. in order to serve the public beyond the typical working hours and to reduce the likelihood that those with urgent requests treatable by the PHC would seek care at an urgent care center.

f. **Reduction of organizational barriers.** Previously, a person was only granted full registration with the city health system after their address was confirmed by meeting with the

Community Health Agent for the given area. Typically, this would happen days or weeks after the initial request. Instead, this requirement was replaced by full registration upon request at the PHC unit with just a few simple documents.

g. **Priority for vulnerable groups.** Emphasis on access for vulnerable groups that did not often visit the health units. In 2013, four multi-professional teams of “Mobile Clinics” (*Consultórios na Rua*) were created to provide PHC for the homeless population, estimated to be about 4 000 people living in several parts of Curitiba, but mostly in the central area.

Service portfolio for PHC

A portfolio of services was created, explaining the actions offered by the PHC units and detailing the expected comprehensiveness of each health team. The portfolio consists of two guides, one describes the municipal SUS to its users; the other, provides a profile of PHC services

for health professionals. In addition, the portfolio has begun to serve as a basis for organizing continued education for staff and for procuring new equipment (30, 31). The purpose of the services portfolio was to:

- Provide comprehensive performance.** Some procedures that had been performed by PHC decades ago, by 2013 were rare and required reinstating: removal of cerumen from the ear, small wound sutures, minor surgeries, cauterization, biopsies, insertion of intrauterine devices, alcoholic detoxification, handling of common musculoskeletal problems, common mental health issues (e.g., anxiety), etc. These interventions started to be monitored in each PHC unit, revealing differences according to model of care (Table 2).
- Guide technical and material support.** Part of the continuing education of health professionals was directly linked to the use of new equipment, such as electrosurgery devices and spirometers

or digital electrocardiograms, but most was directed toward broadening the clinical care capability of each professional on a multiprofessional PHC team. A fundamental step in this process was training professionals to offer new services. This was accomplished gradually in a variety of ways by each health district and PHC unit.

Coordination of care

In a complex health system with different specialized services operating under various organizational logistics (emergency, mental health, hospital, outpatient specialties, etc.), PHC must play a fundamental role in coordination. Several strategies were developed to improve this capacity (Figure 3):

- a. **Collaborative care.** Collaborative care in the PHC multiprofessional teams was fostered, along with expanding the clinical roles of all of its professionals—even pharmacists who had rarely assisted patients directly before. Collaboration was boosted by greater proximity of physicians' and nurses' offices at the units. Common health issues that are better tackled by a collaborative effort required that each professional's role be clarified; for example, actions to be taken by nutritionists, physical educators, and physicians caring for a person with obesity, or interventions by psychologists, nurses, and physicians when assisting a person who has attempted suicide.
- b. **Technical and pedagogical specialized support for PHC in loco.** Family Health Support Groups (*Núcleo de Apoio à Saúde da Família*; NASF) provide specialized support for PHC. NASF is composed of multiprofessional teams: nutritionists, pharmacists, physical educators, physiotherapists, and psychologists. Other specialists, such as pediatricians, gynecologists, psychiatrists, infectiologists, and gerontologists were included according to local needs and to enhance the comprehensiveness of the NASF. Each NASF was charged with supporting PHC teams in a given geographic area. Clinical care actions (individual or in group) were encouraged, in addition to collective care/educational roles. Also, case management and review of waiting lists of patients referred for secondary care led to improved clinical competence in PHC.
- c. **Clinical regulation of referrals to specialties.** As there were many waiting lists, those not in charge of NASF were monitored with different strategies, aiming to achieve waiting list management according to clinical priorities and vulnerability. Even though an existing computer system was being used to organize the queues, this was done passively, and there were so many cases marked "priority," that any case not marked as such would not be able to get an appointment. Gradually, from 2013 onward, these virtual queues became "actively" regulated, leading to shorter waiting times for most. Experiences of clinical regulation were implemented through in-person or virtual evaluation. For example, in early 2013, there were 763 pregnant women who were waiting up to 4 months for specialized prenatal care due to risks identified at PHC. With rapidly-implemented, in-person evaluations of all of them, continuous monitoring of the virtual queue, and fast track strategies to prioritized cases, the waiting times were reduced to a few weeks (18).
- d. **Virtual regulation by tele-health.** This experience started with neurology. Every referral from PHC to secondary care had to be virtually discussed with a dedicated team of family physicians who were supported by the neurologists of a tertiary-level teaching hospital, using the Tele-health (*Telessaúde*) national software. Cases treatable at PHC received adequate care and were not put on the wait list; while situations with higher complexity or red flags were addressed promptly by neurologists and/or specialized exams. A few months after implementation, in 2013, the wait for a new appointment with a neurologist dropped from almost 2 years to less than 1 month (32).
- e. **Improvement in referrals and counter-referrals.** Regulation between PHC and specialized care also resulted in educational opportunities for health professionals and important changes in referral behavior: reduction of referrals by PHC to secondary care and an increased counter-referrals by secondary and tertiary care to PHC.

TABLE 2. Primary health care (PHC) units performing select procedures, according to model of care (family health or conventional PHC unit), in the city of Curitiba, Paraná, Brazil, 2014

	Total (%)	Family health units (%)	Conventional units (%)
Suture	53.1	68.5	33.3
Abscess drainage	57.3	81.5	26.2
Ingrown nail surgery	41.2	61.1	16.7
Skin biopsy	32.3	44.4	30.9
Subcutaneous procedure	21.9	33.3	7.1
Ear wax removal	69.8	96.3	35.7
Intrauterine device insertion	73.9	74.1	73.8
Wart cauterization	61.5	70.4	50.0
Bladder cateter	98.9	100.0	97.6
Nasogastric tube	89.6	94.4	83.3
Special wound dressing	85.4	92.6	76.2
Unerrupted teeth	36.4	35.2	38.1

Source: Prepared by the authors with 2014 data from the City of Curitiba, Department of Primary Care, Curitiba Municipal Health Secretariat.

LOOKING AHEAD

Exploring the local experiences of innovative municipalities in decentralized health systems provides outstanding contributions to understanding health systems in the Latin American context. In Curitiba, the historical analysis highlights the key role of urban planning in the implementation of PHC, influenced by the Alma-Ata recommendations before there were any national policies for the area. After 40 years, the expansion of PHC changed the model of hospital-based health care. However, the sub-optimal functioning of PHC is an

FIGURE 3. Regulation of referrals from primary health care to specialized care, mediated by family health support groups (NASF) teams or tele-health, in the SUS of the city of Curitiba, from 2014 to 2016

Source: Prepared by the authors from study data.

important cause of health system failures, requiring permanent capacity for innovation.

The prioritization of PHC in the health system in Curitiba, together with the introduction of the innovative practices described in this report, produced increased access, improved performance, and better coordination of care by PHC teams. The investment in improving professional clinical skills and the ability to work through multiprofessional teams in health networks that interact with the various specialized care services were some of the more successful measures taken.

However, more than organizational changes, health system innovation involves the transformation of people and cultures, demanding time and continuity to become well established.

Thus, the structural weaknesses of SUS, aggravated by austerity, threaten the achievements so recently obtained. Sadly, disruption of successful health policies and reduction of public health services are underway in Brazil (13, 33).

Finally, we highlight the fundamental role of international guidelines for health systems in hard times. In the midst of a military dictatorship, Alma-Ata's recommendations promoted the first experiences of PHC in Brazil. Today, in a context of austerity, the SDGs reaffirm the right to universal health care—not just basic packages for the poor—to prevent setbacks and to enable better health for all.

Acknowledgements. We would like to thank the City of Curitiba and all the SUS

health professionals working in primary health care in 2013 – 2016.

Conflicts of interest. Adriano Massuda was Secretary of Health in Curitiba from January 2013 – July 2015. César M. S. Tilton was Secretary of Health in Curitiba from August 2015 – December 2016. Paulo Poli Neto was Director of the Primary Care Department at the Secretariat of Health of Curitiba from January 2013 – April 2016. The authors declare no other conflicts of interest.

Disclaimer. Authors hold sole responsibility for the views expressed in the manuscript, which may not necessarily reflect the opinion or policy of the RPSP/PAJPH and/or PAHO.

REFERENCES

- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Available from: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Accessed 20 January 2018.
- Brazil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Available from: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Accessed 20 January 2018.
- Pan American Health Organization. Resolution CD53.R14: Strategy for universal access to health and universal health coverage. Proceedings of the 53rd Directing Council, 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington, DC: PAHO; 2014.
- Atun R, De Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230–47.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778–97.
- Viana AL, da Silva HP, Yi I. Universalizing health care in Brazil: Opportunities and challenges. Geneva: UNRISD; 2015.
- Brazil, Ministry of Health. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html Accessed 20 January 2018.
- Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001692.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PD, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010;29(12):2149–60.
- Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Affairs*. 2017;36(1):149–58.
- Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306.
- Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, de Almeida PF, de Mendonça MH, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2 Suppl):S60.
- Massuda A, Hone T, Leles FA, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829.
- Watts J. Brazil's health system woes worsen in economic crisis. *Lancet*. 2016;16;387(10028):1603–4.
- United Nations Development Program, the Institute for Applied Economic Research, João Pinheiro Foundation. Atlas of human development in Brazil. 2013. Available from: www.atlasbrasil.org.br/2013/en/perfil_m/curitiba_pr/ Accessed 20 January 2018.
- Mills A. Health care systems in low-and middle-income countries. *New Engl J Med*. 2014;370(6):552–7.
- Curitiba Municipal Health Secretariat. Municipal health plan 2014 – 2017. Available from: www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano_curvas.pdf Accessed 20 January 2018.
- Curitiba Municipal Health Secretariat. Government reports 2013 – 2016. Available from: www.saude.curitiba.pr.gov.br/asecretaria/relatorios-de-gestao.html Accessed 20 January 2018.
- Curitiba Municipal Health Secretariat. Epidemiologic Bulletin. January 2014. Available from: www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/BoletimEpidemiologico%202013.2.pdf Accessed 20 Jan 2018.
- Massuda A. Construindo novos caminhos para a reforma na saúde: reflexões sobre a prática da formulação e implementação de mudanças na gestão e no modo de produção de práticas de saúde no SUS em Curitiba [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
- Moyses SJ, Oliveira CA, D'angelis MA, Paciornik EF. A construção social do distrito sanitário. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moyses SJ, eds. *Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: Cebes; 2001.
- Jimenez EJB, Simão MBG, Shimazaki ME. Programa Mãe Curitibana: avançando na humanização da atenção materno-infantil. *Divulg Saúde Debate*. 2004;30:21–29.
- Afonso MP, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017;17(12):e015322.
- Brazilian Forum of Public Security. Statistical yearbook of public security. 2017. Available from: www.forumseguranca.org.br/atividades/anuario Accessed 27 July 2018.
- Massuda A, Poli Neto P, Drehmer V. A atenção primária à saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. In: Souza MF, Machado MS, Mendonça AVM, eds. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. Pp. 121 – 77.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Accessed 16 August 2018.
- Campos GWS, Guerreiro AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Municipality of Curitiba. Decree 560: dispõe sobre regulamentação da atenção primária à saúde na Secretaria Municipal da Saúde. Available from: http://mediaenterprise.dohmsweb.com.br/mediafiles/sismuc.org.br/legislacao/264_1271.pdf Accessed 16 August 2018.
- Curitiba Municipal Health Secretariat. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Available from: http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf Accessed 20 July 2018.
- Curitiba Municipal Health Secretariat. Carteira de serviços: guia para profissionais de saúde. Relação de serviços e condições abordadas na APS. Available from: www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Manual%2014abr14.pdf Accessed 20 July 2018.
- Curitiba Municipal Health Secretariat. Carteira de serviços do SUS em Curitiba. Available from: www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Apostila%20Sus_14jan14_VISUALIZACAO.pdf Accessed 20 July 2018.
- Poli Neto P, Bagatelli RC, Silveira ME, Ribas LFO, Mulinari RA. Telessaúde na regulação da neurologia em Curitiba. In: Moyses SJ, Silveira Filho AD, eds. *A gestão participativa na saúde de Curitiba*. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública; 2016. Pp. 49 – 60.
- Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med*. 2018;15(5):e1002570.

Manuscript received on 14 January 2018. Accepted for publication on 10 August 2018.

Recordando a Alma-Ata: desafíos e innovaciones en la atención primaria de salud en una ciudad de ingresos medios en América Latina

RESUMEN

El año 2018 es un momento oportuno para explorar las reformas del sistema de salud y la atención primaria de salud (APS) en Brasil, dados los aniversarios de la Declaración de Alma-Ata (40 años) y de la Constitución de Brasil (30 años), las bases del Sistema Único de Salud (SUS). En este contexto, el análisis del sistema de salud en el ámbito municipal es un instrumento importante para reconocer los logros e innovaciones, así como las debilidades y amenazas. Debido al principio de descentralización del SUS, los municipios han asumido un papel de liderazgo en el desarrollo y la implementación de políticas de salud. Las ciudades también son las primeras en expresar las deficiencias del sistema de salud y las consecuencias de las medidas de austeridad. Por lo tanto, el análisis de las transformaciones del sistema de salud a nivel municipal es fundamental para estudiar los logros y las brechas de la APS.

Este informe identifica los desafíos y las innovaciones de la implementación de la APS en Curitiba, comenzando con una breve historia del desarrollo del sistema de salud de la ciudad. La ciudad fue pionera en vincular la planificación urbana con el diseño del sistema de salud, mejorar el acceso a la atención sanitaria y obtener mejores resultados de salud en los últimos 30 años. Este informe se enfoca en ese periodo, así como los desafíos y las estrategias implementados durante el ciclo político más reciente (2013-2016). Hay lecciones sustanciales que se pueden obtener de la experiencia de esta ciudad de ingresos medios en América Latina, que pueden ser útiles a medida que la región avanza hacia el Objetivo de Desarrollo Sostenible de la cobertura universal de salud para el año 2030.

Palabras clave

Atención primaria de salud; reforma de la atención de salud; actos internacionales; cobertura universal de salud; Brasil; América Latina.

Relembrando Alma-Ata: desafios e inovações na atenção primária à saúde em uma cidade de renda média na América Latina

RESUMO

O ano de 2018 é um momento oportuno para explorar as reformas do sistema de saúde e atenção primária à saúde (APS) no Brasil, considerando os aniversários da Declaração de Alma-Ata (40 anos) e da Constituição do Brasil (30 anos), as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, a análise do sistema de saúde no cenário municipal é um instrumento importante para reconhecer realizações e inovações, bem como fraquezas e ameaças. Devido ao princípio de descentralização do SUS, os municípios assumiram um papel de liderança no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde. As cidades também são as primeiras a expressar os fracassos do sistema de saúde e as consequências das medidas de austeridade. Assim, a análise das transformações do sistema de saúde no nível municipal é fundamental para o estudo das conquistas e lacunas da APS.

Este relatório identifica os desafios e inovações da implementação da APS em Curitiba, começando com uma breve história do desenvolvimento do sistema de saúde da cidade. A cidade foi pioneira em vincular o planejamento urbano com desenho dos sistemas de saúde, melhorando o acesso aos serviços de saúde e obtendo melhores resultados de saúde nos últimos 30 anos. Este relatório abrange esses anos, assim como os desafios e estratégias implementados durante o ciclo político mais recente (2013-2016). Há lições substanciais que podem ser extraídas da experiência desta cidade de renda média na América Latina, lições que podem ser úteis à medida que a região avança em direção ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável da cobertura universal de Saúde até 2030.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; reforma dos serviços de saúde; atos internacionais; cobertura universal de saúde; Brasil; América Latina.

Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas

Sylvia Grimm,¹ Alexandre Padilha,² Katia Cristina Bassichetto¹ e Margarida Lira¹

Como citar

Grimm S, Padilha A, Bassichetto KC, Lira M. Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e183. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.183>

RESUMO

O presente artigo relata a institucionalização do monitoramento de indicadores sobre o desempenho da atenção primária à saúde (APS) em uma grande metrópole das Américas, com 7 milhões de usuários no sistema público de saúde. A partir da experiência de desenvolvimento e uso, há 16 anos, do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foi desenvolvido o Painel de Gestão da Atenção Básica, fornecendo um conjunto de indicadores selecionados sobre o comportamento desse nível de atenção ao longo do tempo. O Painel de Gestão foi incorporado à reorganização da governança, envolvendo dirigentes e técnicos dos diversos níveis, capacitados com um método de cogestão de organizações, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). A experiência de uso desse Painel de Gestão aumentou também a efetividade na comunicação das informações do Painel de Monitoramento, apoiando a implementação de mudanças no modelo de organização para consolidar os atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado na APS. A robustez da série histórica dos dados e o envolvimento dos implementadores dessa iniciativa fortaleceram a confiança das equipes na utilização das informações geradas. A metodologia de monitoramento captou mudanças no período em análise, orientando os envolvidos quanto às diferenças entre regiões intramunicipais. O monitoramento é prática que possibilita a utilização ágil e oportuna de dados secundários, fundamental para o enfrentamento dos problemas evidenciados.

Palavras-chave

Políticas públicas; avaliação em saúde; atenção primária à saúde; indicadores de saúde; Brasil.

Avaliar o desempenho das políticas no campo da saúde tem sido uma expectativa presente na atividade complexa de gestão dos serviços de saúde, considerando a necessidade de maior

efetividade e eficiência. Experiências de monitoramento e avaliação têm ganhado protagonismo como práticas orientadoras das ações em curso, tornando-se importantes ferramentas gerenciais para o aprimoramento de políticas públicas (1–4).

Desde a Declaração de Alma-Ata, a proposta de “Saúde para todos no ano 2000”, entre tantas outras iniciativas, tem gerado mobilização política

e social e contribuído para a construção de conceitos que se concretizaram em diversos modelos de expansão da cobertura e organização da rede de atenção primária à saúde (APS) (5). Entretanto, no município de São Paulo, Brasil, onde 7 milhões de usuários utilizam a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) anualmente (6, 7), esse processo passou por aproximações e distanciamentos dos preceitos

¹ Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenação de Epidemiologia e Informação, São Paulo (SP), Brasil. Correspondência: Sylvia Grimm, sy.grimm@gmail.com

² Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas (SP), Brasil.

estabelecidos nesses movimentos, com experimentação de diversos modelos de organização de serviços em períodos bem marcados.

No início dos anos 1980, a primeira expansão foi baseada no modelo de ações programáticas em saúde, com organização dos serviços de atendimento baseada em análise de riscos epidemiológicos. Esse modelo foi definido de forma centralizada, entendendo a APS como parte de uma rede de serviços hierarquizada por níveis de complexidade (8). No início da década de 1990, exatamente quando se iniciava a implementação do SUS em todo o Brasil, o município de São Paulo se afastou das suas diretrizes e estabeleceu uma rede própria de serviços de APS, adotando um modelo de contratação de cooperativas médicas privadas, com características de acesso não universal e fortemente voltado para especialidades médicas, denominado Plano de Atendimento à Saúde (PAS) (9).

No início dos anos 2000, o município de São Paulo retomou o compromisso com os princípios do acesso universal e o governo local passou a assumir a gestão do conjunto de unidades da rede de APS. Em parte dessas unidades, foi implantado o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), que inseria médicos de família e agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes (10). Na segunda metade dessa mesma década, visando à ampliação do acesso, foi implantado um modelo de unidades de pronto-atendimento, denominadas Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Esse modelo, entretanto, não permitia a longitudinalidade no acompanhamento dos casos atendidos, sendo que muitas dessas unidades compartilhavam os espaços físicos das equipes da rede de APS existente, competindo com o modelo estabelecido até então (11).

A partir de 2011, os governos municipais no Brasil passaram a ser incentivados técnica e financeiramente pelo Ministério da Saúde, e orientados pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do SUS (12), no sentido de recuperar e reafirmar a experiência da ESF, pautada pelos atributos da APS, como apresentado no relatório global de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (13). A PNAB tem como pilares o acesso aberto e acolhedor, considerando as necessidades dos usuários, a organização multiprofissional do processo de

trabalho, a base territorial e comunitária da cobertura populacional e o esforço de constituir a APS como centro de uma rede de atenção coordenadora do cuidado (12). Tal modelo passou a influenciar a reorganização da APS no município de São Paulo, cuja rede incluía, naquele momento, 453 unidades básicas de saúde (UBS), com 4,4 milhões de pessoas atendidas pela ESF, 98 AMA, cerca de 9 milhões/ano de consultas médicas básicas e mais de 20 milhões de receitas atendidas pela rede municipal do SUS (6, 7). Essa reorganização ocorreu em um contexto de profunda desigualdade, com influência dos determinantes sociais em saúde no acesso aos serviços e nas formas de adoecimento, resultando em realidades distintas na mesma cidade (14).

Como parte do enfrentamento desses desafios, o órgão gestor da saúde no município de São Paulo, no período de 2013 a 2016, estabeleceu algumas estratégias prioritárias para o fortalecimento da APS: o Plano Estratégico de Gestão e Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e um acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Brasil (15). Tais estratégias se desdobram em quatro ações: 1) desenvolvimento de um programa de investimento em infraestrutura nas UBS; 2) adesão e implementação do Programa Mais Médicos (PMM) (16) direcionado às UBS que apresentavam maior dificuldade no provimento desses profissionais; 3) reorganização dos processos de trabalho das AMA, integrando-as às equipes das UBS, tendo como pressupostos os atributos do acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, territorialização comunitária e coordenação do cuidado, como previsto no documento municipal de diretrizes, amplamente discutido nas instâncias de participação da comunidade e em consulta pública eletrônica (17); e 4) desenvolvimento, em parceria com a OPAS, de um processo de educação permanente com cerca de 300 profissionais de saúde da própria rede municipal e das estruturas de gestão envolvendo as instituições formadoras (18, 19).

Essa demanda se constituiu como uma oportunidade de disponibilizar todo um conhecimento acumulado no desenvolvimento de um instrumento de monitoramento para apoio à tomada de decisão, o Pannel de Monitoramento da SMS-SP (20, 21), existente desde 2001. O Pannel

em questão utiliza uma metodologia adequada para o monitoramento, tendo o período mais recente disponível como o centro da sua análise. É disponibilizado em rede para gestores e técnicos por meio de um aplicativo, o que facilita a interface com os usuários e automatiza a obtenção de relatórios específicos.

No mesmo período (2013-2016), foi implantado o Colegiado de Gestão da SMS-SP, coordenado pelo secretário municipal de saúde à época, que envolveu as áreas da atenção básica e de média e alta complexidade, regulação, urgência e emergência, vigilância em saúde e os respectivos gestores das seis regiões intramunicipais de saúde, subdivididas em 26 supervisões locais. A frequência de reuniões era semanal, intercalando-se momentos presenciais e por videoconferência para reduzir o afastamento dos gestores das respectivas regiões de saúde. Nesse Colegiado, o Pannel de Gestão da Atenção Básica passou a ser pautado mensalmente, permitindo a divulgação, debate e análise de resultados. Essa iniciativa teve como pressupostos a necessidade de aumentar a efetividade nas comunicações dos resultados das ações e ampliar a oferta de conteúdos e condições para apoio de gestores e técnicos nos diferentes níveis do sistema de saúde municipal na tomada de decisão, fundamental para o enfrentamento das desigualdades observadas.

O objetivo deste artigo é apresentar a experiência de institucionalização do monitoramento como estratégia de acompanhamento das ações propostas para o fortalecimento da APS no município de São Paulo, no ano de 2016, por meio da construção e utilização do Pannel de Gestão da Atenção Básica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O Pannel de Gestão da Atenção Básica pode ser definido como um conjunto de dados referentes a indicadores selecionados, analisados ao longo de período estabelecido para fins de monitoramento de aspectos estratégicos. O processo de trabalho para a construção desse Pannel de Gestão da Atenção Básica envolveu a formação de um grupo de trabalho sob responsabilidade da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), com representantes da então Coordenação da Atenção Básica, das áreas técnicas que faziam interface com a atenção básica e da assessoria do gabinete. Esse grupo

fez uma revisão crítica de cada ação para a escolha de indicadores que representassem a síntese dos diferentes aspectos a serem monitorados, levando em conta os critérios de validade, oportunidade, disponibilidade, desagregação e governabilidade, importantes para a prática do monitoramento (22), privilegiando o uso de dados secundários, disponibilizados pelas diferentes áreas e demais sistemas de informação de interesse. A partir dos temas escolhidos (consultas médicas, odontológicas e de enfermeiros, agenda, recursos humanos, ouvidoria e suprimentos) foram selecionados 21 indicadores (15) (figura 1).

Foi também definido o período a ser considerado como série histórica (2012 a 2016) e as unidades de medida dos indicadores selecionados (razões, números médios anuais e proporções). Para a análise dos indicadores, foi utilizada a metodologia estatística existente no aplicativo do Painel de Monitoramento da SMS-SP: desempenho de cada indicador nos últimos 7 meses em relação à série histórica e tendência nos últimos 48 meses. Essa metodologia permite captar e sinalizar oportunamente situações de desempenho indesejável dos indicadores acompanhados e realizar uma previsão futura, utilizando modelo Holt-Winters aditivo

ou da média móvel simples centrada e apontar situações de tendência e sazonalidade após testar significância estatística. O desempenho dos indicadores também é analisado por meio do controle estatístico do processo para identificar de forma eficaz alterações bruscas nos processos analisados. O Painel de Monitoramento tem passado por contínuos processos de atualização e aprimoramento, sendo que o mais recente contou com o apoio da OPAS na contratação de consultoria específica (23). Os dados anuais e mensais, desempenhos e tendências dos indicadores têm sido apresentados em um único quadro para facilitar a compreensão da análise a ser efetuada (15) (figura 2).

Para a apresentação mensal do Painel de Gestão da Atenção Básica no Colegiado de Gestão da SMS-SP, os indicadores selecionados eram disponibilizados previamente, em forma de eslaides, para todos os participantes. Isso facilitava a possibilidade de uma discussão ampliada e descentralizada, alcançando os gestores dos diferentes níveis do sistema, já que também se utilizava a estratégia de teleconferência.

Apesar de o Painel de Gestão da Atenção Básica conter vários indicadores, para este estudo optou-se por apresentar

somente um deles: “número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica”, por representar, ao mesmo tempo, tanto um aspecto de acesso como de mudança de modelo de atenção à saúde (que estava sendo buscada). Optou-se, ainda, por apresentar o indicador para o município de São Paulo e para as coordenadorias regionais de saúde em dois períodos distintos, que correspondiam à primeira e à última discussão no Colegiado de Gestão (22 de fevereiro de 2016 e 28 de novembro de 2016), ainda que estes não sejam completamente equivalentes, como recomendado para estudos comparativos. Essa opção teve como objetivo apresentar de forma mais clara as mudanças ocorridas em cada espaço durante o ano de monitoramento (2016).

Os seguintes procedimentos foram incluídos no indicador “número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica”, com o respectivo código da Tabela Unificada do SUS (SIGTAP) (disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>): consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento) (0301010013), consulta com identificação de casos novos de tuberculose (0301010021), consulta médica em atenção básica (0301010064), consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (0301010080), consulta para avaliação clínica do fumante (0301010099), consulta de pré-natal (0301010110), consulta puerperal (0301010129), consulta/atendimento domiciliar na atenção básica (0301010137), atendimento para indicação/fornecimento de diafragma uterino (0301040010) e atendimento para indicação/fornecimento e inserção do DIU (0301040028).

Esperava-se que as equipes das UBS assumissem de modo continuado o cuidado das pessoas que até então eram atendidas no modelo de pronto-atendimento. Nesse sentido, para ilustrar a mudança ocorrida, são apresentados os resultados da evolução do indicador selecionado no período, considerando a situação em 2015 e 2016 (anterior e posterior à implantação das diversas iniciativas para o fortalecimento da APS), por meio das análises de desempenho e de tendência, comparando-se os dois momentos considerados.

A experiência aqui apresentada se configurou como uma iniciativa de aprimoramento da gestão, com o uso de dados

FIGURA 1. Elenco de indicadores do Painel de Gestão da Atenção Básica, Município de São Paulo, Brasil, 2016^a

1	Reclamações na Ouvidoria
2	Solicitações de serviços na Ouvidoria
3	Consultas Médicas Básicas (Urgência e Não Urgência)
4	Consultas Médicas Básicas não Urgência
5	Consultas Médicas de Urgência em Clínica Básica
6	Consultas Médicas de Urgência Especializada (Hospitais, AMA 24h, UPA, PA, PS)
7	Primeira Consulta Odontológica
8	Consulta Enfermeiro
9	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)
10	Consultas Ofertadas na atenção básica (agenda)
11	Consultas Agendadas na atenção básica
12	Tempo médio de espera na atenção básica (dias)
13	Perda primária na Atenção Básica
14	Absenteísmo na Atenção Básica
15	7 ou mais Consultas de Pré Natal realizadas entre nascidos em hospitais SUS
16	Médicos Existentes nas Unidades AB
17	Médicos Contratados para unidades AB
18	Itens por faixa de desabastecimento - 0 – 10% de unidades (medicamentos e MMH)
	Itens por faixa de desabastecimento - 11 – 30% de unidades (medicamentos e MMH)
	Itens por faixa de desabastecimento - 30% e mais de unidades (medicamentos e MMH)
19	Solicitações de Suprimentos na Ouvidoria
20	IDM -% adesão -% hs contratadas/previstas -% hs presentes/contratadas
21	Solicitações de consultas médicas especializadas pela AB

^a Reproduzido de (15), com autorização. AB: atenção básica; AMA: Assistência Médica Ambulatorial; MMH: material médico-hospitalar; PA: pronto atendimento; PS: pronto socorro; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

FIGURA 2. Apresentação sintética dos dados anuais e mensais, desempenhos e tendências obtidas pelo Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde (série externa), município de São Paulo, Brasil, novembro de 2016^a

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	2012	2013	2014	2015	Ago/2016	Set/2016	Out/2016	Desempenho	Tendência
	Razão de Consultas por Habitantes				Nº				
Consultas Médicas Básicas (Urgência e Não Urgência)	1,46	1,46	1,31	1,21	1.455.706	1.348.126	...		
Consultas Médicas Básicas não Urgência	0,67	0,66	0,67	0,67	890.963	814.435	...	Bom, 7 pt acima	⬆
Consultas Médicas de Urgência em Clínica Básica	0,79	0,79	0,64	0,54	564.743	533.691	...	Estável	⬇
Consultas Médicas de Urgência Especializada	0,49	0,50	0,48	0,46	450.363	448.909	...		
Primeira Consulta Odontológica	0,06	0,05	0,04	0,04	42.901	39.041	...	Estável	
Consulta Enfermeiro	0,25	0,25	0,27	0,30	342.967	321.815	...	Bom, 7 pt acima	⬆
Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	0,46	0,47	0,46	0,44	4.665	4.313	...		
	Número Médio Mensal				Nº			Desempenho	Tendência
Consultas Ofertadas na atenção básica (agenda)	734.625	760.806	766.160	729.332	983.947	872.683	798.082	Bom, 7 pt acima	⬆
Consultas Agendadas na atenção básica	635.801	679.685	705.300	718.922	1.044.038	940.166	862.132	Excelente, 7 pt acima	⬆
Tempo médio de espera na atenção básica (dias)	34	32	29	25	14	14	14	Bom, 7 pt abaixo	⬇
	Número médio Semanal				Semanas 45, 46 e 47			Desempenho	Tendência
Reclamações na Ouvidoria	...	...	...	176	194	221	177		⬆
Solicitações de serviços na Ouvidoria	...	...	...	299	348	378	278		
Solicitações de Suprimentos na Ouvidoria	...	...	...	71	515	663	554	Alerta, 7 pt acima	⬆
	Proporção							Desempenho	Tendência
Perda primária na Atenção Básica	26,6	20,2	17,1	12,8	14,0	13,4	13,5	Bom, 7 pt abaixo	⬇
Absenteísmo na Atenção Básica	31,1	30,2	29,0	27,9	27,3	27,8	28,7	Bom	⬇
Solicitações de consultas médicas especializadas pela AB	24,5	22,3	21,1	19,7	14,4	15,6	15,1	Bom, 7 pt abaixo	⬇
Consultas de Pré Natal realizadas entre Nascidos em Hospitais SUS	67,8	69,1	68,8	70,4	76,5	...	...	Melhoria	⬆

^a Reproduzido de (15), com autorização.

secundários e indicadores tradicionalmente utilizados em saúde. Dessa forma, não houve necessidade de submissão deste projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP.

RESULTADOS

A figura 3 mostra o desempenho do indicador “número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica” no município de São Paulo durante todo o período analisado, bem como os meses que deram origem aos resultados apresentados na tabela 1. No período analisado, janeiro de 2012 a dezembro de 2015, anterior à implantação das ações planejadas para a reestruturação da APS, não se verificou tendência de aumento ou de redução significativa ou algum desempenho (figura 3).

Na figura 3B, referente ao período de outubro de 2012 a setembro de 2016,

pode-se observar um incremento gradativo e mensal do número de consultas, apontando uma tendência de aumento significativa, considerando todo o período. O desempenho, no momento desta etapa de monitoramento (informações até setembro de 2016), apresentava-se como “bom”, com 7 pontos acima da média. Contribuíram para esse resultado os meses de março a setembro de 2016. Além dos 7 meses já citados que apresentaram valores acima da média no período analisado, foram observados 4 meses (março, junho, julho e setembro de 2016) com valores entre 1 e 2 desvios padrão (DP) e 1 mês (agosto de 2016) com valor entre 2 e 3 DP calculados a partir da média.

Na tabela 1 pode-se observar que a variação percentual do “número de consultas básicas exceto urgência” foi de aumento, tanto para o município de São Paulo quanto para as coordenadorias

regionais, com valores pontuais variando de 14,2% a 17,4%. A tendência observada no início do monitoramento (22 de fevereiro de 2016), considerando a série histórica analisada, apresentava significância para duas coordenadorias (Leste e Sul), sendo que a primeira foi de queda e a segunda de aumento. Essa situação inicial sofreu mudanças no último momento de monitoramento (28 de novembro de 2016), quando cinco das seis coordenadorias analisadas e o município apresentaram tendência significativa de aumento.

Quanto à análise de desempenho, que considera o resultado dos últimos 7 meses, apenas as coordenadorias Leste e Norte apresentaram algum resultado, sendo na Leste um desempenho indesejado (7 pontos abaixo da média) e na Norte um desempenho considerado “bom”. Também para esta análise foram observados resultados positivos

FIGURA 3. Número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica, em dois períodos selecionados, município de São Paulo, Brasil

Fonte: SIA-SUS/Painel de Monitoramento da SMS-SP.

TABELA 1. Variação percentual e análise de desempenho e tendência do indicador “número de consultas médicas básicas, exceto urgência” para o município de São Paulo e Coordenadorias Regionais de Saúde, fevereiro a novembro de 2016^a

Coordenação	No. consultas		Variação %	Desempenho		Tendência	
	2015	2016		22 fev 2016	28 nov 2016	22 fev 2016	28 nov 2016
CENTRO	155 379	177 443	14,2	—	Bom	—	⬆
LESTE	1 746 318	2 031 980	16,4	7 pontos abaixo	Bom, 7 pontos acima	⬇	—
NORTE	1 555 245	1 793 001	15,3	Bom	Bom, 7 pontos acima	—	⬆
OESTE	444 092	521 381	17,4	—	Melhoria	—	⬆
SUDESTE	1 467 441	1 696 852	15,6	—	Bom, 7 pontos acima	—	⬆
SUL	2 428 052	2 834 883	16,8	—	Melhoria, 7 pontos acima	⬆	⬆
Município de São Paulo	7 796 527	9 055 540	16,1	—	Bom, 7 pontos acima	—	⬆

Fonte: SIA-SUS/Painel de Monitoramento da SMS-SP.

^a Síntese do resultado dos últimos sete pontos da série analisada. Desempenhos não satisfatórios são: ATENÇÃO, ALERTA ou CRÍTICO. Os desempenhos satisfatórios, com base nos sinais mensais são BOM, MELHORIA ou EXCELÊNCIA. Além de considerar a sequência de sinais mensais segundo as faixas, foram acrescentados três desempenhos não esperados que são destacados: 1) a existência de sete pontos seguidos acima ou abaixo da média; 2) a sequência de sete pontos em ascensão ou decréscimo e 3) a inversão recente de uma tendência.

processo de implementação de uma política de reorganização do modelo de atenção na APS em rede extremamente complexa, pela sua dimensão de grande metrópole, pelo histórico de mudanças em relação à organização da APS e pelas profundas desigualdades de acesso e resolutividade da sua rede.

Acredita-se que um dos fatores que contribuíram para a aceitação do Painel de Gestão da Atenção Básica – ou seja, o conjunto de dados referentes aos indicadores selecionados no período estabelecido de análise – foi a confiança existente na origem dos dados – o Painel de Monitoramento da SMS-SP, que acumula uma experiência de cerca de 16 anos, passando por um processo de desenvolvimento e aprimoramento participativo contínuo junto a gestores e técnicos dos níveis central e regional da SMS-SP, o que tem favorecido o fortalecimento do processo de análise conjunta e descentralizada. Outro aspecto a ser considerado é que a opção de utilizar o Colegiado de Gestão da SMS-SP como espaço de divulgação e debate mensal do Painel de Gestão da Atenção Básica, mesmo com a disponibilidade do aplicativo Painel de Monitoramento da SMS desde 2009 (25), fortalece a prática do monitoramento de indicadores que não acontecia no gabinete, de forma sistematizada e coletiva. Vale ainda ressaltar que a reorganização das estruturas de governança, seja o Colegiado de gestão, reunindo a alta direção e a direção descentralizada, seja a constituição de uma rede de apoiadores institucionais responsáveis pelas UBS, configuram-se ambas como iniciativas baseadas em um método de cogestão de coletivos que pressupõe a produção de sujeitos durante a gestão e implementação de políticas e organizações. Nesse sentido, o Painel de Monitoramento da SMS-SP, o Painel de Gestão da Atenção Básica e as novas estruturas de governança constituíram-se como instrumentos políticos organizacionais de implementação (26).

A participação da alta direção e da direção descentralizada nas discussões dos resultados teve o potencial de fortalecer a confiança nas informações e aumentar a capacidade de utilização dessas ferramentas por parte das equipes para busca das mudanças apontadas. O caráter participativo como mecanismo de aproximação da realidade das ações é um fator importante para o fortalecimento

das práticas em busca de melhores resultados.

O uso da informação é um desafio para a gestão dos sistemas de saúde e o monitoramento é uma prática que possibilita organizar, qualificar e difundir dados secundários dos diferentes sistemas de informação do SUS de forma ágil e oportuna. Os dados secundários dos Sistemas de Informação do SUS (SIASUS) permitem apresentação da produção ambulatorial apenas 3 meses após o mês de competência. No aplicativo da SMS-SP, as informações podem ser analisadas no mês de competência para 95% dos dados. Dessa forma, as mudanças temporais podem ser captadas, o que é fundamental para o enfrentamento dos problemas evidenciados.

A utilização da informação para a tomada de decisão é uma cultura ainda em construção e tem contribuído para fomentar as discussões dos diferentes temas que envolvem as prioridades da gestão. Esta experiência foi capaz de despertar o interesse dos diferentes atores envolvidos e potencializou a utilização crítica das informações em saúde. Permitiu o desenvolvimento de habilidades e promoveu subsídios para a correção de rumos, caminhando assim para o alcance dos resultados desejados.

O espaço que foi assegurado para a compreensão do processo de construção da informação possibilitou que as decisões sobre as ações a serem encaminhadas fossem tomadas de forma mais objetiva e efetiva, ampliando a confiança sobre as informações disponibilizadas, o que legitimou esse processo dentro da SMS-SP. Considera-se, ainda, que a cooperação técnica com a OPAS/Brasil representou um apoio substancial para disparar e dar qualidade a esse movimento de mudança no âmbito da rede da APS, buscando implementar o conjunto de diretrizes estabelecido na PNAB (12) e no PMM para o Brasil (14). Para tanto, em curto espaço de tempo, foram desenvolvidas estratégias de apoio institucional e supervisão; qualificados técnicos e gestores da rede municipal de saúde para exercer esses papéis; construídos arranjos institucionais; e orientado o processo de criação de novas ferramentas de tecnologia da informação para monitorar e orientar as estratégias (7).

O conjunto das estratégias prioritárias adotadas de fortalecimento da APS dialoga com as reformas no campo da

saúde afirmadas no relatório global da OMS, intitulado Atenção primária mais do que nunca (13). Essas apontam para a reorganização dos serviços de saúde em torno das necessidades das pessoas, de forma a substituir o comando e controle autoritário, mas também o *laissez-faire* descomprometido, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva, exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Os presentes resultados revelam a incorporação do atendimento da demanda não agendada, até então absorvida pelas unidades e equipes de pronto atendimento, no processo de trabalho das equipes multiprofissionais, assegurando o cuidado continuado na atenção primária. A inclusão do “primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas” representou um desafio importante a ser monitorado. Buscava-se atenuar a “rigidez” da adscrição territorial, com vistas ao atendimento à demanda espontânea, agenda programática e ampliação do acesso da população.

Avalia-se que a experiência apresentada, de construção e implantação do Painel de Gestão da Atenção Básica, foi bem-sucedida, uma vez que conjugou a disponibilização de informações pertinentes com a criação de condições para a inserção do monitoramento e avaliação com periodicidade definida, como estratégia de transformação do sistema de saúde. Como consequência, houve favorecimento da formação, do aprendizado, do debate e da reflexão dos envolvidos. Esse processo, por conseguinte, contribuiu para a melhoria das condições de saúde da população. Esta iniciativa permitiu que fossem feitas avaliações sobre o objeto em análise e delineadas estratégias conjuntas de enfrentamento, corrigindo possíveis desvios em torno do objetivo determinado, o que se configurou como um apoio importante para que as instâncias decisórias pudessem aperfeiçoar o desempenho do SUS.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- Jannuzzi PM. Sistemas de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. *Rev Bras Monitoramento Avaliação*. 2013;5(1):4-27.
- Lahey R. The Canadian M&E System: Lessons learned from 30 years of development. Washington: World Bank ECD Working Paper Series; 2010. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27909> Acessado em 18 de setembro de 2018.
- Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):821-8.
- Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):447-8.
- Padilha ARS e Campos GW. Construindo novos sujeitos e colocando a saúde em movimento. Em: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 87-92. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acessado em setembro de 2018.
- Padilha A. Brazil calls for pact on social factors to improve health. *Bull World Health Organ*. 2011;89(10):714-5.
- Marsiglia RMG. Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. São Paulo: Relatório CNPQ; 2008.
- Guedes JS. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estud Av*. 2003;17(48):229-40.
- Sobrinho EJMA, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estud Av*. 2003;17(48):209-27.
- Gonçalves RC, Ribeiro CLM, Bortoletto CCP. Diretrizes do modelo de atenção para a rede de atenção básica. Em: Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2017.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. Série E. Legislação em Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde 2008: atenção primária a saúde: agora mais do que nunca. Geneva: OMS; 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf> Acessado em 18 de setembro de 2018.
- São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo. Coordenação de epidemiologia e informação. Boletim CEInfo Saúde em Dados. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2017. Ano XVI, nº 16.
- Grimm S, Drumond M Jr, Lira MTA. Informação e gestão: o monitoramento como prática apoiadora na reorganização da política da Atenção Básica na SMS-SP. Em: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 53-60. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acessado em setembro de 2018.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Carilha-Mais-Medicos-Versao-Eletronica.pdf> Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes Operacionais para o fortalecimento da Atenção Básica no Município de São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesoperacionaisatencaobasica.pdf> Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Amaral MA, Campos GWS, Pinto CAG, Pereira AI. Gestão em saúde e apoio institucional Em: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 93-104. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acessado em setembro de 2018.
- Drumond M Jr. Paineis de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Em: Moya J, Risi Junior JB, Martinello A, Bandarra E, Bueno H, Moraes Neto OL, organizadores. Sala de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2010. p. 141-6.
- São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Paineis de monitoramento SMS-São Paulo | Documentos Básicos. São Paulo; 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/painelmonit/LivroFinal.pdf> Acessado em 18 de setembro de 2018.
- Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):839-49.
- Grimm SCA, Tanaka OY. Paineis de monitoramento municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(3):585-94.
- Grimm SCA, Tanaka OY. O monitoramento como prática apoiadora nos processos de decisão na gestão da saúde. Em: Tanaka OU, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. Contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. Pp. 175-84.
- Contandriopoulos D, Lemire M, Denis JL, Tremblay E. Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Q*. 2010;88(4):444-83.
- Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2095-105.

Manuscrito recebido em 29 de dezembro de 2017.
Aceito em versão revisada em 14 de setembro de 2018.

Sixteen years of primary health care monitoring in a large metropolis in the Americas

ABSTRACT

The present article describes the institutional integration of primary health care (PHC) performance monitoring in a metropolis in the Americas where 7 million people use the public health care system. Based on the development, 16 years ago, of the São Paulo City Health Department Monitoring Panel, a PHC Management Panel was developed, providing information on the behavior of a set of selected indicators at this level of care over time. The Management Panel was incorporated into the process of governance reorganization, involving management and technical staff at various levels, who were trained in a co-management method with support from the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). The experience with the Management Panel was also useful to increase the effectiveness with which the information provided by the Monitoring Panel was communicated, supporting the implementation of changes in the organizational model to consolidate the PCH attributes of access, longitudinality, comprehensiveness, and coordination of care. The robustness of the historical data series and the involvement of the implementers of this initiative helped to increase trust in the information generated. The monitoring method captured changes over time and guided those involved regarding the differences between city regions. Monitoring is a strategy that enables the swift and timely use of secondary data, and was essential to meet the challenges identified in this health care system.

Keywords

Public policy; health evaluation; primary health care; health status indicators; Brazil.

Dieciséis años de monitoreo en salud en la atención primaria en una gran metrópolis de las Américas

RESUMEN

El presente artículo describe el proceso de integración institucional del monitoreo de la atención primaria de salud (APS) en una metrópolis de las Américas donde 7 millones de personas utilizan el sistema público de salud. A partir del desarrollo y el empleo, desde hace 16 años, del Panel de Monitoreo de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, se desarrolló un Panel de Gestión de la APS que brinda información sobre el comportamiento de un conjunto de indicadores seleccionados en este nivel de atención a lo largo del tiempo. El Panel de Gestión se incorporó al proceso de reorganización de la gobernanza, involucrando a los líderes y técnicos de diversos niveles, que recibieron capacitación en un método de cogestión con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La experiencia con el Panel de Gestión también fue útil para aumentar la efectividad con la que se comunicó la información proporcionada por el Panel de Monitoreo, apoyando la implementación de los cambios en el modelo organizacional para consolidar los atributos de acceso, longitudinalidad, integralidad y coordinación de cuidados en la APS. La robustez de la serie de datos históricos y el compromiso del equipo que implementó esta iniciativa contribuyeron a aumentar la confianza de los equipos en la información generada. El método de monitoreo captó los cambios durante el período analizado y guió a los profesionales involucrados respecto de las diferencias entre las regiones de la ciudad. El monitoreo como estrategia permite el uso rápido y oportuno de datos secundarios, lo cual es esencial para enfrentar los problemas identificados.

Palabras clave

Política pública; evaluación en salud; indicadores de salud; atención primaria de salud; Brasil.

Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos

Allan Claudius Queiroz Barbosa,¹ Pedro Vasconcelos Amaral,² Gabriel Vivas Francesconi,³ Carlos Rosales,⁴ Elisandrée Sguario Kemper,³ Núbia Cristina da Silva,¹ Juliana Goulart Nascimento Soares,⁵ Joaquín Molina³ e Thiago Augusto Hernandes Rocha³

Como citar

Barbosa ACQ, Amaral PV, Francesconi GV, Rosales C, Kemper ES, Silva NC, et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e185. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.185>

RESUMO

Apesar de decorridos 40 anos da divulgação dos princípios de Alma-Ata, ainda persistem desafios para a consolidação da atenção primária à saúde (APS) como eixo norteador dos sistemas de saúde ao redor do globo. Dentre os desafios ainda presentes, merecem destaque as questões associadas à iniquidade na distribuição de recursos humanos em saúde. A experiência do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil é um exemplo de proposta voltada para a abordagem dessa agenda inconclusa de Alma-Ata. Ao modificar aspectos centrais da formação, provimento e alocação de profissionais médicos, o PMM mostrou-se uma saída viável para minimizar os desafios de escassez de profissionais. As avaliações do PMM, embora incipientes, produziram evidências positivas quanto à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS no Brasil, um país de médio desenvolvimento econômico. Apesar disso, é premente a geração de evidências mais sólidas a respeito do impacto do PMM sobre indicadores de desempenho da APS. O debate apresentado ao longo deste trabalho discute a necessidade de se viabilizar estudos quase-experimentais capazes de mensurar o impacto do PMM junto à saúde da população. O artigo propõe, então, um conjunto de diretrizes que pode se configurar como um modelo aplicável para abordar desafios associados à escassez de profissionais em países de médio e baixo desenvolvimento econômico.

Palavras-chave

Recursos humanos; assistência à saúde; distribuição de médicos; alocação de recursos para a atenção à saúde.

Há 40 anos, a Declaração de Alma-Ata definiu as bases da atenção primária, elencando uma série de

prioridades a serem abordadas para a superação dos desafios enfrentados pelos diferentes países no que tange às

questões relacionadas à saúde (1). Embora diversas nações tenham envidado esforços para operacionalizar os princípios da atenção primária à saúde (APS) defendidos em Alma-Ata, não foi possível, até o presente momento, superar a agenda definida em 1978 (2).

A despeito da impossibilidade de abordar, de modo satisfatório, os desafios que se faziam presentes em 1978,

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Administração, Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Economia, Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Brasília (DF),

Brasil. Correspondência: Thiago Augusto Hernandes Rocha, rochahernandes3@gmail.com

⁴ Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS), San José, Costa Rica.

⁵ Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Administração, Juiz de Fora (MG), Brasil.

é importante reconhecer que o cenário atual difere daquele de Alma-Ata. Passados 40 anos, é possível observar inúmeras evidências sobre a efetividade e a eficiência da APS. Países com sistemas de APS fortes têm melhores indicadores de saúde a um menor custo (2). A diminuição de co-pagamentos, a ampliação do leque de serviços da APS, o alinhamento entre os serviços ofertados e as necessidades das populações estão associados a melhores desfechos de saúde (3).

Esses avanços foram expressivos, mas ainda há muito que fazer, especialmente no contexto dos países de baixo e médio desenvolvimento econômico (*low and middle income countries*, LMIC). Sem fortalecimento da APS, não é possível assegurar que os entraves atuais, relacionados a desempenho, baixa qualidade, falta de acesso, iniquidades, escassez de profissionais e desalinhamento entre o cuidado ofertado e as demandas da comunidade possam ser adequadamente abordados (4).

Para muitos LMIC, a temática da ampliação do acesso ainda é um ponto crítico. Esses países não conseguiram equacionar um suporte adequado para iniciativas de fortalecimento da APS (4). Dentre os fatores que contribuem para esse cenário estão a escassez de políticas públicas, baixa governança, crescimento populacional, sistemas de saúde inadequados, escassas avaliações de iniciativas da APS e ausência de políticas voltadas à gestão de recursos humanos em saúde (GRHS). A escassez de fundos de pesquisa contribui para agravar essa situação (4). Um trabalho de revisão apontou a falta de evidências rigorosas para apoiar a implantação de políticas de APS e o desenvolvimento de práticas de GRHS, especialmente em LMIC (5).

O presente trabalho pautou-se na agenda inconclusa de Alma-Ata e na premência de gerar evidências que abordem esses desafios. O trabalho enfoca uma iniciativa implementada com base na realidade brasileira, destinada à resolução de iniquidades na alocação e provimento de profissionais médicos: O Programa Mais Médicos (PMM). A estruturação do PMM tem-se mostrado uma alternativa viável à resolução de problemas que ainda se fazem presentes nas Américas e que remontam às discussões de Alma-Ata. Entretanto, a avaliação desse Programa tem-se mostrado um desafio no sentido da compreensão de quais indicadores

efetivamente refletem o impacto do PMM na saúde da população: para um programa inovador é necessário identificar formas inovadoras de avaliação.

INIQUIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO – O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A iniquidade na distribuição de profissionais médicos é um problema de escala global desde a década de 1960 (6). Além da má distribuição, há também o problema da escassez de médicos, especialmente em áreas mais vulneráveis e remotas (7). Essas questões têm afetado nações pobres e ricas e, até o presente momento, se configuram como um desafio não superado (8). A situação brasileira, até meados de 2013, não era diferente do panorama global.

Ao longo dos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem sendo reestruturado, com ações que priorizam a atenção básica (9). As iniciativas empreendidas visam a diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos (9). Apesar desses esforços, a questão do acesso ainda persiste como um problema crônico em determinadas localidades. Diante disso, o PMM foi desenhado como estratégia para repensar a lógica de formação e provimento de profissionais médicos, mediante uma parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde do Brasil e governo de Cuba.

O PMM foi instituído em 2013 com o objetivo de aumentar a disponibilidade de profissionais médicos para o SUS, principalmente em áreas que apresentavam baixo número de médicos por habitante (6). Foram contemplados três eixos: mudança na matriz curricular dos cursos de medicina e ampliação de vagas; reaparelhamento das unidades básicas de saúde (UBS); e provimento emergencial de médicos através da contratação de médicos brasileiros, brasileiros formados no exterior e estrangeiros por um período de 3 anos (prorrogáveis por mais 3) para atuarem em localidades com escassez de profissionais (6). Até meados de 2015, havia 18 240 profissionais atuando em 81% dos municípios brasileiros e a previsão de criação de 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina (9).

Os três eixos que constituem o PMM, além de agregar medidas emergenciais

de provisão de médicos para ampliar o acesso a serviços de saúde por parte de populações até então desassistidas, modificam, em médio e longo prazo, a estrutura de formação de médicos no Brasil (10). Ao reestruturar a forma como são alocados os profissionais e alterar a lógica de formação médica, o PMM coloca a provisão de médicos para a APS no centro da discussão política em saúde do país. Além disso, atribui à GRHS um papel norteador da política de APS brasileira.

Quase 5 anos após o início do PMM, surge agora a necessidade de se demonstrar a efetividade do programa quanto a questões como ampliação do acesso, melhoria da qualidade, mudança na lógica de formação de profissionais e impacto sobre indicadores de saúde populacional. O PMM é uma estratégia fundamental para a superação das iniquidades sociais e das desigualdades regionais no Brasil (11). Nesse sentido, a geração de evidências pode consolidar o PMM como uma via possível para abordar iniquidades com a potencialidade de aplicação em outras regiões das Américas.

PREMÊNCIA NA GERAÇÃO DE EVIDÊNCIAS SOBRE OS RESULTADOS DO PMM

A análise realizada, no presente artigo, quanto aos aspectos vinculados à GRHS no Brasil mostra uma tendência de mudança nos indicadores de recursos humanos em saúde. Por exemplo, para este trabalho, utilizou-se uma metodologia de *clusters* espaciais para analisar as taxas de rotatividade de profissionais médicos, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES). Esse exercício evidenciou uma drástica redução na rotatividade médica em regiões que, antes da implantação do PMM, apresentavam valores elevados de rotatividade. Soma-se a isso a manutenção dos valores baixos de rotatividade para os anos seguintes (figura 1). Embora não tenham sido focados exclusivamente os municípios com PMM, a análise demonstra uma modificação no panorama do país após o início do programa.

Outro exemplo se debruçou sobre o tempo de permanência médio, em anos, dos profissionais médicos nas equipes de atenção básica. Nos anos que seguem a implantação do programa, houve uma

FIGURA 1. Clusters espaciais de valores associados à rotatividade de profissionais médicos da atenção básica, Brasil^a

Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

^a Vermelho: *clusters* espaciais com alta rotatividade médica; azul: *clusters* com baixa rotatividade de médicos; amarelo: regiões que não foram categorizadas como pertencentes a *clusters* estatisticamente significativos.

inversão de tendência nos dados da série. Mesmo tomando as necessárias precauções para evitar uma associação espúria, é possível observar que o tempo de permanência médio dos médicos nas equipes da APS, que vinha em tendência de queda, a partir de 2014 se inverteu na maior parte das regiões brasileiras (figura 2).

A despeito dessas evidências mais gerais sobre o panorama de recursos humanos no Brasil, outros estudos se debruçaram sobre evidências associadas ao PMM. Tais trabalhos abordaram elementos associados a formação (12), satisfação do usuário (13), repercussão em relação ao volume de internações por condições sensíveis (ICSAP) (14), distribuição dos médicos (15), redução de iniquidades (6) e avaliações de desempenho utilizando abordagem quase-experimental (16).

Para além dos resultados pontuais destacados, é preciso frisar a importância

de trabalhos mais amplos de mapeamento de evidências. Um trabalho sobre panorama da produção científica associada ao PMM consolidou um levantamento sistematizado acerca dos resultados obtidos pelo PMM (17). Nessa publicação, foram identificados 82 trabalhos sobre o PMM. Desses, 54 trabalhos foram analisados quanto às categorias de análise de implantação, efetividade, mídia, limitações e críticas, formação e análise constitucional e jurídica (17). O panorama geral evidenciou que as avaliações do PMM são positivas, apontando resultados satisfatórios em relação a ampliação do acesso, equidade, satisfação dos usuários, humanização do cuidado, aumento de cobertura da APS, ampliação da rede de assistência e efeito sobre grupos específicos de ICSAP (17).

Entretanto, o PMM ainda não gerou um grande volume de artigos publicados, especialmente para a avaliação de resultados efetivos (17). Parte da carência

de estudos dessa natureza pode ser explicada em função do pequeno lapso temporal entre a implantação do programa e o tempo necessário para que seja possível observar efeitos sobre indicadores de saúde populacional. Assim, é válida a hipótese de que muitas pesquisas estejam em desenvolvimento ou que tenham sido concluídas recentemente e seus resultados não tenham sido publicados.

A complexidade do PMM e suas múltiplas nuances e facetas acabam por se refletir no processo de geração de evidências de impacto. Tasca e Pêgo destacam que, para uma avaliação adequada de iniciativas complexas como o PMM, não basta medir indicadores tradicionais, como o número de médicos ou a rotatividade. É preciso identificar outros tipos de resultados e práticas inovadoras que permitam qualificar a APS, e que tenham sido viabilizadas pelo PMM (18). Apesar dos inúmeros avanços pontuais produzidos pelos estudos até aqui apresentados,

FIGURA 2. Tempo médio de permanência, em anos, dos profissionais médicos junto às equipes de atenção primária, Brasil

Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

poucas foram as iniciativas com delineamento quase-experimental. Esse tipo de desenho metodológico permite avaliar qual parcela de um determinado resultado em saúde pode ser atribuída, exclusivamente, ao PMM.

Uma proposta para avaliar o impacto do PMM e outras políticas públicas

Os delineamentos quase-experimentais representam o melhor desenho metodológico disponível para avaliar políticas públicas, que raramente envolvem algum tipo de aleatorização no momento da implantação. Somente com esse tipo de abordagem é possível avaliar, satisfatoriamente, o impacto de políticas públicas – entendendo-se impacto como o efeito sobre uma variável de desfecho que pode ser atribuído a uma intervenção pregressa e cuja magnitude foi controlada pelo efeito de confundidores. A presente discussão oferece uma alternativa que permite abordar essa lacuna, apresentando uma abordagem sólida para a geração de evidências sobre o impacto de ações de recursos humanos em saúde.

Howard White (19) aborda os princípios básicos que permitem evidenciar o impacto de políticas públicas. Ele define os passos essenciais como: 1) mapear a

cadeia causal; 2) compreender o contexto; 3) antecipar a heterogeneidade; 4) proceder uma avaliação rigorosa de impacto fazendo uso de contrafactuais; 5) realizar uma análise factual rigorosa; e 6) utilizar métodos e abordagens mistas. O desafio de avaliar políticas em saúde segundo esses princípios repousa na dificuldade de conseguir agregar evidências que permitam cumprir cada uma dessas etapas (20).

Considerando essa lacuna, pode-se procurar um parâmetro que permita aplicar o modelo de Howard White junto ao contexto do PMM. Mensurar o impacto de políticas implica comparar métricas de sujeitos que tenham sido expostos à intervenção com métricas de sujeitos que não tenham sido expostos à mesma intervenção. A complexidade do meio social atribui a essa tarefa nuances de inviabilidade. Assim sendo, é preciso mimetizar a situação, para ser possível identificar o impacto de políticas (20).

O mapeamento da cadeia causal de um programa (passo 1) pode ser feito pela análise detalhada de como a intervenção deve alcançar o impacto pretendido. No caso de políticas públicas como o PMM, isso pode ser feito através da análise de portarias, regulamentações e diretrizes gerais, que definem como seria esperado que a política funcionasse.

O passo 2 implica a compreensão de contexto de inserção da política. Nesse passo é preciso detalhar aspectos sociais, políticos e econômicos que possam modular os efeitos da política (20). No contexto específico do PMM, é preciso levar em conta aspectos sociodemográficos relacionados às regiões de inserção das equipes, perfil da população beneficiada e ajustar eventuais desfechos ao momento político de crise vivenciado pelo Brasil. Nesse ponto repousa um primeiro desafio operacional. As estatísticas vitais, os dados sociodemográficos e de nível de renda, por exemplo, somente são divulgados, anualmente, por município. Entretanto, em diferentes localidades de um mesmo município, por exemplo, Belo Horizonte, há bairros com índice de desenvolvimento humano (IDH) correspondentes à Suíça e à África do Sul, separados apenas por uma avenida (21). Assim, uma abordagem, para dar conta de contextualizar, adequadamente, os diferentes cenários necessários para permitir uma avaliação de impacto, precisa ser feita com a maior granularidade possível.

Outro desafio operacional está relacionado ao passo 3. A antecipação de heterogeneidade permite dimensionar variações no impacto de acordo com o desenho da intervenção, as características

dos beneficiários ou o contexto socioeconômico e temporal (20). É preciso, então, desenvolver abordagens que deem conta de tratar com a maior granularidade possível as informações contextuais disponíveis para antecipar os efeitos de eventuais agentes confundidores que possam modular os resultados obtidos.

O segundo e terceiro passos são a base para definir o que está estipulado no passo 4, ou seja, a avaliação satisfatória do impacto das políticas. A definição de contrafactuais é o que permite mimetizar a situação hipotética de comparação entre aqueles não expostos à intervenção frente àqueles expostos. Quanto melhor for a capacidade de definir contrafactuais rigorosos, melhores serão as chances de identificar diferenças pré e pós-exposição que sejam atribuíveis à política que se está avaliando (20). Para manejar os desafios entre os passos 2 e 4, foi desenvolvida uma metodologia mista para o estabelecimento de relações entre o PMM e desfechos em saúde, da forma mais granular possível para o contexto brasileiro.

Graças à disponibilidade de informações estruturadas, mesmo que com algumas fragilidades, em sistemas de informação em saúde, foi possível desenvolver uma abordagem inovadora para a definição de contrafactuais rigorosos para o PMM. A partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde (CNES), foi possível geolocalizar todas as equipes do país que receberam profissionais do PMM (figura 3).

A partir do mapeamento das unidades básicas de saúde (UBS), foram criadas áreas de abrangência potencial, refletindo uma porção de território de responsabilidade de cada UBS do país. Essa metodologia já foi utilizada no passado com relativo sucesso em um estudo destinado a avaliar a equidade no acesso a serviços de atenção básica (22). Uma vez definida essa área, é possível obter dados dos setores censitários incluídos em cada área potencial. A partir disso, é possível obter dados sobre saneamento básico, razão de sexos, nível de escolaridade, renda e composição familiar. Esse conjunto de dados é uma medida valiosa para cumprir o que está estipulado nos passos 2 e 3 do modelo de Howard White.

A medida de desfecho selecionada para se avaliar o impacto do PMM foram as ICSAP, uma vez que as mesmas se configuram como uma medida sintética e expressiva da qualidade dos serviços de atenção primária prestados à população (23). Apesar dessa vantagem, as ICSAP são divulgadas apenas de forma agregada pelo DATASUS, não permitindo, até recentemente, sua vinculação a equipes ou unidades de saúde. Para contornar essa dificuldade, Rocha et al. (24) desenvolveram uma abordagem de

geolocalização de ICSAP. A aplicação dessa abordagem conjuntamente com a definição de uma área de abrangência potencial das equipes torna possível atribuir a uma UBS uma carga de ICSAP. Um piloto dessa metodologia foi aplicado por Rocha et al. (24) junto às ICSAP processadas por hospitais brasileiros do estado de Goiás (figura 4).

O resultado da espacialização de ICSAP evidenciou diferentes padrões de agrupamento, o que destaca a importância da nova abordagem para atender os pressupostos estabelecidos por Howard White. Ao agregar informações dos setores censitários, das áreas de abrangência potencial, das equipes de atenção básica e das ICSAP geolocalizadas, torna-se possível separar equipes PMM das equipes não PMM para fins de comparação. Essa comparação pode ser feita de forma controlada pelos confundidores sociodemográficos, de renda e saneamento básico, de forma a mimetizar a situação de exposição ou não à intervenção. Como a série histórica das ICSAP cobre um período entre 2008 até 2018, é possível traçar uma linha de base pregressa ao PMM e acompanhar a sua evolução após a implantação do PMM.

Os passos 5 e 6 definidos pelo modelo de Howard White podem ser então implementados. Isso significaria uma sobreposição geográfica das informações sobre mapeamento das áreas de cobertura potenciais das UBS e geolocalização de ICSAPs. A análise factual rigorosa pode ser feita pela comparação de desfechos de equipes de atenção básica do PMM com equipes não PMM. O arcabouço de passos exemplificado à luz do PMM pode ser replicado para outras iniciativas voltadas para a atenção primária. A tradução do arcabouço aqui descrito para outros contextos nas Américas será balizada por especificidades locais, mas, uma vez respeitada a sequência de passos aqui detalhada, é possível delinear abordagens sólidas para a avaliação de impacto de políticas de GRHS.

PERSPECTIVAS PARA AS AMÉRICAS

O uso de metodologias quase-experimentais para a avaliação de políticas públicas é algo desejável, pois, em diversas circunstâncias, não é possível adotar delineamentos baseados em ensaios randomizados. Assim, as abordagens quase-experimentais se configuram como o melhor padrão possível para a avaliação

FIGURA 3. Geolocalização das unidades básicas de saúde (UBS) que receberam profissionais do Programa Mais Médicos, Brasil, dezembro de 2015

Todas UBS com PMM

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

FIGURA 4. Geolocalização de internações por condições sensíveis à atenção primária em hospitais de Goiás, Brasil, 2015

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

de impacto de políticas públicas. Já existem recomendações específicas para a implantação de estudos avaliativos orientados segundo esses princípios (25). O uso de modelagens baseadas em ensaios com desenho *stepped wedge* tem ganhado popularidade graças à sua capacidade de abarcar as características das políticas públicas e, ainda assim, permitir delineamentos quase-experimentais.

Dal Poz et al. (26) conduziram um interessante estudo que avaliou os programas voltados para a GRHS nas Américas. Os autores destacam a fragmentação e a segmentação dos sistemas de saúde dos países latino-americanos e caribenhos. Tais características constituem uma barreira importante para ampliar a cobertura, alcançar cuidados de saúde primários integrados e reduzir a ineficiência e a descontinuidade dos cuidados (26). Destacaram ainda que os programas orientados para a GRHS, em 15 países das Américas,

enfrentam problemas comuns, como a falta de suporte político e financeiro (26). A despeito desses desafios, a saída apontada no estudo perpassa o intercâmbio de práticas, o planejamento prévio de ações, a avaliação de iniciativas e a disseminação de programas bem-sucedidos.

A abordagem destacada ao longo do presente trabalho aponta algumas medidas conceituais e de avaliação de impacto para o manejo dos desafios da GRHS. Destaca ainda a potencialidade do PMM em abordar desafios que persistiam há décadas. Sem prover a adequada distribuição de profissionais, com o perfil de formação correto e com a capacidade de ofertar cuidados de saúde onde os mesmos são necessários é impossível assegurar o pleno cumprimento dos parâmetros básicos definidos em Alma-Ata.

A abordagem adotada pelo PMM e o desenho avaliativo aqui ilustrado podem

ser adaptados para outras regiões das Américas que enfrentam iniquidade na distribuição de profissionais de saúde. O uso de metodologias mistas tem criado condições para superar os desafios vinculados ao delineamento de estudos quase-experimentais para avaliação de políticas. Os percalços superados pelo PMM podem servir de lição para o aprimoramento de práticas e contribuir para o arranjo mais eficaz de iniciativas públicas dedicadas a abordar a escassez de profissionais de saúde.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Declaration of Alma-Ata. Lancet. 1979;1(8109):217–8.

2. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet. 2008;372(9647):1365–7.

3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

4. Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. Lancet. 2008;372(9642):1001–7.

5. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an

- analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008;371(9613):668–74.
6. Carvalho VK da S, Marques CP, Silva EN da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2773–84.
 7. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12.
 8. World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. WHO; 2010. Disponível em: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf. Acessado em 24 de setembro de 2018.
 9. Campos GW de S, Pereira Júnior N. A atenção primária e o programa mais médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2655–63.
 10. Minayo MC, Gualhano L. Pesquisas sobre o programa mais médicos: análises e perspectivas. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016011000001&script=sci_arttext_pr&tlng=pt. Acessado em 24 de setembro de 2018.
 11. Travassos C, Oliveira EXG de, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(4):975–86.
 12. Thume E, Wachs LS, Soares MU, Cubas MR, Fassa MEG, Tomasi E, et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2807–14.
 13. Comes Y, Trindade J de S, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no programa mais médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2749–59.
 14. Gonçalves RF, Sousa IMC de, Tanaka OY, Santos CR dos, Brito-Silva K, Santos LX, et al. Programa mais médicos no Nordeste: avaliação das intenações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2815–24.
 15. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Carvalho IM de S, Gonçalves RF, Brito-Silva KS de. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2889–98.
 16. Santos LM, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017;95(2):103–12.
 17. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF de. Programa mais médicos: panorama da produção científica. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2785–96.
 18. Tasca R, Pêgo RA. Entrevista: avaliação de impactos do programa mais médicos: como medir os resultados? *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2917–8.
 19. White H. Theory-based impact evaluation: principles and practice. *J Dev Effect*. 2009;1(3):271–84.
 20. Aquino R. Notas para discussão de uma proposta de avaliação de impacto do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. Salvador; 2017. Disponível em: https://simm.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Notas_sobre_avaliacao_impacto_PMM.pdf. Acessado em 24 de setembro de 2018.
 21. Fonseca B, Silva K. Atribuição de IDH aos bairros de Belo Horizonte. *Transite*. 23 de maio de 2017. Disponível em: <http://transite.fafich.ufmg.br/idh-bairros-de-belo-horizonte/>. Acessado em 5 de setembro de 2017.
 22. Andrade MV, Noronha K, Barbosa AC, Rocha TA, Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1175–87.
 23. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1041–52.
 24. Rocha TAH, Silva NC, Amaral PV, Vissoci JRN, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, et al. Geolocalização de intenações: uma solução baseada no programa estatístico R para a implantação de possibilidades de análise baseadas no sistema de informação hospitalar. Belo Horizonte; setembro de 2017. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD_567.pdf. Acessado em 24 de setembro de 2018.
 25. CIPHER Investigators. Supporting policy in health with research: an intervention trial (SPIRIT) - protocol for a stepped wedge trial. *BMJ Open*. 2014;4(7):e005293.
 26. Dal Poz MR, Sepulveda HR, Costa Couto MH, Godue C, Padilla M, Cameron R, et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Hum Resour Health*. 2015;13:24.

Manuscrito recebido em 13 de janeiro de 2018. Aceito em versão revisada em 18 de setembro de 2018.

ABSTRACT

More Doctors recruitment program: a new approach to overcome inequalities in human resources

Despite the 40 years elapsed since the Alma-Ata principles were first launched, a series of challenges still persists for the consolidation of primary health care (PHC) as the backbone of health care systems around the world. Among these challenges, especially noteworthy are the issues associated with the inequality in the allocation of human resources. The experience of the More Doctors Program (*Programa Mais Médicos*, PMM) in Brazil is an example of initiatives that tackle this inconclusive Alma-Ata agenda. By changing key aspects of physician training, provision, and allocation, PMM was shown to be a feasible alternative to minimize the challenge of physician shortage. Assessments of PMM, even though preliminary, have produced positive evidence showing increase in access and improvement of PHC quality in Brazil, a middle income country. Nevertheless, the generation of more robust evidence regarding the impact of PMM on PHC performance indicators is urgent. The discussion proposed in the present article emphasizes the need to prioritize quasi-experimental studies to measure the impact of PMM on population health. The article thus introduces a set of guidelines that may become a useful model to approach challenges associated with the shortage of health care professionals in low and middle income countries.

Keywords

Human Resources; delivery of health care; physicians distribution; health care rationing.

RESUMEN**Programa Más Médicos:
cómo evaluar el impacto de
un enfoque innovador para
superar las inequidades en
recursos humanos**

A pesar de que han transcurrido 40 años desde la proclamación de los principios de Alma-Ata, aún persisten desafíos para la consolidación de la atención primaria de salud (APS) como columna vertebral de los sistemas de atención de salud en todo el mundo. Entre estos desafíos, se destacan los problemas asociados con la desigualdad en la distribución de recursos humanos. La experiencia del Programa Más Médicos (PMM) en Brasil es un ejemplo de las iniciativas que abordan esta agenda inconclusa de Alma-Ata. Al cambiar aspectos clave de la capacitación, la provisión y la asignación de médicos, el PMM demostró ser una alternativa viable para minimizar el desafío de la escasez de profesionales. Las evaluaciones del PMM, aunque preliminares, han producido evidencias positivas que muestran un aumento en el acceso y mejora de la calidad de la APS en Brasil, un país de ingresos medios. Sin embargo, urge generar evidencia más sólida sobre el impacto del PMM en los indicadores de desempeño de la APS. La discusión propuesta en este trabajo enfatiza la necesidad de priorizar estudios cuasiexperimentales para medir el impacto del PMM en la salud de la población. El artículo propone un conjunto de directrices que pueden convertirse en un modelo útil para abordar los desafíos asociados con la escasez de profesionales de la salud en países de ingresos bajos y medios.

Palabras clave

Recursos humanos; prestación de atención de salud; distribución de médicos; asignación de recursos para la atención de salud.

Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica

Everson Rach Vargas¹ e Iacã Macerata¹

Como citar

Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>

RESUMO

Como parte do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, os Consultórios na Rua e suas equipes foram criados tendo como função prioritária o desenvolvimento de cuidados primários e a garantia de acesso às ações e serviços de saúde para populações em situação de rua no próprio ambiente da rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e emergência. Seu escopo de atividades envolve, além da atenção, a proteção contra os riscos a que essa população está exposta, combinada com a busca da garantia de seus direitos. Nesse sentido, os Consultórios na Rua buscam efetivar a equidade e o acesso a ações e serviços de saúde para uma população sem domicílio fixo dentro de um sistema baseado essencialmente na adscrição territorial da população. Assim, a criação do Consultório na Rua inaugura novos modos de cuidar em saúde e, consequentemente, novos modos de fazer a gestão do processo de trabalho. A partir dessa articulação entre cuidado e gestão, o presente artigo discute três planos de intervenção onde se dá a prática das equipes de Consultório na Rua – a própria rua, a sede/unidade de referência e as redes institucionais –, sua relação com os demais serviços de atenção primária à saúde (APS) e a sua contribuição para reconciliar a APS com os seus atributos fundamentais, para além da adscrição do território geográfico.

Palavras-chave

Gestão em saúde; acesso universal aos serviços de saúde; atenção primária à saúde; pessoas em situação de rua; Brasil.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978 (1), a atenção primária à saúde (APS) se consolidou como serviço preferencial e porta de entrada dos sistemas de saúde. A estruturação desse nível de atenção reforça a importância da atenção primária em um contexto de saúde historicamente constituído pela atuação em

cuidados de alta densidade tecnológica e no tratamento de agravos previamente instalados.

No Brasil, as equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas a partir da segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011. Tratam-se de equipes itinerantes que atuam, privilegiadamente, em pontos de maior concentração de pessoas em situação de rua. As ações dessas equipes se diversificam de acordo com as necessidades de saúde identificadas, das mais

pontuais às crônicas, situações essas que acabam por demandar um acompanhamento longitudinal.

As eCR têm como função prioritária o desenvolvimento de cuidados primários, prestando assistência voltada aos agravos mais prevalentes das pessoas em situação de rua, com distribuição de insumos e orientações em saúde, e garantindo o acesso às ações e serviços a partir da própria rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Correspondência: Everson Rach Vargas, eversonpsi@gmail.com

emergência (2). Além disso, seu escopo de atividades envolve a proteção contra o risco a que essa população está exposta, combinada com a busca da garantia de seus direitos.

Os Consultórios na Rua surgiram em um contexto de ampliação dos direitos sociais no Brasil pela extensão de políticas públicas a populações que antes não tinham acesso a direitos básicos garantidos pela Constituição brasileira, de forma a intervir nos coeficientes de desigualdade social. Também contribuíram para o seu surgimento a aposta, por parte do Ministério da Saúde, na APS como ordenadora do sistema e a priorização das redes de atenção à saúde (RAS); o contínuo e questionável plano de enfrentamento ao crack, surgido no bojo dos megaeventos realizados nos anos 2010 no Rio de Janeiro (Copa do Mundo da FIFA e Olimpíadas) (3); e a crescente organização e participação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua na arena política das grandes cidades brasileiras.

A criação das eCR se justifica pela grande vulnerabilidade das populações em situação de rua, juntamente com a baixa capacidade da rede de atenção básica (como se denomina a APS no Brasil) existente de acolhê-las. Esse fato reflete uma infinidade de dificuldades relacionadas ao modelo de APS adotado no Brasil, que, em linhas gerais, inclui a organização a partir de domicílio fixo para a definição de um território adscrito. Esse modelo impede o acompanhamento da dinâmica da rua e impõe uma barreira histórica no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

O território de vida da população em situação de rua coloca uma série de desafios ao SUS no que diz respeito à concretização de seus princípios, entre os quais a construção da integralidade do cuidado, ou seja, o desenvolvimento de um olhar mais integral e menos “especialista” nas práticas de cuidado. Isso se desdobra em duas questões: na maneira como geralmente se considera o território – apenas como demarcação geográfica ou matriz do domicílio – de forma que só fariam parte desse território aqueles oficialmente domiciliados nele; e na maneira como os diferentes saberes de uma equipe multiprofissional compõem uma prática de atenção, de modo que as dimensões biopsicossociais não sejam desmembradas (4). Junto à população em situação de rua, os conceitos

que organizam a APS são colocados em xeque: nem todos os habitantes de um território são domiciliados; e os processos de saúde-doença biológicos, subjetivos e sociais estão articulados e mutuamente apoiados.

Foi para aumentar o grau de equidade do Sistema que o Consultório na Rua se institucionalizou. A vulnerabilidade dessa população evidencia as vulnerabilidades das práticas de cuidado do SUS, mas também mostra que o trabalho das eCR traz uma série de inovações para a prática de cuidado na APS, bem como para a gestão do processo de trabalho.

A partir disso, o presente texto é uma reflexão construída com base em uma série de experiências, em diferentes campos, com o Consultório na Rua: experiência de trabalho vivida na construção inicial de um desses dispositivos, na cidade do Rio de Janeiro; experiência de pesquisa de doutorado acerca da prática de cuidado realizada por essa mesma equipe, a qual gerou um documento técnico sobre a prática; e experiência de construção de material didático para um curso de formação de profissionais para o Consultório na Rua (5).

A partir de questões suscitadas pela implementação dessas equipes na APS brasileira, pretende-se traçar um panorama de como as eCR contribuem para reconciliar os demais serviços de APS com suas diretrizes e sua missão. Esta análise foca, especificamente, em como o modo de realizar a gestão do processo de trabalho da eCR está extremamente articulado com as práticas de cuidado, não havendo, portanto, separação entre gestão e atenção em saúde. Essa articulação promovida pelas eCR pode, enfim, apontar alguns problemas que são re-apresentados para os demais serviços de APS, como, por exemplo, as equipes de Saúde da Família.

GESTÃO E CUIDADO EM SAÚDE: O PROCESSO DE TRABALHO

A gestão, originada no campo da administração, é pensada como atividade que tem a função de exercer um mandato sobre o trabalho e qualificar seus processos. Na modernidade, a gestão ganhou centralidade na produção industrial, sendo caracterizada, nos exemplos de Taylor e Ford, por racionalização,

divisão e mecanização dos processos de trabalho, que deveriam ser centralmente controlados em seus mínimos gestos. O campo da saúde coletiva tomou como problema a gestão taylorista (6), apostando que a alteração dos modelos de atenção passava pela alteração dos modelos de gestão: desenvolver outra racionalidade para os processos de gestão, diferente da administrativa ou privada.

Assim, há uma especificidade da gestão no campo da saúde: a gestão do processo de trabalho e as práticas de cuidado, embora sejam dimensões distintas, são inseparáveis (7). As práticas de cuidado são coproduzidas com as práticas de gestão. Em toda prática de gestão, há uma dimensão de cuidado, e em toda prática de cuidado, há uma dimensão de gestão. A especificidade dos processos de gestão na área da saúde é que eles devem estar integrados com a produção do cuidado. Produzir cuidado é construir uma prática a partir das especificidades do objeto de cuidado: pessoas e territórios singulares. Contudo, a produção do cuidado envolve um certo modo de produzir gestão, ou seja, o gerir o processo de trabalho em saúde é fazer a gestão do cuidado.

Essa gestão do trabalho em saúde irá se ocupar com a coordenação do trabalho, envolvendo os diversos atores implicados em seu território de práticas – trabalhadores, usuários, comunidade. Daí o sentido reafirmado da cogestão (7). Assim, na diretriz de uma cogestão, gerir não significa colocar-se sobre o trabalho e o território onde ele se desenvolve – perspectiva clássica – a fim de regulamentá-los. Significa, isso sim, posicionar-se com o trabalho e o território, fazendo composição com e a partir deles. Nesse sentido de gestão, o cuidado não é pensado como uma ação sobre o outro – concepção hierarquizada, verticalizada e centralizada, taylorista. Escapando da função tutelar, classicamente atribuída ao cuidar, a efetivação do cuidado não depende somente da técnica ou da ação central do trabalhador, mas envolve os vários atores, recursos e dinâmicas do território de ação. Território, aqui, tem o sentido de categoria que define relações complexas e situadas entre diversos vetores, e que envolve dimensões objetivas e subjetivas (4). E é nessa relação com, no e a partir do território, e não sobre ou contra ele, que o cuidado se faz como prática coletiva, democrática e inclusiva, seguindo a diretriz de uma clínica ampliada (4, 6, 7).

Em um cuidado verticalizado e centralizado em procedimentos, saúde e usuário se tornam categorias universais e não situadas, e o cuidado assume uma perigosa função de gestão calculada da vida (8). Cuidado e gestão do processo de cuidado se fazem no encontro com sujeitos e territórios, sendo esse encontro um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde (9). O modo de gestão desse trabalho deve se apropriar dessa mesma perspectiva: uma gestão com; uma cogestão. Cogestão é uma di-retriz. Perpassa os processos no campo da saúde em maior ou menor grau, mas sempre está, em alguma medida, presente. A gestão não se limita ao ato do gestor, mas está nos atos clínicos e em todos os âmbitos dos serviços e do processo de trabalho.

Na perspectiva da cogestão, o cuidado e a política também são inseparáveis (4, 10): a gestão assume e cria condições para o cuidado. Ele é necessariamente político, na medida em que está sempre inserido em um campo de disputas, de relações de poder, podendo produzir práticas tanto de dominação quanto de liberação e produção de autonomia. Há sempre o risco de se produzir, como efeitos subjetivos, o constrangimento e a padronização dos modos de viver. Essa é uma problemática que se coloca especialmente na APS, cujos serviços atuam de maneira muito próxima ao cotidiano da vida dos usuários.

Assim, a gestão do cuidado na APS tem especificidades que trazem a necessidade de deslocamentos da gestão advinda da administração privada. Especialmente na prática das eCR, tanto o cuidado como a gestão devem construir e gerir o processo de trabalho tendo como principal ponto de apoio a relação do serviço/equipe com o território.

PLANOS DE INTERVENÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

A prática do Consultório na Rua, com sua aposta em uma proximidade e atuação no território e a partir de suas singularidades, mostra que o processo de trabalho se dá através de subdivisões, a partir de planos de intervenção das eCR. Por sua vez, esses planos exigem gestão dos processos de trabalho mais específicos.

O Consultório na Rua tem três planos fundamentais de atuação: a rua; a sede/

unidade de referência; e as redes institucionais (saúde e intersetoriais). Por esses planos perpassam toda a gestão e a produção do cuidado. A noção de planos ultrapassa a ideia de espaço como espaço físico euclidiano, fixo, imutável, com clara demarcação, visível, com fronteiras bem definidas. Compreendemos que tais planos estão presentes uns nos outros, tornando possível identificar influências e modos de atuar que um plano exerce sobre os outros. Assim, o plano afirma a dependência entre os diferentes espaços do trabalho, já que eles não se estabelecem como unidades estáveis.

Na perspectiva transdisciplinar (11), compreendem-se os espaços de trabalho como porosos à multiplicidade de fluxos que os atravessam. Por constituírem-se de aspectos objetivos e subjetivos, esses planos se interpenetram, se misturam. Há um pouco da rua na sede/unidade de referência e há um pouco da sede/unidade de referência na rua, por exemplo. A rua como plano denota não só o seu sentido objetivo, como demarcação física, mas também subjetivo - certas qualidades da rua em meio à sede/unidade de referência.

O plano de intervenção “rua” é o território de vida das pessoas que são cuidadas. Esse território é muito diferente dos territórios de vida mais comuns em uma cidade. É território de moradia e de vida sem ser domiciliar. Entendido não somente por sua organização física e geográfica, mas também por sua organização combinada a um funcionamento subjetivo, caracterizando-se tanto por aspectos visíveis quanto por aspectos invisíveis.

Os aspectos visíveis da rua são os que podem ser mapeados e sistematizados: o número de pessoas, a delimitação territorial, os dados epidemiológicos que subsidiavam a avaliação e o monitoramento das práticas, as situações concretas de violência, os recursos, o tamanho, a movimentação, entre muitos outros. O território adscrito de uma equipe é composto, então, por tipos de população em situação de rua (mais fixas, mais itinerantes), atores variados que se fazem presentes (moradores de rua, comerciantes, polícia, agentes de outras políticas públicas, transeuntes, traficantes, grupos de extermínio, instituições religiosas, etc.), recursos que o território oferece à população em situação de rua (comida, dinheiro, local para dormir, outros serviços assistenciais) e tipos de agravos em saúde mais prevalentes, entre outros.

Os aspectos invisíveis da rua apresentam-se como dinâmicas relacionais que usuários ou grupos estabelecem num determinado território. Essa dimensão subjetiva da rua fala das relações que se estabelecem nela, do lugar que ela ocupa na vida dos sujeitos (lugares afetivos e simbólicos). Apesar de esses aspectos não serem palpáveis, eles existem, e na hora de organizar o processo de trabalho é preciso considerá-los. Isso cria a necessidade de repensar e reconsiderar as estratégias e os conceitos de saúde e, ainda, o engajamento no território. Deve-se entender o território, senti-lo; enxergá-lo e respirar seus ares.

A “sede/unidade de referência” é tradicionalmente compreendida como local onde se organizam e se dão as práticas de cuidado. Como plano de intervenção do Consultório na Rua, a sede se faz presente também na rua e na rede, indo além das práticas propriamente realizadas e previstas na unidade de saúde. O principal fator que define um espaço de cuidado é o aspecto relacional (12): a maneira de organizar e operar os processos e os fluxos de trabalho na sua relação com a realidade do território e do sujeito, com seus modos de viver. Dessa forma, um espaço de cuidado é realizado através de um modo de entrar em relação, para além da estrutura e limites do serviço no qual estão lotados os trabalhadores, ou até mesmo para além dos procedimentos tradicionais, rapidamente classificados como cuidado. Podem ser constituídos espaços de cuidado na rua da mesma forma que podemos ter uma sede ou um equipamento da rede que, embora tenha o mandato do cuidado, efetivamente não cuida.

O aspecto relacional do espaço de cuidado é percebido quando o Consultório na Rua torna-se referência no território, seja na sua presença na rua, seja na sede ou na rede. De uma maneira ou de outra, a sede se faz presente na rua e a rua se faz presente na sede. É preciso organizar o espaço da sede como um espaço de acolhimento para os usuários, onde os fluxos do espaço se adequem à rua: flexibilização e alteração dos horários de funcionamento, dos documentos exigidos para atendimento, dos modos de ouvir, falar e orientar, enfim, acolher. Em nossa experiência isso exigiu, por exemplo, ter sempre um trabalhador do Consultório na Rua na sede, para facilitar as relações entre os usuários do Consultório

na Rua e os profissionais e usuários de outros programas; exigiu manter uma sala de espera que considerasse as urgências não só do corpo biológico, mas também subjetivas e sociais – como por exemplo alguém que precisaria ir a uma entrevista de emprego, ou alguém que estava desaparecido há muito tempo, ou que estava em crise de abstinência de drogas.

No contexto de uma política de saúde voltada para uma população historicamente à margem dos serviços de saúde, é importante considerar que as inúmeras situações graves apresentadas por essa população, associadas à atual fragmentação do trabalho em rede e à insuficiência de retaguarda clínica na atenção secundária e terciária, produzem a necessidade de o Consultório na Rua dispor de um espaço para resolutividade de questões específicas: curativos, exame citopatológico. Mesmo sendo itinerante, a equipe precisa ter uma sede de referência, que tenha porta aberta à população em situação de rua, que possa ser utilizada sem restrições, sem necessidade de nenhum tipo de autorização, um espaço onde a pessoa em situação de rua tenha seu direito de acesso garantido. É preciso que se crie, no plano da rua, o plano da sede: espaço de encontro e acolhimento itinerante, junto ao local onde pessoa habita. A existência da sede, com seus recursos e fluxos, não ficará restrita às paredes do serviço, mas acontece e atravessa o plano da rua e da rede e, consequentemente, o seu modo de funcionamento.

O plano de intervenção “rede” se refere aos espaços físicos (serviços) e às lógicas organizacionais dos equipamentos da saúde, de outras políticas públicas e da sociedade civil, na relação com o trabalho do Consultório na Rua. O plano rede é composto pelos seus pontos (serviços e ações específicas de saúde e de outros setores) e também pelos modos como esses serviços, trabalhadores e usuários entram em relação.

A recente construção das redes de atenção à saúde (RAS) (13) realça o peculiar trabalho realizado pela APS, que tem como prerrogativa a coordenação do cuidado e a ordenação das diferentes redes em seu território. As RAS devem ter missão e objetivos comuns, operando de forma cooperativa e interdependente, trocando recursos. Não devem ser estabelecidas hierarquias entre os diferentes componentes. Todos os pontos de atenção

à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Devem focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde e têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população (14). Em que pese a relevância de organização interna do seu funcionamento, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil não pode se apresentar como alternativa absoluta para atender a complexidade das demandas apresentadas pelas populações em situação de rua. Assim, a rede intersetorial também compõe esse plano de intervenção do Consultório na Rua.

A rede se faz presente na dimensão rua, por exemplo, quando algum comerciante ajuda no tratamento de um paciente, quando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) entra em ação, ou quando é necessário dialogar com a polícia, os traficantes ou os moradores da área. No plano sede, um exemplo da presença da rede seria a construção de um projeto terapêutico integrado com outro serviço. O Consultório na Rua tem a função de tecer e aquecer a rede, criando relações, negociando, entendendo a lógica e a função de cada serviço, acolhendo suas dificuldades, mas também tensionando a acolhida da rua e suas especificidades. Na construção desse plano, está intrínseca toda a perspectiva do cuidado e de organização do processo de trabalho das eCR, que aponta para a urgência em se pensar práticas e políticas que atendam à necessidade da rua. Sobre tudo, pensar sobre como construir uma rede intersetorial.

Articular uma rede é fazer fluir o serviço em suas dinâmicas interna e externa. A articulação não é responsabilidade apenas dos gestores, mas se caracteriza na função-gestor, ou seja, de todos os trabalhadores e, inclusive, do usuário. Fazer fluir é estabelecer fluxos que ajudem o trabalho a se consolidar, que permitam que o acompanhamento se efetive e que desfaçam “nós” de comunicação e barreiras com o intuito de tornar o trabalho tanto mais resolutivo quanto mais for compartilhado.

As redes se constituem em arranjos entre os diferentes serviços de saúde nos territórios para desconstruir a fragmentação das práticas de saúde sustentadas apenas pela lógica de atendimentos pontuais aos agravos, geralmente centrada na lógica orgânica-biológica. Experiências demonstram que a integração sistêmica prevista pelas RAS

responde de maneira mais eficaz tanto à organização interna do sistema de saúde quanto aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário dos territórios. A constituição da rede fundamenta-se na concepção de que a APS deve resolver os problemas mais comuns de saúde, coordenando o cuidado dos usuários que estejam em todos os outros pontos de atenção (13). Sendo assim, a construção da rede é uma tarefa inseparável do cuidado e exige tempo na agenda dos trabalhadores das eCR para construí-la e para mantê-la aquecida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As problemáticas e aspectos aqui brevemente levantados ganham relevo a partir de experiências concretas com o Consultório na Rua, e não dizem respeito apenas ao trabalho dessas equipes. Quando confrontamos a realidade mais ampla dos serviços de APS, vemos muitos pontos de comunicação, principalmente no que diz respeito à relação entre prática de cuidado, gestão do processo de trabalho e território. Cada vez menos o Consultório na Rua aparece como um serviço especializado. Ele figura também como um serviço analisador, ou seja, que coloca em análise as práticas em saúde.

Para além de se constituir como uma estrutura voltada para os cuidados primários, para a prevenção e a promoção, com alta capacidade de capilarizar as ações de saúde, a APS se caracteriza por ser um serviço de base territorial. Isso não significa apenas “adscrição de território”, o que, em última análise, restringe toda a potencialidade desse nível de atenção. No Brasil, não é raro serviços de APS se tornarem limitados ao espaço delimitado da sede/unidade de referência, ficando alheios à dinâmica territorial. O que, por sua vez, impele sua prática a centrar-se no procedimento “queixa-conduta”, descaracterizando o que queremos afirmar como cuidado. O modo de relação entre equipe e território aqui exposto pode fornecer elementos primordiais para as práticas de cuidado e também para as práticas de gestão do cuidado.

A gestão do processo de trabalho aqui proposta é realizada, radicalmente, a partir das demandas construídas na relação entre dinâmicas da equipe e dinâmicas do território. Construir a gestão do trabalho nessas bases – a base da

relação –, pode permitir reconciliar o modelo de APS com a sua missão: cuidado de 80% dos agravos em saúde através de uma lógica territorial: no, através e com o território, sendo efetivamente um equipamento de ampliação de acesso. Contudo, esses modos de relação com o território permitem não somente um aumento da abrangência, mas também um aumento do grau da capacidade de cuidar de situações complexas, onde vários concorrem. Um duplo sentido de ampliação: ampliar a capacidade de acesso

e atenção; ampliar a capacidade de considerar e intervir junto aos vários vetores que compõem uma situação complexa, seja de um indivíduo, grupo ou comunidade. Uma reconciliação entre APS e território, pela construção de novas práticas de atenção diretamente implicadas em novas práticas de gestão do processo de trabalho para o SUS.

Agradecimentos. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão

de bolsa de doutorado (2011-2015) e à Equipe POP RUA (Consultório na Rua Rio de Janeiro, Centro, 2010-2013).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata; 1978. Disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1&ua=1 Acessado em setembro de 2018.
2. Rosa AS, Cavicchioli MG, Brêtas AC. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(4):576-82.
3. Decreto 7179/2010. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7179.pdf Acessado em setembro de 2018.
4. Machado IM. Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense; 2015.
5. Lopes LE, organizador. Caderno de atividades: tutor: curso de atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua. Rio de Janeiro: Ensino à Distância/Escola Nacional de Saúde Pública; 2014.
6. Sousa GC. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica*. 1998;14(4):863-70.
7. Brasil, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/bvsmg/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf Acessado em agosto de 2018.
8. Alexandre FS. A *parresia* pedagógica de Foucault e o *êthos* da educação como psicologia. *Rev Bras Educ*. 2013;18(53):325-38.
9. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento, e não um ato. Em: Conselho Federal de Psicologia. Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2006. Pp. 69-78.
10. Rauter C, Passos E, Benevides R, organizadores. Clínica e Política: subjetividade e violação de direitos humanos. Rio de Janeiro: TeCorá Editora; 2002.
11. Passos E, Benevides R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic Teor Pesq*. 2000;16(1):71-9.
12. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):427-38.
13. Brasil, Ministério da saúde. Portaria 4 279/2010. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=7578 Acessado em setembro de 2018.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
15. Merhy EE, Feuerwecker L, Gomes MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. Em: Franco TB, organizador. *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. Pp. 60-75.

Manuscrito recebido em 14 de janeiro de 2018. Aceito em versão revisada em 9 de agosto de 2018.

ABSTRACT**Contributions of Street Outreach teams to primary health care and management**

As part of the Unified Health System (SUS) in Brazil, a Street Outreach Program was created with the goals of delivering primary health care (PHC) and guaranteeing access to health initiatives for homeless populations in the street environment itself, connecting these populations to other services beyond urgent care and emergency facilities. The Program's scope of action involves, in addition to health care, protecting this population against the risks to which they are exposed combined with an effort to guarantee their rights. In this sense, the Street Outreach Clinics strive to ensure equity and access for people with no fixed address, within a system that essentially relies on geographical catchment areas to provide health care. Thus, the establishment of Street Outreach Clinics has introduced new modes of providing health care, and consequently new modes of managing work processes. Based on this articulation between care and management, the present article discusses three levels of intervention for the work of Street Outreach Clinics and teams (the street itself, the health care unit, and institutional networks), as well as the relationship between this Program and other PHC services and its contribution to reconciling PHC with its essential attributes, beyond catchment areas.

Keywords

Health management; universal access to health care services; primary health care; homeless persons; Brazil.

RESUMEN**Contribuciones de los equipos de Consultorio en la Calle para el cuidado y la gestión de la atención básica**

Como parte del Sistema Único de Salud en Brasil, los Consultorios en la Calle y sus equipos fueron creados teniendo como función prioritaria prestar cuidados primarios y garantizar el acceso a las acciones y servicios de salud para poblaciones en situación de calle, en el propio ambiente de la calle, creando vínculos en esa población con otros servicios que no sean solamente los de urgencia o emergencia. Su alcance involucra, además de la atención, la protección contra los riesgos a que está expuesta esa población, combinada con la búsqueda de la garantía de sus derechos. En ese sentido, los Consultorios en la Calle buscan hacer efectiva la equidad y el acceso a las acciones y servicios de salud para una población sin domicilio fijo dentro de un sistema basado esencialmente en la adscripción territorial de la población. Así, la creación del Consultorio en la Calle inaugura nuevos modos de cuidados de la salud y, en consecuencia, nuevos modos de gestionar el proceso de trabajo. A partir de esa articulación entre cuidado y gestión, el presente artículo discute tres planos de intervención donde se da la práctica de los equipos de Consultorio en la Calle (la propia calle, la sede o unidad de referencia y las redes institucionales), su relación con los demás servicios de atención primaria de salud y su contribución para reconciliar la atención primaria de la salud con sus atributos fundamentales, además de la adscripción del territorio geográfico.

Palabras clave

Gestión en salud; acceso universal a los servicios de salud; atención primaria de salud; personas sin hogar; Brasil.

Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?

Eduardo Alves Melo,¹ Ivia Maksud² e Rafael Agostini²

Como citar

Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e151. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>

RESUMO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a organização de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde tendo a atenção primária à saúde (APS) como ordenadora e porta de entrada para os serviços. Recentemente, novas diretrizes e experiências brasileiras designaram para a APS um papel de maior protagonismo no tema das políticas de HIV/Aids, que até então desenvolviam-se, no seu componente assistencial, centralmente em serviços especializados. Este artigo contextualiza e problematiza esse recente processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids no SUS. A partir de 2011, novas tecnologias diagnósticas (como os testes rápidos) foram implantadas na APS no Brasil, ampliando o acesso à testagem e promovendo um aumento do número de diagnósticos de HIV na APS. A partir de 2013, diretrizes e recomendações incentivaram também o acompanhamento de pessoas com HIV/Aids no âmbito da APS. Nesse contexto, o presente artigo examina a relação entre APS e atenção especializada, as questões de acesso, estigma e confidencialidade na APS e o modo de organização e funcionamento das equipes de saúde da família, notadamente a vinculação formal entre moradores a equipes. Conclui-se que o enfrentamento de vários desafios – de ordem moral, ética, técnica, organizacional e política – é necessário para ampliar as possibilidades de acesso e a qualidade do cuidado na APS para as pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; síndrome de imunodeficiência adquirida; assistência integral à saúde; Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, criado a partir da Constituição de 1988, representa a materialização jurídico-institucional das lutas dos movimentos pela reforma sanitária e tem como princípios e diretrizes centrais a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e o controle

social. Prevê um sistema organizado em redes de atenção à saúde (RAS) hierarquizadas e regionalizadas (1), visando à produção de cuidados integrados e integrais e à racionalização diante dos problemas gerados pela fragmentação das ações de saúde e pelos custos em saúde (2, 3).

Internacionalmente, a atenção primária à saúde (APS) tem sido pensada a partir de alguns atributos, destacando-se primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência

cultural (4). Esses atributos colocam, para a APS (também chamada no Brasil de atenção básica), a missão desafiadora de operar como base de ordenamento e porta de entrada preferencial das RAS no SUS, com alta resolutividade (clínica e sanitária) e integração com os demais serviços que compõem as RAS.

No Brasil, o SUS apresenta avanços e inovações – em áreas como imunização, saúde mental, APS, HIV/Aids e transplantes, entre outras – que, entretanto, evidenciam uma implantação mais através

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Correspondência: eduardo.melo@ensp.fiocruz.br

² Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

de programas e políticas específicas e parciais do que de modo sistêmico e integrado (3). Isso se deve, ao menos em parte, a problemas como o subfinanciamento, à gestão envolvendo três entes federados autônomos (União, estados e municípios), à influência do setor privado de saúde, à profunda heterogeneidade regional do Brasil e ao contexto de implantação do SUS (desfavorável a políticas de proteção social universais), o que acaba conformando “vários SUS”. As disparidades socioeconômicas e regionais se expressam também em termos de saúde e de sistema de saúde, sendo a administração de um sistema tão descentralizado um desafio complexo (5).

Recentemente, novas diretrizes nacionais e experiências locais têm colocado a APS em posição de protagonismo no tema do HIV/Aids, com papel de manter e ampliar ações de promoção, prevenção e diagnóstico e de incorporar o acompanhamento de usuários com HIV. Até então, as políticas de HIV/Aids, nas quais o Brasil tem se destacado no cenário mundial, tinham seu componente assistencial desenvolvido principalmente nos serviços especializados.

Considerando esses aspectos, o objetivo deste artigo é contextualizar o recente processo de descentralização do cuidado às pessoas com HIV/Aids para o âmbito da APS no Brasil – tema ainda escasso na literatura científica – e problematizar potencialidades e desafios como o direito das pessoas com HIV/Aids a uma atenção integral (considerando necessidades de saúde, acesso a ações e serviços bem como direitos humanos), por um lado, e a necessidade de fortalecer a APS e sua integração nas RAS, por outro. Ressaltamos aqui o entendimento de que a construção e a implantação de políticas públicas são processos sociopolíticos nos quais distintos atores e projetos/agendas se apresentam, comportando inclusive ações e reações em distintos planos e arenas, tais como o plano governamental, dos serviços de saúde e da sociedade civil.

HIV NO BRASIL

Os primeiros casos de infecção pelo HIV datam do início da década de 1980, nos Estados Unidos. No Brasil, as respostas à epidemia se iniciaram em 1982, antes da constituição do SUS, com a criação das primeiras organizações de mobilização comunitária, o programa estadual de São Paulo (região Sudeste), em 1983,

e o programa nacional no Ministério da Saúde, em 1986 (6). Depois desses anos iniciais, a epidemia passou a ser caracterizada por um intenso processo de respostas colaborativas, incluindo desde pessoas vivendo com HIV (PVHA) até áreas técnicas (7, 8).

A história brasileira foi marcada pelo desafio de incorporar as respostas à epidemia em longo prazo. O trabalho conjunto entre diversos setores e atores passou por acordos de empréstimo junto ao Banco Mundial para financiamento das atividades de prevenção durante as duas primeiras décadas. Além disso, o Brasil inovou ao incorporar os medicamentos antirretrovirais ao SUS, contrariando recomendações do Banco Mundial. Essa medida promoveu uma alteração radical nos quadros clínicos e epidemiológicos, resultando na redução da mortalidade e no aumento da expectativa de vida das PVHA (7, 8).

Ao longo dessa história, o modelo clínico adotado foi inicialmente de acompanhamento na atenção especializada, em geral por médicos infectologistas. Os serviços de atenção especializada (SAE), de caráter ambulatorial, estavam inseridos em policlínicas e hospitais. Os diagnósticos eram realizados nessas mesmas unidades e, posteriormente, se concentraram nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). A participação da APS nesse processo só foi intensificada depois dos anos 2000, por meio de sua responsabilização pelas ações de prevenção e aconselhamento e, recentemente, de testagem (9, 10). O acompanhamento das PVHA a partir de uma estratificação de riscos foi a última etapa do processo de descentralização do cuidado e a sua implantação está em curso de forma incipiente em alguns municípios.

Sendo assim, em anos mais recentes, o cenário das respostas à epidemia de HIV/Aids vem sendo significativamente alterado no Brasil, numa tentativa de adequação a metas globais de controle (11). Em relação à prevenção, destacam-se a incorporação dos testes rápidos no SUS e sua paulatina descentralização para a APS, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), e para unidades móveis, em parceria com a sociedade civil; a ampliação e unificação das ações para a profilaxia pós-exposição (PEP); e a incorporação da profilaxia pré-exposição (PrEP) para determinadas populações no âmbito do SUS. No campo da atenção, por sua vez, destacam-se a elegibilidade

de qualquer PVHA para o tratamento antirretroviral e a adoção do tratamento como prevenção; e a incorporação da dose fixa combinada como primeira linha de tratamento, com a inclusão de novos medicamentos.

De acordo com dados epidemiológicos oficiais, entre 1980 e 2017 foram notificados 882 810 casos de Aids no Brasil, sendo 576 245 (65,3%) em homens e 306 444 (34,7%) em mulheres. Os casos estão mais concentrados nas regiões Sudeste (52,3%) e Sul (20,1%), seguidas das regiões Nordeste (15,4%), Norte (6,1%) e Centro-Oeste (6,0%). De 2007 até 2017, foram notificados 194 217 casos de infecção pelo HIV no Brasil. No ano de 2014, a principal via de transmissão entre indivíduos com 13 anos ou mais foi a sexual, em ambos os sexos. Entre indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos teve como via de infecção a transmissão vertical (12).

APS NO BRASIL

A APS é um elemento estratégico na constituição das RAS no SUS. A ESF vem sendo considerada uma estratégia de reorientação do modelo assistencial no SUS, tendo se expandido a praticamente todos os municípios e regiões brasileiras a partir de indução financeira federal feita pelo Ministério da Saúde, sendo uma expressão do processo de descentralização intensificado a partir dos anos 1990. A ESF tem maiores coberturas em territórios com populações em situação de maior vulnerabilidade social (13). Atualmente, existem cerca de 41 mil equipes de saúde da família, o que representa uma cobertura de aproximadamente 65% dos 204 milhões de brasileiros.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca, para a APS, as funções de base e porta de entrada preferencial da RAS, de ser resolutive e de coordenar o cuidado dos usuários, adotando diretrizes como territorialização, adscrição de clientela e trabalho em equipe, entre outros, e desenvolvendo ações de promoção, prevenção, cura, manutenção da saúde, reabilitação e redução de danos, considerando pessoas e coletividades em seus contextos cultural e socioeconômico (14).

A principal forma de organização da APS no Brasil é através das equipes de saúde da família, com médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS),

podendo incluir profissionais de saúde bucal, bem como suporte de profissionais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e psiquiatras, entre outros, conformando Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que realizam práticas como discussão de casos, atendimentos conjuntos e ações coletivas, buscando ampliar a capacidade de cuidado da APS. Cada equipe de saúde da família é responsável por cuidar, em média, de 3 000 pessoas, podendo variar para mais ou menos a depender das características do território e da população (grau de vulnerabilidade social, por exemplo). Os ACS se caracterizam por morar no mesmo bairro onde se localizam os serviços que abrigam as equipes de saúde de família e a população sob sua responsabilidade, sendo considerados mediadores entre população e serviços de APS. Os serviços da atenção básica, denominados genericamente de unidades básicas de saúde (UBS), são geridos pelos municípios, a partir de diretrizes nacionais e financiamento compartilhado entre municípios, estados e União.

As três principais linhas de atuação da APS no SUS são o acolhimento da demanda espontânea, garantindo acesso, a oferta de cuidado continuado e a atenção aos problemas/riscos coletivos em saúde (15). Para tanto, a APS é organizada de modo territorial, com alto grau de proximidade à dinâmica social e às condições e modos de vida das pessoas. Num país diverso, desigual e grande como o Brasil, há diferentes realidades de APS que coexistem com elementos comuns (16).

Assim como outros componentes do SUS, a APS enfrenta limitações e problemas, a despeito dos avanços. É importante sinalizar, ainda, que algumas práticas e ações já são incorporadas à atenção básica de maneira ampla, como aquelas voltadas à saúde da criança, ao cuidado pré-natal e ao cuidado de pessoas com diabetes e hipertensão. Por outro lado, ações no campo da saúde mental, da reabilitação e de condições como HIV/Aids, ainda que existam, são menos características da atenção básica, ou realizadas nesse espaço de modo mais parcial.

Houve uma importante inflexão na PNAB e em outras políticas nacionais dirigidas à APS no Brasil entre os anos de 2011 e 2014, com destaque para o Programa Mais Médicos (17). Por outro lado, a recente revisão normativa da PNAB, ocorrida em 2017, num cenário social, político e econômico negativo para o

Brasil e para o SUS, tem sido objeto de muitos protestos e preocupações quanto ao risco de enfraquecimento da ESF e reforço de um modelo de APS residual e anterior à ESF.

O CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA APS BRASILEIRA

Entre os anos de 2011 e 2012, o Ministério da Saúde introduziu novas tecnologias diagnósticas na APS, com destaque, conforme já mencionado, para os testes rápidos (gravidez, sífilis e HIV, entre outros), ampliando o acesso à testagem e o aumento do diagnóstico de HIV na APS em todas as regiões do país. A partir de 2013, o Ministério da Saúde passou a adotar também diretrizes e recomendações de incentivo ao acompanhamento de pessoas com HIV/Aids (com quadro de baixo risco) na atenção básica dos municípios (18). Simultaneamente, alguns municípios brasileiros com grande investimento na estruturação da APS, como Curitiba e Rio de Janeiro (localizados nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente), passaram efetivamente a descentralizar o cuidado a pessoas com HIV para a APS (18). Ainda que ações de promoção e prevenção sobre HIV já estivessem difundidas nas equipes de saúde da família, o diagnóstico de novos casos (em todas as regiões) e, principalmente, o acompanhamento de usuários com diagnóstico positivo (em alguns municípios) são processos muito recentes, cercados de polêmica e ainda pouco estudados.

Considerando as trajetórias de construção da APS no Brasil e da resposta brasileira ao HIV, formulações desenvolvidas na saúde coletiva brasileira e em outros campos de saber, bem como o contexto mais geral do SUS e do Brasil, alguns elementos requerem atenção especial. O primeiro deles é a relação entre APS e atenção especializada, considerando a centralidade do médico no acompanhamento das PVHA. Embora “compartilhado” entre os dois “níveis” de atenção, segundo a proposta programática, o cuidado que se opera pelos serviços de saúde pode se configurar como uma tensão. Na experiência brasileira, médicos que estão na APS, generalistas, podem ser vistos por médicos especialistas como “recém-formados” ou “em fim de carreira”, com formação deficitária para o “manejo” da infecção, sobrecarga de trabalho e funções que não seriam

atribuições de médicos, resultando num tratamento inadequado a PVHA. Seria o caso de pensar que isso configura um embate entre duas formas/lógicas de fazer medicina, ou entre duas epistemologias do cuidado, uma mais integral/holista e outra mais biomédica (19)? Como pensar um “cuidado compartilhado” nesse caso? Proposições como a do apoio matricial, presente na experiência dos NASF, no qual especialistas e generalistas se relacionam em torno de casos concretos e realizam ações como discussão de casos e consultas conjuntas, podem ser um caminho fértil.

O segundo elemento de problematização refere-se às questões de acesso, estigma e confidencialidade na APS. Uma das justificativas para a descentralização do acompanhamento das PVHA seria a facilidade de acesso à atenção. No entanto, a literatura aponta o receio de PVHA de terem sua sorologia revelada para a comunidade a partir do compartilhamento de informações e decisões na equipe multiprofissional, característica das equipes de saúde de família (10). Em que medida a territorialidade pode, portanto, ampliar as possibilidades de cuidado ou exposição a preconceitos?

O terceiro elemento a ser destacado diz respeito ao modo de organização e funcionamento das equipes de saúde de família, notadamente a vinculação formal de moradores a equipes. Cada equipe de saúde de família é responsável por um território geográfico, com vinculação da população que nele reside ou, em alguns casos, trabalha. Existem alguns limites nessa organização. De um lado está a noção formal de vínculo, que deveria supor uma relação de confiança, importante para uma pessoa que vê sua vida afetada pelo diagnóstico de HIV. Uma noção mais ampliada de vínculo poderia comportar uma aproximação mais efetiva entre profissionais de saúde e usuários. Isso possibilitaria, a saber, conversas sobre temas como prevenção, sexualidade, uso de drogas e outros, impactando fortemente a vinculação real de um usuário a uma equipe de saúde de família. De outro lado está o receio da exposição e do estigma, que podem fazer com que alguns usuários prefiram ser acompanhados longe de onde vivem.

Isso nos faz acreditar ser necessária uma atenção especial ao vínculo real existente ou produzido entre usuário e equipe de saúde de família, bem como à

constituição de regramentos flexíveis, sob risco de descuidar de um usuário e não garantir seu direito à saúde em virtude do modo de organização e funcionamento do serviço de saúde, configurando uma barreira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas dirigidas a HIV/Aids e APS no Brasil possuem diferentes trajetórias. Recentemente, no Brasil, tais políticas se aproximaram – inicialmente, pela incorporação de um importante papel de testagem e diagnóstico do HIV na APS (com ênfase maior em gestantes) e, posteriormente, por meio de diretrizes e experiências municipais de descentralização do cuidado a PVHA para a APS, suscitando polêmica e novos esforços. Trata-se de

uma inovação social em saúde que merece ser problematizada.

Este artigo teve como objetivo contextualizar esse processo de descentralização, bem como indicar elementos configurados como tensões, desafios e possibilidades, considerando ainda o caráter recente deste movimento e a existência de poucos estudos e pesquisas. É importante destacar os desafios de ordem moral (relativos ao tema da sexualidade e ao estigma relacionado a práticas sexuais), ética (relativos ao sigilo e à confidencialidade num contexto de trabalho em equipe territorializada), técnica (manejo clínico e formação dos profissionais), organizacional interna (flexibilidade da APS para adaptar seus modos de organização, considerando necessidades e expectativas dos usuários), organizacional

externa (suporte e interação de médicos de família com infectologistas da atenção especializada) e política (condução da agenda e diálogo entre diferentes atores e perspectivas). Parece-nos que o enfrentamento desses desafios pode ser positivo para PVHA, quiçá ampliando as possibilidades de acesso e qualidade do cuidado, e para a APS, que se qualificaria para este e outros desafios.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, orgs. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_403158050.pdf. Acessado em agosto de 2018.
2. Miranda Junior HM. *Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade*. Divulg Saude Debate. 2014; 52:15-37.
3. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(2):301-6.
4. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Revised edition. Nova Iorque: Oxford University Press; 1998.
5. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.
6. Teixeira PR. Políticas públicas em Aids. Em: Parker R, org. *Políticas, instituições e Aids: 1997 enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar; 1997. Pp. 43-68.
7. Galvão J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34; 2000.
8. Mattos RA, Terto Jr. V, Parker R. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à aids no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2003;27:81-94.
9. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. *Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia*. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(3):581-9.
10. Zambenedetti G. O paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde [tese de Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115057>. Acessado em agosto de 2018.
11. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>. Acessado em agosto de 2018.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ano V, nº 1*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>. Acessado em agosto de 2018.
13. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis, AAC. *Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013*. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(2):327-38.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acessado em agosto de 2018.
15. Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. Em: Campos GWS, Guerrero AVP, orgs. *Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. Pp. 132-254.
16. Campos GWS, Pereira Junior N. Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Unified Health System: achievements and limits. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2655-63.
17. Melo EA. Where now for the Mais Médicos (More Doctors) Program? *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2672-4.
18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>. Acessado em agosto de 2018.
19. Bonet O. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro: 7Letras; 2014.

Manuscrito recebido em 24 de dezembro de 2017.
Aceito em versão revisada em 13 de agosto de 2018.

ABSTRACT**HIV/AIDS management at the primary care level in Brazil: a challenge for the Unified Health System?**

In Brazil, the Unified Health System (SUS) consists of a hierarchical and regionalized network of health services coordinated from the primary health care (PHC) level, which is also the entry point into the system. Recently, as a result of new guidelines and experiences in Brazil, PCH has been assigned a more substantial role in the care and management of people living with HIV/AIDS, tasks traditionally performed at specialized clinics. The present article contextualizes and explores the problems involved in this recent process of providing decentralized care to people living with HIV/AIDS in the context of the SUS. Since 2011, new diagnostic technologies (such as rapid testing) have become available at PHC units in Brazil, expanding access to testing and leading to an increase in the number of HIV diagnoses performed at the PHC level. Since 2013, new guidelines and recommendations have also supported care for people with HIV/AIDS in PHC units. The present article examines the relationship between PHC and specialized care, issues of access, stigma, and confidentiality in PHC, and the mode of organization and functioning of family health teams, especially the formal link between residents in catchment areas and health teams and workers. In conclusion, many challenges—moral, ethical, technical, organizational, and political—have to be faced in order to increase access and quality of care in the context of PHC for people living with HIV/AIDS in Brazil.

Keywords

Primary health care; acquired immunodeficiency syndrome; comprehensive health care; Brazil.

RESUMEN**Cuidados de pacientes con VIH / sida y atención primaria en Brasil: desafíos para la atención en el Sistema Único de Salud?**

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) prevé la organización de una red jerarquizada y regionalizada de servicios de salud, teniendo la atención primaria en salud (APS) como ordenadora y puerta de entrada para los servicios. Recientemente, nuevas directrices y experiencias brasileñas otorgaron a la APS un papel de mayor protagonismo en el tema de las políticas de VIH/sida, que hasta entonces desarrollaban su componente asistencial centralizado en servicios especializados. Este artículo contextualiza y explora los problemas de este reciente proceso de descentralización del cuidado a las personas que viven con VIH/sida en el SUS. A partir de 2011, nuevas tecnologías diagnósticas (como las pruebas rápidas) fueron implantadas en la APS en Brasil, ampliando el acceso a la prueba y promoviendo un aumento del número de diagnósticos de VIH en la APS. A partir de 2013, las directrices y recomendaciones incentivaron también el seguimiento de las personas con VIH/sida en el marco de la APS. En este contexto, el presente artículo examina la relación entre la APS y atención especializada, los temas de acceso, estigma y confidencialidad en la APS y el modo de organización y funcionamiento de los equipos de salud de la familia, así como la vinculación formal entre los habitantes y los equipos de APS. Se concluye que es necesario enfrentar varios desafíos (de orden moral, ético, técnico, organización y política) para ampliar las posibilidades de acceso y la calidad del cuidado en la APS para las personas que viven con VIH/sida en Brasil.

Palabras clave

Atención primaria de salud; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; atención integral de salud; Brasil.

O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil

Anapaula Martins Mendes,¹
Maurício Soares Leite,²
Esther Jean Langdon³
e Márcia Grisotti⁴

Como citar Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

RESUMO

No Brasil, o direito à saúde pleiteado pelos povos indígenas dialoga com diferentes marcos regulatórios, incluindo a Declaração de Alma-Ata, a qual propõe e valoriza a atenção primária à saúde (APS) como promotora de maior acesso e forma de minimizar as desigualdades em saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o subsistema de atenção à saúde indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foram criados como estratégia para garantir o acesso à saúde aos povos indígenas. A PNASPI prevê atenção diferenciada às populações indígenas com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas desses povos e focando no desenvolvimento da APS com garantia de integralidade da assistência. O presente artigo traz reflexões acerca da implementação da PNASPI, destacando os avanços e desafios apresentados durante esse percurso. Apesar dos crescentes recursos financeiros disponibilizados para implementar o subsistema de saúde indígena, as ações têm apresentado poucos resultados nos indicadores de saúde, que

refletem desigualdades historicamente descritas entre esses povos e os demais segmentos. A participação social ainda se mantém frágil, e suas discussões refletem a insatisfação dos usuários. A descontinuidade do cuidado somada à carência e alta rotatividade de profissionais, assim como a necessidade de estabelecer diálogos interculturais que promovam a articulação com saberes tradicionais, são fatores que desafiam a efetividade da PNASPI. O cuidado ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos. A superação desses desafios depende do fortalecimento da APS e de seu reconhecimento enquanto importante marco regulador do modelo organizacional da PNASPI.

Palavras-chave Atenção primária à saúde; saúde de populações indígenas; população indígena; Brasil.

No Brasil, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vivem mais de 890 mil índios, distribuídos em todos os estados e correspondendo a 0,4% da população brasileira. Esse grupo, distribuído em 505 terras indígenas, ocupa 12,5% do território nacional. Apesar do contingente populacional não tão expressivo em relação ao total da população brasileira, esses povos apresentam imensa sociodiversidade, incluindo 305 grupos étnicos falantes de 274 idiomas. Fundamental para a discussão proposta pelo presente artigo é o quadro epidemiológico, que, guardadas as particularidades de cada povo, em termos gerais é marcado por indicadores de saúde amplamente desfavoráveis frente ao restante da população brasileira (1–3).

Anteriormente à reformulação da Constituição brasileira, em 1988, os povos indígenas eram tutelados pelo Estado. Privados de direitos, a trajetória esperada era uma progressiva assimilação pelo restante da população brasileira. Essa postura impedia que esses grupos protagonizassem as tomadas de decisão de acordo com suas reais necessidades. Assim, a Constituição de 1988 teve grande impacto sobre a criação de políticas públicas voltadas aos povos indígenas, considerando a iniciativa de retirar de seu texto a tutela para torná-los cidadãos de fato e de direito. Entre os direitos concedidos está a garantia de atenção diferenciada à saúde (2–4).

A conferência internacional de Alma-Ata, em 1978, foi um marco nas discussões relacionadas ao desenvolvimento da atenção primária à saúde (APS) como base para a efetivação da saúde enquanto direito

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFSC), Florianópolis (SC), Brasil. Correspondência: anapsosa@hotmail.com

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, Florianópolis (SC), Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis (SC), Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis (SC), Brasil.

fundamental e a redução das desigualdades estabelecidas entre povos. Nesse conceito, a APS se dá através de ações que têm foco na articulação entre diferentes setores, considerando um conceito ampliado de saúde (5).

Sendo assim, cabe aos governos, em conjunto com as práticas de participação social, estabelecer normas e políticas que regulem estratégias para reduzir as iniquidades e desigualdades relacionadas à saúde e que se reflitam, de forma direta, no desenvolvimento dos países. Essas iniciativas, com base na situação local, devem promover a integralidade da assistência, compreendendo o acesso aos serviços e aos cuidados de diferentes profissionais, incluindo os “praticantes tradicionais” (5, 6).

Diversos movimentos foram instituídos nos anos 1980 no Brasil em prol de mudanças no sistema de saúde brasileiro, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mobilizações nesse sentido também foram realizadas pelo segmento indígena, que não conseguia se ver inserido nas propostas generalistas do SUS e que possuía necessidades específicas (2, 4). A Declaração de Alma-Ata já trazia como objeto de discussão a implementação de ações de APS visando à redução das desigualdades em saúde com foco nas especificidades de cada povo, proposta seguida no processo de construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) a partir das conferências de saúde protagonizadas pelos povos indígenas (5–7).

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é discutir a trajetória de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Brasil, com seus marcos regulatórios, desde sua criação, no ano de 2000. Espera-se assim trazer reflexões acerca dos desafios vivenciados na execução da PNASPI e na redução das desigualdades em saúde, historicamente descritas entre os povos indígenas.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

No Brasil, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), realizada em 1986, foi um dos primeiros momentos em que o Estado ouviu diferentes lideranças indígenas para discutir propostas relacionadas à formulação de diretrizes voltadas à saúde desses povos, assumindo como legítimas suas necessidades e especificidades e tendo como foco a APS. Até então, a atenção à saúde indígena vinha sendo gerida sucessivamente pelos mais diversos setores e órgãos, com ações desenvolvidas a partir de uma perspectiva paliativa e atividades descontinuadas, com poucos impactos na situação de saúde (3, 4, 7).

A proposta inicial da 1ª CNPSI foi a de que a gerência da atenção à saúde indígena fosse vinculada ao Ministério da Saúde, gestor do SUS no Brasil. Essa discussão se estendeu em uma segunda conferência, que mobilizou ainda mais os indígenas e teve a participação paritária de delegados indígenas e não indígenas. Naquele momento, a proposta estava voltada à mudança no modelo de atenção à saúde desses povos

na direção de uma atenção diferenciada, com foco na APS (7).

Em 1999, através da lei 9 836, foi instituído o SASI, passando a gestão da saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O SASI tinha como missão instituir, no âmbito territorial indígena, a APS e a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção, atendendo às especificidades de cada povo (o que incluía desde questões de cunho sociocultural até aspectos logísticos e epidemiológicos), respeitando seus saberes tradicionais e garantindo a participação e o controle social no processo de gestão (3, 4, 8). Também em consonância com as diretrizes de Alma-Ata, as equipes de saúde incorporaram trabalhadores indígenas, que ocuparam as novas funções de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento (4, 5).

A partir da criação do SASI foi elaborada a PNASPI. Essa política deveria ser implementada de acordo com os princípios do SUS, dando ênfase à descentralização das ações e dos recursos e a universalidade, integralidade, equidade e participação social, com destaque para as questões relacionadas à diversidade cultural, étnica, geográfica, epidemiológica, histórica e política. Como modelo organizacional, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Ao todo, são 34 no país, havendo, dentro desses, outras instâncias responsáveis pela assistência à saúde em diferentes níveis, como os polos base, as unidades ou postos de saúde e as casas de saúde indígena (8).

A participação social se dá através dos conselhos locais – geralmente situados em uma aldeia ou grupo de aldeias em determinada terra indígena – e distritais de saúde indígena, que apoiam a regulamentação da gestão dos distritos e levam as discussões locais para as conferências distritais. A escolha dos conselheiros é feita pelas comunidades indígenas. A partir daí, as discussões se ampliam nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (8).

CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA E SITUAÇÃO ATUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 2006, foram reivindicadas melhorias na situação de saúde e questionada a gestão da FUNASA. O órgão vinha sendo alvo de duras críticas, que incluíam sucessivas denúncias de corrupção e desvios de recursos. Em uma discussão sobre o financiamento e a gestão do SASI, Garnelo e Maquiné (9) descrevem uma lista de *sites* com grande volume de denúncias, incluindo grandes jornais, organizações não governamentais e órgãos estatais de fiscalização e comunicação. Como resultado, formaram-se grupos de trabalho que posteriormente impulsionaram a criação de uma secretaria diretamente ligada ao Ministério da Saúde.

Em 2010, foi aprovada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (7, 9). O que sua criação traz de novo é, em última instância, a existência de um órgão responsável unicamente pela saúde

indígena, que até então havia sido coordenada por setores dentro de outros órgãos ou instituições que tinham atribuições mais amplas, por vezes sequer limitadas aos povos indígenas. Nesse novo formato, contudo, não estão ausentes os desafios operacionais: Garmelo e Maquiné (9) também apontam que, dentre as secretarias diretamente ligadas ao Ministério da Saúde, a SESAI é a única que contempla simultaneamente responsabilidades tanto pela gestão como pela execução das ações e programas de saúde, o que exige do órgão uma robusta estrutura administrativa.

A 5ª Conferência, em 2013, foi a primeira subsequente à criação da SESAI. Entre as principais reivindicações expressas nessa ocasião estava a garantia da assistência integral, para além da atenção básica. Outra reivindicação era de que a atenção primária fosse fortalecida em associação e respeitando os saberes tradicionais indígenas, o que parecia não se consolidar mesmo após a criação da secretaria. A 5ª Conferência foi objeto de críticas importantes, que indicavam limitações no controle social e na participação dos representantes indígenas e questionavam a aprovação de propostas vistas como contraditórias (3, 4, 10).

UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNASPI

Mesmo com a criação e implementação da SESAI, persistem os problemas e desafios enfrentados antes pela FUNASA. Vale assinalar que a disponibilidade de recursos financeiros não se constituiu em empecilho, seja no período de gestão da FUNASA, seja após a criação da SESAI. Na verdade, as análises disponíveis sobre o financiamento do SASI mostram crescimento considerável e praticamente constante dos recursos disponíveis desde os seus primeiros anos de existência, à exceção talvez dos primeiros momentos após a criação da SESAI. Para dar uma ideia da progressão, o orçamento de 2010 foi 3 vezes maior que o de 2002, chegando a R\$ 379 000 000,00 (3, 4, 9). Em 2015, alcançou o montante de R\$ 1 533 659 105,00 (11).

No entanto, se os dados indicam uma evolução significativa e consistente dos recursos aprovados e executados, não é possível falar em melhora proporcional dos indicadores de saúde (3, 9, 11, 12). A despeito de uma relativa escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país – quando comparados aos dados disponíveis para o restante da população brasileira – é evidente o quadro de marcantes desigualdades que persistem após quase 20 anos de existência do subsistema. Alguns importantes indicadores, como a mortalidade geral, materna, número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis colocam a saúde indígena em franca desigualdade (13–15). O quadro de precariedade se confirma no Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, o único inquérito em saúde de abrangência nacional realizado entre esses povos. Esse inquérito registrou elevadas prevalências de anemia (atingindo,

além das crianças, as gestantes) e desnutrição, principalmente entre menores de 5 anos, contrastando com a obesidade e o sobrepeso encontrados nas mulheres adultas. O perfil aponta para a importância crescente das doenças crônicas não transmissíveis para os povos indígenas. O inquérito registrou ainda precárias condições sanitárias e taxas elevadas de internação de crianças por diarreia e infecções respiratórias, o que indica a baixa resolutividade das ações na APS (16).

Outra dificuldade relacionada à implementação dessa política se refere ao uso do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), restrito aos profissionais e gestores que o utilizam. Além da limitação de acesso às informações, destacam-se os problemas relativos à confiabilidade dos dados (3, 13, 17) e à comunicação com os demais sistemas de informação do SUS. Isso dificulta o planejamento de acordo com as reais necessidades de cada local e um monitoramento que permita avaliar o desenvolvimento de ações, os avanços e limites da PNASPI e, consequentemente, a situação de saúde da população indígena (2, 13, 14).

Alguns autores têm descrito a presença de estruturas de saúde precárias e insumos e equipamentos escassos que, somados à alta rotatividade de profissionais e à complexidade logística encontrada em algumas regiões, têm reflexos negativos na qualidade da prestação de serviços dentro dos territórios indígenas. Cuidados paliativos e atenção emergencial têm sido priorizados, caracterizando o enfraquecimento da APS. Em relação à alta rotatividade dos profissionais, o não estabelecimento de vínculo tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde desses povos (3, 4, 18).

A estruturação dos Conselhos de Saúde parece um ganho real dos povos indígenas no que diz respeito às diretrizes da política. A participação social tem como objetivo permitir que os indígenas se insiram nas estratégias de planejamento e avaliação dos serviços prestados a seus povos e consequentemente busquem maior resolutividade para os problemas. Porém, esse controle social enfrenta sérias barreiras para a sua real concretização, a despeito da previsão legal de instâncias de controle social no subsistema. Ainda, durante as conferências, as vozes ativas nem sempre são as dos indígenas (3, 4). Cardoso (4) e Shankland et al. (15) relatam experiências onde os próprios indígenas julgam precária a atuação de alguns conselheiros.

Um grande desafio que persiste é o da realização da diretriz que propõe a articulação entre as chamadas “medicinas tradicionais” e o sistema médico oficial. Análises recentes sugerem que as iniciativas oficiais de incorporação das práticas e saberes nativos resultaram na constituição de dispositivos de controle pelo Estado, com uma perspectiva essencialmente integracionista. Além disso, as propostas oficiais de uma atenção diferenciada parecem ser vistas como problemáticas pelos próprios gestores, e a própria racionalidade biomédica impede a flexibilização das ações em direção ao diálogo intercultural (3, 4, 18–20).

CONCLUSÕES

Embora desejável, um balanço categórico do processo de implementação da PNASPI no Brasil mostra-se pouco produtivo, e talvez nem sequer factível. Houve, por certo, avanços importantes, com ganhos reais no cenário da saúde indígena no país. No entanto, em termos gerais, os dados disponíveis seguem apontando para enormes distâncias entre o que a PNASPI prevê e a precariedade com que a mesma se concretiza no cotidiano vivido pelos povos indígenas. Se por um lado é possível afirmar que, a despeito de todas as dificuldades enfrentadas a partir da criação do subsistema de saúde indígena, a Política teve impactos positivos no cenário da saúde indígena no país, é também verdadeiro que os impactos foram limitados.

Parece mais sensato, talvez, pensar em ganhos ainda parciais, em muitos aspectos positivos, mas distantes dos objetivos propostos pela PNASPI. São inegáveis progressos, como o aumento do acesso desses povos aos serviços de saúde, inclusive nas regiões mais remotas do país. O foco na APS, como propõe Alma-Ata, mesmo que frágil em sua efetivação no panorama indígena, trouxe uma importante mudança de perspectiva em relação às práticas vigentes anteriormente à incorporação da saúde indígena pelo Ministério da Saúde. A participação e o controle social avançaram significativamente, mas encontram ainda sérias barreiras à sua efetivação. A gestão da SESAI ainda se mostra centralizada e limitada pelo modo como seu quadro de pessoal é composto; os problemas com a formação de profissionais para a atuação em ambientes interétnicos e a

elevada rotatividade parecem muito distantes de serem solucionados.

Ao mesmo tempo, há que se mencionar a persistência de uma distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira, sendo o segmento indígena sistematicamente desfavorecido. Reflexos da manutenção dessas iniquidades em saúde estão em pauta nas discussões das conferências nacionais de saúde indígena e nos recorrentes discursos de insatisfação dos usuários com a atenção à saúde de seus povos. Apesar de a estruturação e construção da PNASPI corroborarem as propostas descritas na Declaração de Alma-Ata, pensando a APS como estratégia para viabilizar o direito à saúde através do acesso, com vistas a reduzir as desigualdades, estimulando a participação social e a formação dos profissionais, assim como a manutenção do vínculo entre esses profissionais e sua população adstrita, podemos analisar que, de maneira integral, essa APS não se efetiva.

Agradecimentos. O desenvolvimento do projeto está vinculado à Bolsa Fundação CAPES/PDSE Edital 47/2017 (processo nº 88881.190163/2018-01).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPS/P/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Brasília: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf Acessado em 3 de abril de 2016.
2. Instituto Socioambiental. Povos indígenas do Brasil, 2006-2010. ISA; 2011. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/index.php/acervo/livros/povos-indigenas-no-brasil-2006-2010> Acessado em 3 de abril de 2015.
3. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. Em: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. Pp. 18-59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf Acessado em setembro de 2018.
4. Cardoso MD. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 83-106.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acessado em setembro de 2018.
6. Pan American Health Organization (PAHO). Renewing primary health care in the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf> Acessado em setembro de 2018.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: relatórios das conferências de saúde indígena. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acessado em 13 de janeiro de 2016.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acessado em setembro de 2018.
9. Garnelo L, Maquiné A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 107-144.
10. Peres AC. 5º Conferência Nacional de Saúde Indígena: desafios demais, debates de menos. RADIS. 2014;24-8. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis-138b.pdf> Acessado em setembro de 2018.
11. Verdum R. Os direitos indígenas no cipoal da transparência. Nota técnica nº 187. Brasília: INESC; 2015.

- Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/notas-tecnicas/nts-2015/nota-tecnica-187-os-direitos-indigenas-no-cipoal-da-transparencia/view> Acessado em setembro de 2018.
12. Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1465–73.
 13. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. Em: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012. Pp. 60–107. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf Acessado em setembro de 2018.
 14. Mendes AM, Bastos JL, Bresan D, Leite MS. Epidemiologic situation of tuberculosis in Rio Grande do Sul: an analysis about Sinan's data between 2003 and 2012 focusing on indigenous peoples. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):658–69.
 15. Shankland A, Toledo ME, Barbosa A, Bittencourt MF. Brazil country report: indigenous health and vulnerability monitoring systems. Part of UNICEF's Real Time Monitoring: Equity in Action Global Study. Nova Iorque: UNICEF; 2012.
 16. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional De Saúde. Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas. Relatório final: análise dos dados. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1284 Acessado em setembro de 2018.
 17. Sousa MC, de, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad Saude Publica*. 1007;23(4):853–61.
 18. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. Em: Langdon EJ, Grisotti M. *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016. Pp. 17–41.
 19. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2013;20(1):203–19.
 20. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 217–46.

Manuscrito recebido em 29 de dezembro de 2017. Aceito em versão revisada em 5 de setembro de 2018.

ABSTRACT

The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil

In Brazil, the right to health claimed by indigenous peoples interacts with various regulatory milestones, including the Alma-Ata Declaration, which proposes and highlights primary health care (PHC) as a means to increase access and minimize health inequalities. As part of the Brazilian Unified Health System (SUS), an indigenous health subsystem (SASI) was established, along with a National Policy for the Care of Indigenous Peoples (PNASPI), as a strategy to ensure health care access for these populations. PNASPI aims to provide differentiated health care to indigenous populations, considering the sociocultural diversity and the epidemiological and logistic peculiarities associated with the care of these peoples and focusing on the provision of comprehensive care. The present article discusses the implementation of PNASPI, highlighting achievements and challenges faced during this process. Despite the growing financial resources made available for the implementation of the indigenous health subsystem, the initiatives developed thus far have had little impact on health indicators, which reflect historical inequalities in relation to other population segments. Indigenous social control is still fragile, and the discussions in this arena show the dissatisfaction of users toward the system. The discontinuity of care, added to the shortage of and high turnover of health care workers and the need to establish intercultural dialogues that promote articulation with traditional knowledges, challenge the effectiveness of PNASPI. Care is still centered on palliative and emergency measures, usually based on relocation of patients for treatment, which is associated with high cost. To overcome these challenges, PHC must be strengthened and recognized as a regulatory milestone by the PNASPI organizational model.

Keywords

Primary health care; health of indigenous peoples; indigenous population (public health); Brazil.

El desafío de brindar atención primaria de salud a los pueblos indígenas en Brasil

RESUMEN

En Brasil, el derecho a la salud reclamado por los pueblos indígenas interactúa con varios marcos regulatorios, incluida la Declaración de Alma-Ata, que propone y destaca la atención primaria de salud (APS) como un medio para aumentar el acceso a la salud y minimizar las desigualdades en materia de salud. Como parte del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), se crearon el subsistema de salud indígena (SASI) y la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), como estrategias para garantizar el acceso a la atención médica de estas poblaciones. La Política tiene como objetivo brindar atención de salud diferenciada a las poblaciones indígenas, considerando la diversidad sociocultural y las peculiaridades epidemiológicas y logísticas asociadas con la atención de estos pueblos y centrándose en dispensar una atención integral basada en la APS. En este artículo se discute la implementación de la Política, y se destacan los logros y desafíos enfrentados durante este proceso. A pesar de los crecientes recursos financieros disponibles para la implementación del subsistema de salud indígena, las iniciativas desarrolladas hasta ahora han tenido escaso impacto en los indicadores de salud, que reflejan desigualdades históricas en relación con otros segmentos de la población. La participación social aún es débil, y las discusiones en este campo revelan la insatisfacción de los usuarios con el sistema. La falta de continuidad de la atención, sumada a la escasez y alta rotación de los trabajadores de la salud, así como la necesidad de establecer diálogos interculturales que promuevan la articulación con los conocimientos tradicionales, cuestionan la efectividad de la Política. La atención aún se centra en prácticas paliativas y de emergencia, generalmente basadas en la reubicación de los pacientes para tratamiento, lo que se asocia con un alto costo. La superación de estos desafíos depende del fortalecimiento de la APS y de su reconocimiento como marco regulador importante del modelo organizativo de la Política.

Palabras clave

Atención primaria de salud; salud de poblaciones indígenas; población indígena; Brasil.

Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil

Leo Pedrana,¹ Leny Alves Bomfim Trad,¹ Maria Luiza Garnelo Pereira,²
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté¹ e Sara Emanuela de Carvalho Mota¹

Como citar

Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e178. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>

RESUMO

A preocupação com um cuidado culturalmente apropriado e intercultural, baseado na articulação e complementariedade entre saberes em saúde, vem sendo uma prioridade para garantir a atenção primária à saúde (APS) dos povos indígenas desde a Conferência de Alma-Ata. No Brasil, país de significativa variedade sociocultural no contexto indígena sul-americano, existe há 16 anos uma Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas (PNASPI) focada no conceito de atenção diferenciada. Esse conceito, considerado como incompleto e contraditório, é variavelmente operacionalizado na APS de indígenas. Sendo assim, o presente artigo propõe uma análise da formulação e operacionalização desse conceito na PNASPI. Essa análise torna evidente o caráter etnocêntrico da PNASPI, as numerosas contradições e negligências que não contemplam de fato o intercâmbio e articulação com o saber tradicional e as visões êmicas indígenas de saúde e dos processos de padecimento/cura. A reversão dessas limitações exigirá maior reflexividade, questionamento e vigilância epistemológicos tanto das ciências sociais e políticas quanto dos movimentos sociais e de controle social indígenas para redefinir em termos interculturais a APS de indígenas no Brasil.

Palavras-chave

Saúde indígena; interculturalidade; política pública; atenção à saúde; Brasil.

As orientações da Declaração de Alma-Ata há 40 anos fundamentam o desenho dos modelos sanitários nacionais centrados na igualdade de acesso à atenção primária à saúde (APS). Considerada porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados no Sistema

Único de Saúde (SUS), no Brasil a APS deve ser ofertada universal e gratuitamente, de acordo com as demandas e necessidades do território, e considerando os determinantes e condicionantes de saúde (1). Nos territórios indígenas do país, as ações de APS são ofertadas através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), sob uma perspectiva participativa e intercultural, da qual os agentes comunitários indígenas e praticantes tradicionais participam como “importantes aliados” dos profissionais da atenção primária “na organização de

medidas para aprimorar a saúde da comunidade” (2).

Como outras nações, o Brasil também busca garantir serviços de saúde pública universais, integrados, apropriados e compreensivos (3) e ações de cuidado culturalmente apropriadas, respeitando as especificidades e direitos socioculturais conforme a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (4). Tais ações e serviços devem ser fundamentados na articulação com os saberes e práticas tradicionais indígenas em saúde através da introdução de novos

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Salvador (BA), Brasil. Correspondência: Leo Pedrana, leo.pedrana@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Manaus (AM), Brasil.

conceitos nas políticas públicas, transformação das formas organizativas dos modelos de atenção e definição de novas práticas de cuidar. Não obstante, os indígenas seguem sendo considerados, em nível global, um dos grupos populacionais mais vulneráveis. O fosso entre as condições de saúde dos indígenas e aquelas das sociedades nacionais “envolventes” persiste, ou seja, a iniquidade na saúde indígena segue sendo um problema prioritário na agenda mundial (5).

Na América do Sul, a trajetória histórica de criação de diversos modelos e estratégias institucionais de APS para as populações indígenas, orientados pela interculturalidade, é marcada pela luta dos movimentos sociais indígenas e pela postura crítica pós-colonial das análises acadêmicas (6). Por sua vez, o Brasil, país de extensão continental e vasta heterogeneidade étnico-linguístico-cultural, incorporou o reconhecimento dos direitos diferenciados dos indígenas com a Constituição de 1988, mas ainda limitando esses direitos a aspectos sociais e culturais, deixando em segundo plano a garantia dos direitos à soberania, à autodeterminação e à representação no processo de tomada de decisões políticas, perpetuando resquícios de uma herança histórica de colonização e escravidão.

No campo do direito à saúde, o movimento indígena reivindicou, a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, em 1986, um subsistema de atenção voltado às especificidades dos seus povos. Isso se efetivou anos mais tarde, através da “lei Arouca”, com a criação de um modelo de atenção com enfoque integral e diferenciado (7), considerando que:

O processo de saúde/doença dos povos indígenas é o resultado de determinantes socioeconômicos e culturais, que vão desde a integridade territorial e da preservação do meio ambiente, à preservação dos sistemas médicos tradicionais desses povos e da preservação da cultura como um todo, da autodeterminação política e não somente pela assistência à saúde prestada. É da máxima importância observar a formação de recursos humanos adequados a prestarem assistência médico-sanitária aos povos indígenas, levando em conta o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais dessas populações, procurando estratégias de mudanças

de postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde, em todos os níveis do país (Deputado Sérgio Arouca, Sala de Sessões, em 29 de junho de 1994) (8).

A “abordagem diferenciada e global” prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (9, p. 28) estabelece a criação do SASI, definido como um subsistema “complementar e diferenciado” do SUS (9, p. 13), concebido com base em elementos de especificidade e diferenciação estruturados “sob a bandeira” da atenção diferenciada em contextos considerados interculturais (10).

Estudos empíricos que analisaram a operacionalização da PNASPI evidenciam um modelo de assistência que produz uma “normatização inclusiva” (11) e o predomínio de práticas assistencialistas e que hegemonizam as diferenças (12). Prevalece uma interculturalidade funcional, na qual “o reconhecimento e respeito à diversidade cultural se convertem em uma nova estratégia de dominação que ofusca e mantém, ao mesmo tempo, a diferença colonial através da retórica discursiva do multiculturalismo” (13, p. 4, tradução livre dos autores).

Assim, os estudos apontam que a operacionalização da PNASPI não tem favorecido a produção de ações em saúde afinadas com as lógicas culturais e as demandas efetivas das comunidades indígenas. Em realidade, tem produzido efeitos contrários aos princípios e pressupostos fundantes da política, especialmente no que diz respeito à adaptação e ao aperfeiçoamento do funcionamento e à adequação da capacidade do SUS às “necessidades específicas” de saúde das “comunidades culturalmente diferenciadas”, referenciadas na “saúde diferenciada” (14).

A saúde coletiva e a antropologia coincidem ao enfatizar a opacidade e a complexidade do conceito de atenção diferenciada, refletidas tanto no texto da PNASPI quanto na sua implementação (15). Por outro lado, algumas análises se revelam pouco críticas frente às fragilidades apontadas, contribuindo para invisibilizar contradições, lacunas e pressupostos etnocêntricos presentes na referida política. Nesse contexto, o presente artigo se propõe a interrogar quais aspectos do complexo conceito de atenção à saúde diferenciada são claramente definidos na Política de Saúde Indígena

(9) em termos de operacionalização e quais são os pontos negligenciados ou contraditórios que (des)orientam o *modus operandi* dos profissionais da saúde.

Para abordar a questão da atenção diferenciada evoca-se a concepção de interculturalidade crítica de Catherine Walsh (16, p. 4-5), na qual encontramos categorias que podem ser referenciadas ao campo da saúde indígena: um processo de relação, comunicação e aprendizagem entre culturas a partir de condições de respeito, legitimidade mútua, simetria e igualdade; um intercâmbio entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes para desenvolver um novo sentido entre elas na sua diferença; um espaço de negociação e tradução, onde as desigualdades e relações de poder da sociedade são reconhecidos e confrontados.

“Diferenciado”: sentidos e aplicações práticas na PNASPI

O termo “diferenciado” se apresenta na PNASPI sobretudo em relação ao “modelo diferenciado de organização de serviços”, considerando “formas ocidentais convencionais” (9, p. 1), com menor ênfase sobre as “práticas sanitárias” (9, p. 13). A preocupação com a “adequação” do sistema público de saúde aos sistemas tradicionais de saúde centra-se, portanto, sobre questões formais e “tecnologias apropriadas” (9, p. 6) em um sentido genérico, baseado na visão etnocêntrica de organização dos serviços.

Na diretriz relativa ao “monitoramento das ações de saúde”, o *habitus* biomédico se reflete na preocupação em definir critérios e indicadores estritamente epidemiológicos como instrumentos que deverão “permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer” e “que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde” (9, p. 16). De fato, o monitoramento da saúde indígena não é definido em termos interculturais: não prevê indicadores para monitorar as práticas interculturais de cuidado, nem tampouco considera a participação das comunidades indígenas na gestão, implementação e acesso aos dados (17). O Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI) não é de público acesso e a sua implementação privilegia metas quantitativas sem considerar variáveis de natureza qualitativa da efetividade do cuidado intercultural.

Em outro trecho da PNASPI, alude-se a “serviços diferenciados” (9, p. 15) na

lógica da integralidade, aqui entendida como acesso e continuidade do tratamento entre níveis de complexidade diferentes, e “por intermédio de diferenciação de financiamento”. O modelo de gestão do SASI se estrutura seguindo uma lógica piramidal na qual se inserem numerosas empresas privadas e organizações não governamentais, diferenciando o modelo de atenção desse subsistema no SUS em termos de maior dependência da terceirização na assistência: uma fragmentação que envolve desde os trabalhadores até os serviços essenciais como transporte sanitário e limpeza.

Os aspectos mais claramente orientados a uma perspectiva intercultural e indigenista da PNASPI, tais como a articulação entre saberes, respeito de práticas e valores do sistema tradicional e a consideração e reconhecimento da diversidade, constam na seção das diretrizes farmacológicas (9, p. 17). Essas diretrizes explicitam a valorização das práticas farmacológicas tradicionais como estratégia de articulação entre saberes fitoterápicos, através da “avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção”, além de ressaltar a questão do “controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos” (9, p. 18). No entanto, a dita articulação entre farmacologia ocidental e tradicional indígena fica aberta a leituras ambíguas: por um lado, manifesta-se uma preocupação pelo impacto da troca cultural de um objeto, o medicamento farmacológico e, por outro lado, aparece uma perspectiva unidirecional de apropriação de conhecimento, das práticas fitoterápicas e dos segredos do ofício da pajelança de tipo predatório, não complementar.

Fica claro que os elementos de diferenciação do SASI são definidos nas primeiras diretrizes da PNASPI com ênfase na formalidade da organização dos serviços. A substancialidade do cuidado diferenciado ofertado é atravessada por contradições, a partir da dominante visão biomédica da saúde e da atenção à saúde indígena.

A lógica monocultural e unidirecional subjacente à política nacional se revela também na diretriz “articulação dos sistemas tradicionais”, na medida em que não prevê, como o próprio título sugere, o SUS como objeto de articulação com os demais sistemas médicos tradicionais, supostamente subalternos ou periféricos.

A natureza epidemiológica dos critérios que definem o perfil e as competências das equipes multiprofissionais de

saúde indígena (EMSI), que operam na APS voltada a esse grupo, é outro aspecto que salta aos olhos, uma vez que sua composição e parametrização variam de acordo com “o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias” (9, p. 14). Torna-se evidente a falta de referência às competências comunicativo-relacionais e linguístico-culturais necessárias para a mediação em contextos interculturais considerando as 274 línguas indígenas brasileiras (18).

Assim, o aspecto multidisciplinar da composição das EMSI se reduz *a priori* e *a fortiori* quase que exclusivamente aos profissionais da saúde pública *stricto sensu*, reproduzindo exatamente o modelo de equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS não diferenciado. A definição organizativa do modelo de atenção na APS exclui, portanto, a contribuição de especialistas de outros saberes da saúde, como o cuidador tradicional indígena, ou campos e disciplinas acadêmicas orientadas à interculturalidade na saúde, pois a “colaboração sistemática de antropólogos” (9, p. 14) não se efetiva necessariamente na oferta cotidiana de atenção às comunidades indígenas do Brasil. A visão eurocêntrica da PNASPI considera os profissionais das EMSI como “brancos” e representantes da “medicina dos brancos”, ocidental e biomédica. Isso ocorre apesar do aumento considerável, nos últimos anos, da profissionalização de indígenas que atuam na saúde indígena além dos agentes indígenas de saúde (AIS) (19).

Outra lacuna importante diz respeito à ausência de investimento em processos de formação diferenciados, estruturados com base no conhecimento tradicional do contexto local e competências relacionais e comunicativas interculturais, capazes de produzir relações de cuidado efetivamente diferenciadas (20). Embora a PNASPI reconheça a centralidade da formação “como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas” (9, p. 16), é prevista exclusivamente para uma categoria de profissional, o AIS, a partir de uma concepção que se arrisca em termos assimilacionistas e integracionistas como “uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental”.

Isso se reflete na hierarquização das relações nas EMSI, baseada no conhecimento especializado das patologias como clara demonstração do predomínio hegemônico da biomedicina na concepção de atenção diferenciada. Não está prevista a reciprocidade na apropriação e incorporação de outros saberes em saúde pelos outros profissionais das EMSI (médico, odontólogo, enfermeiros, técnicos e assistentes).

O percurso de compreensão do sentido de cuidado das comunidades assistidas e da aproximação ao processo de saúde-doença e ao saber tradicional em saúde não se dá com base em processos interculturais de troca, intercâmbio, reconhecimento recíproco, bi-direcionalidade e polissemia de práticas de fazer a saúde diferentes. Isso demonstra uma outra contradição com os pressupostos que fundamentam a lei nacional no que se refere a articulação e respeito entre saberes, uma vez que a sua operacionalização, paradoxalmente, não prevê a inclusão no sistema de saúde público dos especialistas tradicionais (pajés, rezadores, benzedeiros, raizeiros, parteiras).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do texto da PNASPI evidencia uma visão intercultural funcional, mais que crítica e operacional, do fazer diferenciado em relação à atenção à saúde indígena, que passa pelos extremos do etnocentrismo até as contradições sobre os pressupostos da articulação entre saberes, central para a concepção de atenção diferenciada. Ao retomar como referência o conceito de interculturalidade crítica, a análise evidencia os nós que viram obstáculos e barreiras para o entendimento de atenção diferenciada como um processo de interação mutuamente construído, compartilhado e validado. As ambiguidades ou ambivalências que permeiam a noção de atenção diferenciada se apresentam como empecilhos à construção de novas práticas interculturais de cuidar conforme as intenções expressas nas premissas fundantes da legislação nacional.

As conferências nacionais, expressões do ponto de vista de indígenas e sanitaristas indigenistas, seguem demandando e sugerindo estratégias interculturais como a inclusão dos especialistas tradicionais nos serviços de atenção à saúde indígena e uma formação intercultural para os profissionais não indígenas. Porém, em termos institucionais, a vocalização das visões êmicas indígenas sobre a saúde é

fortemente limitada pelo caráter consultivo das instâncias de controle social indígena (conselhos e conferências nacionais de saúde indígenas) que por vezes constriam a concreta participação no processo de tomada de decisão sobre a saúde pública indígena.

A perspectiva crítica da política de atenção pode ser, nesse sentido, um meio estratégico para superar as barreiras erigidas pela tendência monolítica da biomedicina, expressão de hegemonia cultural sobre as silenciosas resistências e domínio dos adormecimentos dos milenares saberes comunitários indígenas.

Faz-se necessário empreender um exercício rigoroso de autorreflexão e de vigilância epistemológica capaz de construir um processo virtuoso de reflexão crítica intercultural que passa pelo reconhecimento institucional e científico das epistemologias do saber indígena em saúde e pela análise de práticas e saberes tradicionais comunitários de autoatenção (21),

explicitando a visãoêmica indígena sobre os processos de adoecimento e cura em uma perspectiva de múltiplos sistemas terapêuticos. Isso permite focar os processos de hibridismos e distinções entre as epistemes e vislumbrar possibilidades de articulação e integração entre as práxis de atenção à saúde indígena em um sentido intercultural. O processo de revisão da PNASPI que culmina com a realização da próxima 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena deve (re)considerar os fundamentos interculturais da noção de atenção diferenciada, tanto em nível de política como de episteme científica, e construir estratégias para efetivá-los nas práxis dos sujeitos que ofertam cuidado em saúde aos povos indígenas.

Ao considerar a reforma sanitária brasileira como um processo em construção (22), podemos pensar uma nova era de interculturalidade promovida pelo ativismo dos indígenas em sinergia com a pesquisa científica implicada, aplicada

e coletiva. Nesse sentido, esperamos que a análise proposta possa tornar-se um instrumento útil para concretizar novas estratégias de reestruturação e indigenização da interculturalidade nas práticas de atenção à saúde no âmbito do subsistema público voltado às populações brasileiras originárias.

Agradecimentos. O estudo teve apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pela concessão de bolsa de doutorado ao primeiro autor.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acessado em 12 de setembro de 2017.
2. World Health Organization (WHO). Primary health care: report of the International Conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO;1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf> Acessado em 10 de setembro de 2017.
3. Pan American Health Organization (PAHO). Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington, D.C.: PAHO;2007. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>; Acessado em 19 de outubro de 2017.
4. Brasil, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 5 051/2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm Acessado em 19 de setembro de 2018.
5. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016;388(10040):131-57.
6. Silveira NH. Políticas públicas de saúde e indigenismo na América Latina. Em: Langdon EJ, Cardoso MD, org. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015.
7. Brasil. Lei 9 836/1999. Diário Oficial da União. 1999;24 set; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm Acessado em 10 de outubro de 2017.
8. Brasil. Projeto de lei 4 681/1994. Disponível em: <https://goo.gl/Rth5w7> Acessado em 3 de janeiro de 2013.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 254/2002. Diário Oficial da União. 2002;31 jan; Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acessado em 10 de outubro de 2016.
10. Diehl EE, Langdon EJ. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Univ Humanist*. 2015;80:215-36.
11. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equivocados na política atual. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):860-6.
12. Pereira OP, Almeida TMC. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2005;15(2):91-8.
13. Walsh C. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des) de el insurgir, re-existir y re-vivir. *UMSA Rev (Entre Palabras)*. 2009;3.
14. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2013;20(1):203-19.
15. Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(10):3199-210.
16. Walsh C. La Interculturalidad en la educación. Lima: Ministerio de Educación, Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural; 2005.
17. Walker J, Lovett R, Kukutai T, Jones C, Henry D. Indigenous health data and the path to healing. *Lancet*. 2017; 390(10107): 2022-3.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acessado em 11 de setembro de 2014.
19. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):867-74.
20. Langdon, EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude Soc*. 2007;16(2):19-36.
21. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(1):185-207.
22. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Manuscrito recebido em 22 de dezembro de 2017.
Aceito em versão revisada em 22 de agosto de 2018.

**Critical analysis of
interculturality in the
National Policy for the
Care of Indigenous
Peoples in Brazil**

ABSTRACT

Concern for culturally appropriate and intercultural care, based on linkages and complementarity among health knowledges, has been a priority for ensuring primary health care for indigenous peoples since the Alma-Ata Conference. In Brazil, a country with significant sociocultural variety in the South American indigenous context, a National Policy for the Care of Indigenous Peoples (PNASPI) was established 16 years ago, focusing on the notion of differentiated care. This concept, considered incomplete and contradictory, has been variably operationalized in indigenous primary health care. Therefore, the present article proposes an analysis of the formulation and operationalization of this concept in PNASPI. The analysis brings to light the ethnocentric nature of PNASPI, the numerous contradictions and oversights that fail to encompass the exchanges and linkages with traditional knowledges and with indigenous emic views of health and processes of illness/cure. The reversal of these limitations will require greater epistemological reflexivity, questioning, and surveillance of both the social and political sciences, as well as social movements and indigenous social control, to redefine indigenous primary health care in Brazil in intercultural terms.

Keywords

Health of indigenous peoples; cultural competency; public policy; health care (public health); Brazil.

**Análisis crítico de la
interculturalidad en la
Política Nacional de
Atención a las Poblaciones
Indígenas en Brasil**

RESUMEN

La preocupación por un cuidado culturalmente apropiado e intercultural, basado en la articulación y complementariedad entre saberes en salud, es una prioridad para garantizar la atención primaria de salud de los pueblos indígenas desde la Conferencia de Alma-Ata. En Brasil, un país con una significativa variedad sociocultural en el contexto indígena de América del Sur, existe desde hace 16 años una Política Nacional de Atención a la Salud de las Poblaciones Indígenas (PNASPI) enfocada en el concepto de atención diferenciada. Este concepto, considerado incompleto y contradictorio, es ejecutado de manera variable en la atención primaria de salud de las poblaciones indígenas. Este artículo propone un análisis de la formulación y ejecución de ese concepto en la PNASPI. Este análisis hace evidente el carácter etnocéntrico de la PNASPI, las numerosas contradicciones y negligencias que no contemplan de hecho el intercambio y la articulación con el saber tradicional y las visiones émicas indígenas de salud y de los procesos de enfermedad/curación. La reversión de esas limitaciones requerirá mayor reflexividad, cuestionamiento y vigilancia epistemológica tanto desde las ciencias sociales y políticas como desde los movimientos sociales y de control social indígenas para redefinir en términos interculturales la atención primaria de salud de estas poblaciones en Brasil.

Palabras clave

Salud de poblaciones indígenas; competencia cultural; política pública; atención a la salud; Brasil.

Sobre a Organização Pan-Americana da Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é a agência internacional especializada em saúde pública das Américas. É a agência especializada em saúde do Sistema Interamericano e funciona como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. A OPAS proporciona cooperação técnica em saúde aos países membros no combate às doenças crônicas não transmissíveis e seus determinantes, fortalecimento dos sistemas de saúde e resposta às emergências e aos desastres. A Organização promove cooperação técnica entre países e trabalha em parceria com os Ministérios da Saúde e outras instituições governamentais, organizações da sociedade civil, outras agências internacionais, universidades e outros. A OPAS promove a inclusão da saúde em todas as políticas e no engajamento de todos os setores para assegurar que as pessoas vivam mais e com melhores anos de vida.