



SEÇÃO I

Coordenadores: *Bruce B. Duncan*
Maria Inês Schmidt

Atenção Primária à Saúde no Brasil

1. Saúde da População Brasileira 2
*Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Ewerton Cousin,
Eduardo Macário, Wanderson Kleber de Oliveira*
2. O Sistema de Saúde no Brasil 13
João Werner Falk, Roger dos Santos Rosa
3. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde 21
Silvia Takeda
4. Estratégia Saúde da Família 34
*Erno Harzheim, Claunara Schilling Mendonça,
Caroline Martins José dos Santos, Otávio Pereira D'Ávila*
5. A Prática de Medicina Rural 44
Leonardo Vieira Targa, Magda Moura de Almeida
6. Saúde Planetária e o Imperativo da Ação Climática para Proteger a Saúde 52
Enrique Falceto de Barros, Mayara Floss, Andrew Haines

Capítulo 1

SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Bruce B. Duncan

Maria Inês Schmidt

Ewerton Cousin

Eduardo Macário

Wanderson Kleber de Oliveira

As dimensões continentais do Brasil abrangem 8.516 milhões de km², distribuídos em cinco regiões geográficas muito diversas quanto a características climáticas e populacionais e quanto ao seu desenvolvimento histórico e socioeconômico. A população brasileira em agosto de 2019 era estimada em 210 milhões, sendo a 5ª maior no mundo, após a China, a Índia, os Estados Unidos e a Indonésia. No censo de 2010, 48% se autodeclararam de cor ou raça branca, 43% parda, 8% negra, 1% amarela e 0,4% indígena. Em 2015, o índice de desenvolvimento humano (IDH) no Brasil era de 0,755, conferindo a posição 75 entre 188 países avaliados. Sobre um indicador socioeconômico marcante – a taxa de analfabetismo –, cerca de 20% dos brasileiros com idade ≥ 15 anos podem ser considerados analfabetos funcionais (com < 4 anos formais de escola).¹ Além disso, o produto interno bruto (PIB) *per capita* era de R\$ 32.747 em 2019.² As desigualdades distributivas são notórias: uma das piores do mundo, como abordado no final do capítulo.

Para conhecer a situação de saúde no Brasil, o Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), produz, desde 2004, análises detalhadas, cujos volumes anuais estão disponíveis *on-line* (SAÚDE BRASIL).³ As análises aproveitam os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e de outras bases e inquéritos nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa de Orçamento Familiar e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Vigitel).

Outra fonte de dados é a iniciativa Global Burden of Disease (GBD). Ela tem alcance global, realiza análises internacionais sobre a carga de doença para o embasamento de políticas públicas de saúde e, hoje, engloba 195 países e territórios.⁴ Essa fonte é usada sempre que é relevante a padronização internacional de metodologias, indicadores e metas. Também são utilizados dados do Boletim Epidemiológico em sua edição especial de setembro de 2019.⁵

Este capítulo vai mostrar o panorama geral da saúde dos brasileiros, trazendo um quadro sucinto dos principais problemas, apontando sucessos e desafios e sinalizando perspectivas. Covid-19, que gerou enorme carga de doença em 2020-21, é abordado no Capítulo Doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19).

PANORAMA GERAL E EVOLUÇÃO NAS CAUSAS DE MORTALIDADE

O Brasil passou por transformações profundas nas últimas oito décadas: um reflexo de mudanças demográficas, epidemiológicas e nutricionais que ocorreram não apenas aqui, mas em todo o mundo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados dos censos demográficos brasileiros realizados a cada 10 anos e das estimativas populacionais mostram um envelhecimento progressivo da população: o percentual de pessoas com idade ≥ 60 anos aumentou de 7% em 1980 para 13% em 2019; o percentual de pessoas com idade ≤ 14 anos diminuiu de 37% para 21%.¹ A taxa média de crescimento anual da população também está diminuindo: de 2,5% em 1980 para 0,8% em 2018.⁶ Essas transformações foram acompanhadas de mudanças econômicas, sociais, urbanas e culturais. As mudanças no comportamento reprodutivo foram acentuadas pela maior disponibilização de métodos contraceptivos e pelo novo papel da mulher na sociedade. Isso diminuiu a taxa de fertilidade total, o principal motor da transição demográfica, de 5,8 em 1970 para 1,77 em 2018.⁷ A taxa de mortalidade infantil (TMI) caiu de 146,6/1.000 nascidos vivos em 1940 para 12,8/1.000 nascidos vivos em 2018. Esse declínio ocorreu em todas as regiões, notadamente no Nordeste.

Esse conjunto de fatores levou a uma melhora impressionante da esperança de vida ao nascer – de 45,5 anos em 1940 para 76 anos em 2017.⁸ O perfil de morbimortalidade deslocou-se do eixo de doenças infecciosas e problemas materno-infantis para o eixo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e causas externas (FIGURA 1.1). De 1980 para 2019, a mortalidade proporcional por doenças maternas, infantis e infecciosas caiu de 40% para 12%; e a mortalidade proporcional por DCNTs aumentou de 49% para 76%.

A dimensão continental do País e as iniquidades em saúde exigem que se desagreguem os dados aqui apresentados para visualizar os contextos específicos, o que pode ser feito pelos *links* fornecidos nas referências.

A FIGURA 1.2 ilustra a mudança no ranqueamento das principais causas de mortalidade entre 1990 e 2019. Ficam evidentes a queda de doenças de várias causas maternas, infantis, infecciosas e nutricionais (em azul escuro) e o aumento de várias DCNTs (em azul claro).

Essas mudanças, referidas como transições demográficas e epidemiológicas, vêm sendo moldadas também pela chamada transição nutricional, em que a desnutrição reduz e a obesidade aumenta rápida e notadamente. O crescimento da industrialização e da mecanização da produção, o maior acesso aos alimentos em geral, incluindo os

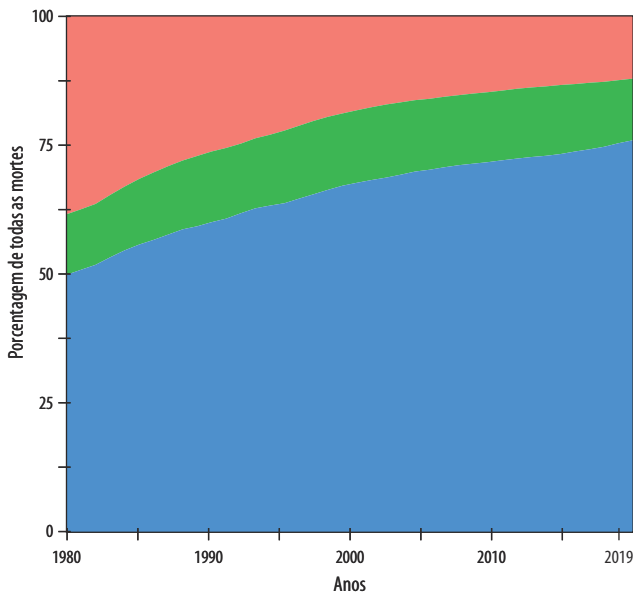


FIGURA 1.1 → Tendências na proporção dos óbitos devido a cada um dos grandes grupos, 1980-2019. Vermelho = doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais. Azul = doenças crônicas não transmissíveis. Verde = causas externas. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴



FIGURA 1.2 → Mudanças no ranqueamento das principais causas de óbito no Brasil, 1990-2019. Vermelho = doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais. Azul = doenças crônicas não transmissíveis. Verde = causas externas. Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida; DCNTs, doenças crônicas não transmissíveis; DTNs, doenças tropicais negligenciadas; HIV, vírus da imunodeficiência humana; IST, infecção sexualmente transmissível. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

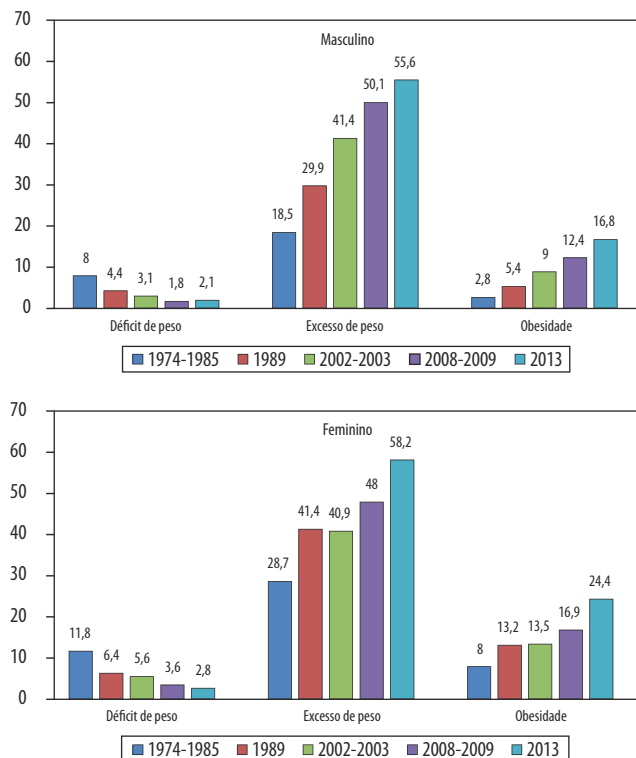


FIGURA 1.3 → Evolução da frequência dos diferentes estados nutricionais na população adulta (idade ≥ 20 anos), por sexo no Brasil, 1974-2013. Déficit de peso = índice de massa corporal (IMC) < 18,5 kg/m²; excesso de peso = IMC ≥ 25 kg/m²; obesidade = IMC ≥ 30 kg/m². Fonte: IBGE.^{9,10}

ultraprocessados, entre outros fatores, por um lado, contribuíram para reduzir a desnutrição, mas, por outro, propiciaram ganho de peso e obesidade. Inquéritos populacionais realizados entre 1974 e 2013 mostram como a obesidade substituiu o baixo peso como a principal categoria de distúrbio nutricional em todos os grupos de sexo, categoria social e faixa etária no País (FIGURA 1.3).^{9,10}

A CARGA GERAL DE DOENÇA

O padrão de mortalidade não é suficiente para expressar a carga das doenças na população. A metodologia adotada pelo GBD para analisar carga de doença, além da taxa de mortalidade, utiliza, ainda, três métricas principais: anos de vida perdidos (YLLs, do inglês *years of life lost*) por uma doença ou causa externa; anos vividos com incapacidade (sequela de doença ou causa externa) (YLDs, do inglês *years lived with disability*); e a soma das duas – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs, do inglês *disability-adjusted life years*).

Como visto na FIGURA 1.4, em 2019, a carga de DCNTs (em azul) também predomina quando avaliada por YLLs (parte superior) e YLDs (parte inferior) para os três grandes grupos de doenças, como ilustrado pelas áreas proporcionais às cargas que cada grupo produz.

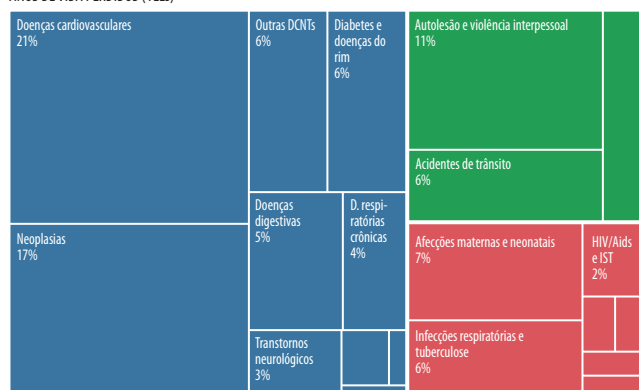
Carga das doenças crônicas não transmissíveis

Hoje, as DCNTs são consideradas a principal causa de carga de doença, não apenas no Brasil, mas globalmente. Ao padronizar para idade, a carga dessas doenças é maior nos países de baixa e média rendas, o que constitui uma ameaça à saúde e ao próprio desenvolvimento dessas nações.¹¹

No Brasil, as DCNTs responderam por 76% dos óbitos e 63% da mortalidade prematura (YLLs) em 2019. Quatro grupos de doenças – as cardiovasculares, as neoplasias, as respiratórias crônicas e o diabetes – foram responsáveis por 48% dos YLLs. Em relação à morbidade, as DCNTs responderam por 84% dos YLDs, sendo que 53% foram devidos a quatro grupos de doenças: musculoesqueléticas (18%, principalmente dor lombar e dor cervical), mentais (19%, principalmente depressão e ansiedade), neurológicas (9%, principalmente enxaqueca) e sensoriais (7%, principalmente perdas auditivas e visuais).⁴ Seguem, em importância, o diabetes e as doenças renais (6%), os problemas de pele (5%) e o uso de substâncias (5%) (FIGURA 1.4).

A taxa de mortalidade bruta por DCNTs no Brasil está aumentando muito pouco, apesar do envelhecimento

ANOS DE VIDA PERDIDOS (YLLs)



ANOS VIVIDOS COM INCAPACIDADE (YLDs)

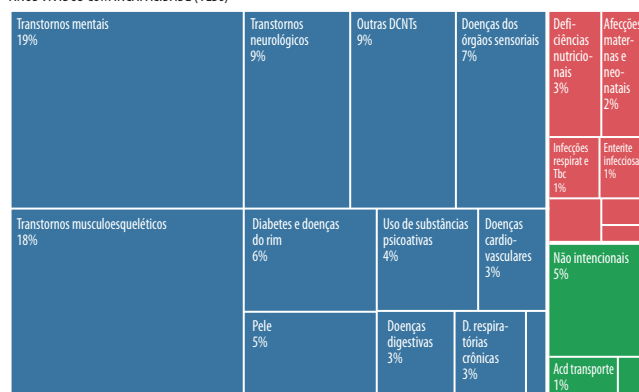


FIGURA 1.4 → Principais causas da carga de doença no Brasil, em 2019, devido à mortalidade, expressa pelos anos de vida perdidos (YLLs) por doença ou causa externa (parte superior), e à morbidade, expressa pelos anos vividos com incapacidade (YLDs) (parte inferior). Vermelho = doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais. Azul = doenças crônicas não transmissíveis. Verde = causas externas. DCNTs, doenças crônicas não transmissíveis; ISTs, infecções sexualmente transmissíveis. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

populacional crescente, em decorrência de melhorias de saúde na população. Na verdade, desde 1980, a taxa de mortalidade padronizada para idade está caindo para as principais doenças crônicas, em menor proporção para o diabetes, como pode ser observado na FIGURA 1.5. O declínio tem sido menor em anos recentes, o que é preocupante.

Com o continuado envelhecimento populacional, se essa tendência de estabilização não for revertida, pode haver um aumento importante na carga das DCNTs, com implicações para a estabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) e a economia do Brasil. Isso pode ser visto pelas taxas brutas de mortalidade por DCNT, um indicador real da carga de doença. Como ilustrado na FIGURA 1.6, a partir

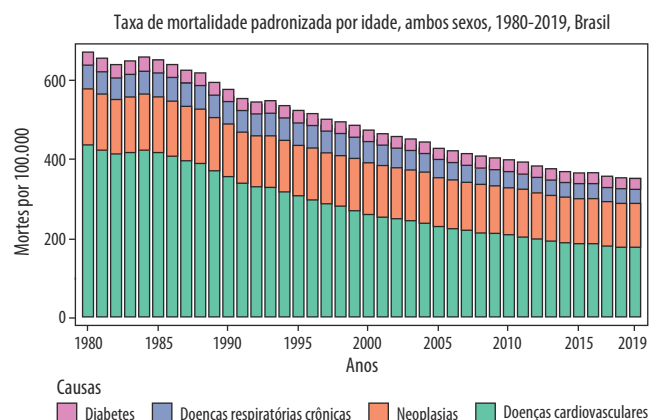


FIGURA 1.5 → Tendências na mortalidade padronizada para idade devido às quatro principais causas de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 1980-2019. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

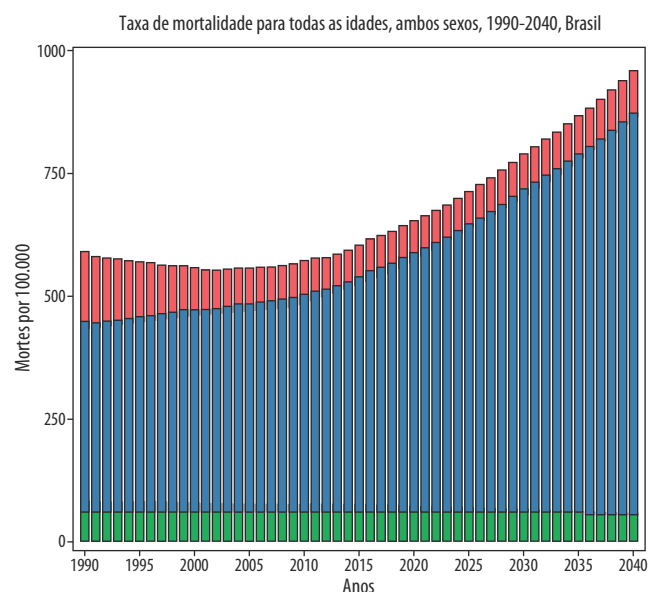


FIGURA 1.6 → Tendência e projeção da taxa de mortalidade causada pelos principais grupos de doenças no Brasil, 1990-2040. Vermelho = doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais. Azul = doenças crônicas não transmissíveis. Verde = causas externas.

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.¹²

da segunda década deste século, pode ocorrer um aumento real e importante da mortalidade bruta por DCNTs, aqui projetadas até 2040.

Ao analisar as tendências na carga de doença por DCNTs, é importante considerar também as diferenças de mortalidade e morbidade. A mortalidade prematura (YLLs) estava diminuindo até recentemente, mas a morbidade (YLDs) está aumentando, o que pode refletir aumento nas demandas do serviço de saúde e piora na qualidade de vida dos brasileiros (FIGURA 1.7).

Carga das doenças transmissíveis, causas maternas e neonatais, e deficiências nutricionais

A carga associada às causas desse grupo de doenças, expressa como taxa anual de DALYs (FIGURA 1.8), caiu substancialmente nas últimas décadas. Os maiores declínios foram para enterites (89%), outras doenças infecciosas (78%), predominantemente as doenças imunopreveníveis, deficiências nutricionais (67%), principalmente de ferro, e infecções respiratórias e tuberculose (64%).

No entanto, como visto a seguir, a transição epidemiológica é incompleta no Brasil, as iniquidades em saúde são marcantes e o risco de novas epidemias está sempre presente.

Um relatório detalhado mostrando avanços e hiatos a serem trabalhados, com linhas de tempo indicando as políticas implementadas nos últimos anos, foi publicado em setembro de 2019 em um número especial do Boletim Epidemiológico, comemorativo aos 16 anos de ações da SVS.⁵ Algumas questões de maior relevância são abordadas a seguir.

Carga das doenças transmissíveis

Os avanços na prevenção e no controle das doenças transmissíveis nas últimas décadas foram obtidos, notadamente, em relação ao controle das doenças imunopreveníveis,

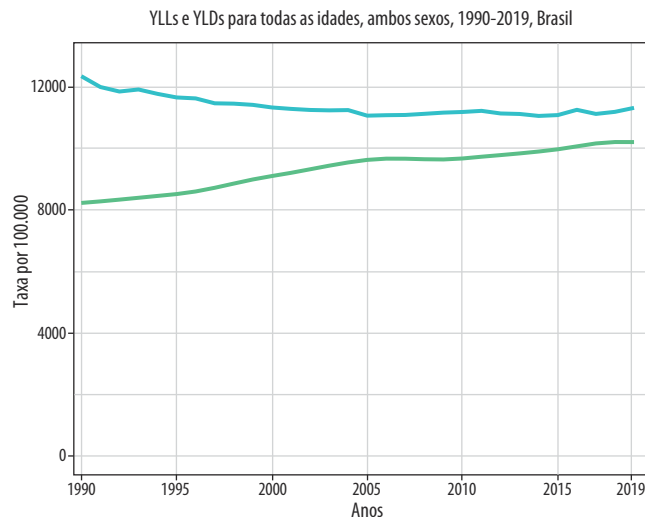


FIGURA 1.7 → Tendências opostas na mortalidade prematura (YLLs [em azul]) e na morbidade (YLDs [em verde]) devido às DCNTs na população brasileira, 1990-2019. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

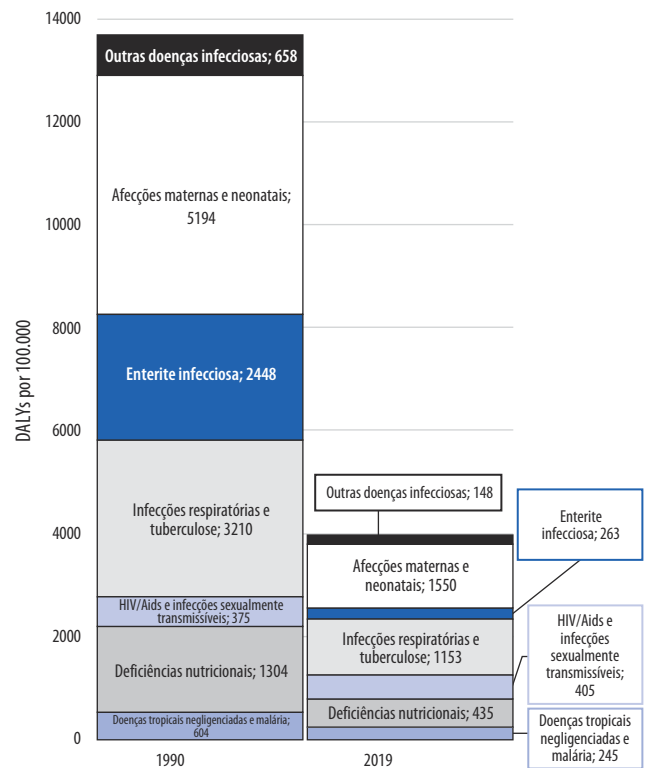


FIGURA 1.8 → Taxas da carga de doença ilustrando a distribuição proporcional dos DALYs (por 100.000) por doenças infecciosas, causas maternas, neonatais e nutricionais, e de suas tendências no Brasil, 1990-2019. Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida; DALYs, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade; HIV, vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

impactando diretamente na mortalidade materna e neonatal, e em relação ao controle de outras causas com elevada carga no passado, como diarreia, especialmente a cólera, e doença de Chagas. No entanto, a redução da cobertura de vacinação observada nos anos recentes é motivo de preocupação. Por exemplo, a recente epidemia de sarampo em vários países, incidindo em alguns estados brasileiros em 2018 e 2019, é um indício do possível retorno das epidemias de doenças imunopreveníveis.

A doença de Chagas, apesar da interrupção da transmissão vetorial reconhecida em 2006, está apresentando quadros agudos na Região Norte desde 2013, predominantemente por transmissão oral, mas 7,5% ainda por transmissão vetorial. Em 2017, a doença de Chagas era uma das quatro maiores causas de mortes por doenças infecciosas e parasitárias no País e a 13^a causa de óbito em Goiás.¹³ Este é um exemplo emblemático de doença que ilustra a chamada “transição epidemiológica incompleta”, resultado de baixo investimento em tecnologias para o controle de doenças tropicais.

O sucesso no controle de outras doenças transmissíveis como síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids, do inglês *acquired immunodeficiency virus*) – causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *human immunodeficiency virus*) –, hepatites B e C, hanseníase, tuberculose,



FIGURA 1.9 → Casos graves (barras) e óbitos (linha) de dengue durante epidemias da doença no Brasil, 2003-2019. Fonte: Brasil.⁵

malária, esquistossomose e *influenza* também é parcial, e novos desafios estão surgindo mundialmente, com novas epidemias e até mesmo pandemias como a da doença do coronavírus 2019 (Covid-19, do inglês *coronavirus disease 2019*).

Desse modo, embora a carga atribuída a esse grupo de doenças tenha caído, o grupo ainda constitui um grande problema de saúde pública, criando emergências, com impactos diretos ou mesmo indiretos – por exemplo, o estresse pós-traumático e o impacto econômico observados na pandemia de Covid-19.

Doenças emergentes e reemergentes

O ano de 2020 será marcado pela ocorrência da maior pandemia dos últimos 100 anos, cujos impactos serão sentidos não só no campo da saúde, mas também na economia, nos hábitos e em todos os demais aspectos da vida das pessoas.

A Covid-19, bem como as epidemias de ebola, Zika, febre amarela e *influenza*, representam emergência ou reemergência de agentes etiológicos, incidindo em humanos com frequência crescente nas últimas décadas, ou ameaçando aumentar em um futuro próximo.¹⁴ São novas doenças, doenças antigas em novos lugares, novas populações, aumento da virulência, reintrodução de doenças já eliminadas e resistência aos antibióticos, entre outros fatores. Seus processos causais são influenciados também por “efeitos colaterais” da vida moderna e da evolução tecnológica, com maior fluxo internacional de pessoas, bens e mercadorias, urbanização sem planejamento, migrações, mudanças climáticas, novas áreas de produção, turismo, desmatamento, etc.

Estima-se que 60 a 70% das doenças emergentes e reemergentes sejam zoonóticas, das quais > 70% são de origem silvestre/selvagem e 23% são transmitidas por vetores.¹⁵ Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e Organização Mundial da Saúde Animal (OIE), definiu que doença zoonótica emergente é “[...] um patógeno recentemente reconhecido ou recentemente evoluído, ou que ocorreu anteriormente, mas mostra um aumento na incidência ou expansão na faixa geográfica, hospedeira ou vetorial”.

As arboviroses representam um conjunto importante das doenças emergentes ou reemergentes que têm causado epidemias de repetição no Brasil nas últimas décadas. Entre

elas, a carga de dengue é grande motivo de preocupação. Com a diminuição da carga de tuberculose e o aumento da carga atribuída à dengue, dados do GBD estimam que, em 2019, os DALYs devidos à dengue alcançaram 14% daqueles devidos à tuberculose.⁴ A distribuição anual dos casos graves de dengue e dos óbitos associados desde 2003 no Brasil é ilustrada na **FIGURA 1.9**. Os casos são somados de vários períodos epidêmicos em regiões distintas.⁵

Outra arbovirose, com surgimento mais recente, é a causada pelo vírus Zika. A epidemia de Zika, iniciada em 2015-2016 no Brasil, causou grande preocupação no Brasil e no mundo, notadamente devido à microcefalia associada.¹⁶ O vírus continua circulando no País, mas produzindo bem menos morbidade.⁵

Casos de Chikungunya surgiram no mesmo período (**FIGURA 1.10**).

Diferentemente das outras arboviroses, a febre amarela apresenta alta letalidade. Incomum fora da região amazônica por muitos anos, em 2015 começou a surgir fora dessa região, apresentando risco de epidemia urbana (**FIGURA 1.11**).⁵ Até agora a transmissão mantém-se de forma silvestre, isto é, sem transmissão entre humanos.

Outra doença de potencial epidêmico a ser destacada aqui é a malária. Embora o número de casos esteja caindo desde 2006, em 2017 e 2018 mostrou um leve aumento.⁵

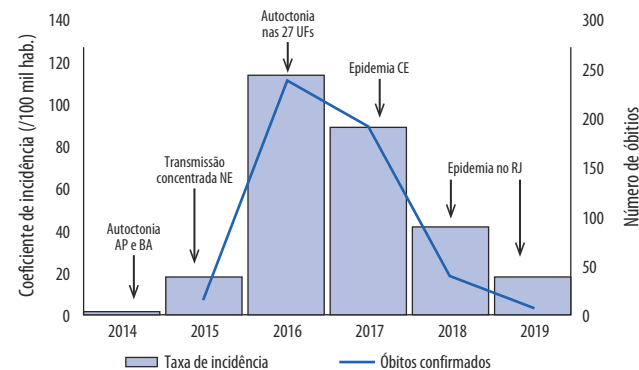


FIGURA 1.10 → Curso epidêmico de Chikungunya no Brasil desde 2016. Fonte: Brasil.⁵

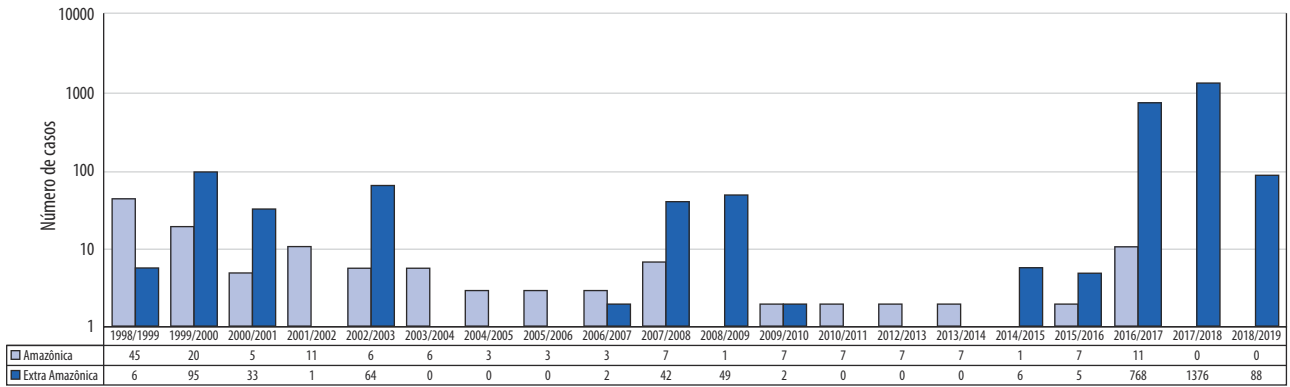


FIGURA 1.11 → Casos humanos de febre amarela no Brasil, 1999-2019.

Fonte: Brasil.⁵

Doenças transmissíveis de curso crônico e infecções sexualmente transmissíveis

A epidemia de HIV/Aids, mesmo mostrando alguma diminuição, consistente com as políticas públicas para seu controle, ainda causa importante carga de doença no Brasil. Nota-se, contudo, que a coinfeção entre HIV/Aids e tuberculose representa cerca de 30% dos óbitos por Aids no Brasil.

O controle da tuberculose endêmica, mesmo que ainda mostrando alguns sinais de melhora, teve aumento na notificação de casos nos últimos anos. Junto com a hanseníase, com carga de doença bem menor, mantém-se estável e mostra o mesmo padrão. Essas doenças, somadas às hepatites, à sífilis e à gonorreia, apresentam um elevado componente de determinação social.

As hepatites, outro conjunto de doenças de carga importante, mostram padrões bastante variados desde o início do século – hepatite A com rápida diminuição, hepatite B com estabilidade e hepatite C, que agora é o principal tipo notificado no País, especialmente a partir de 2014.⁵ (FIGURA 1.12).

Entre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), cabe destacar o rápido aumento nos casos de sífilis, como pode ser visto na FIGURA 1.13.⁵ Em parte, esse aumento está relacionado às dificuldades para identificar e tratar os parceiros, mas o acesso a antibiótico, o desabastecimento e a

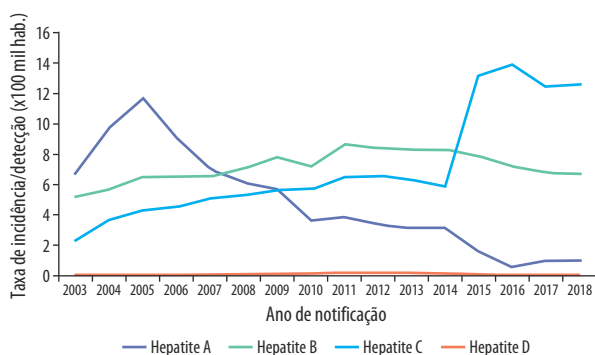


FIGURA 1.12 → Tendências na incidência/deteção de hepatites no Brasil, 2003-2018.

Fonte: Brasil.⁵

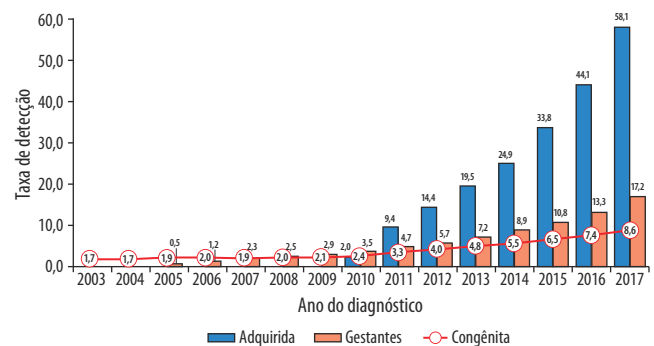


FIGURA 1.13 → Casos notificados de sífilis adquirida (a partir de 2010), em gestantes (a partir de 2005) e congênita (a partir de 2003) no Brasil, 2003-2017.

Fonte: Brasil.⁵

falta de interesse da indústria no desenvolvimento de tecnologias mais modernas também contribuem. Pode-se afirmar que, nos próximos anos, uma das maiores ameaças serão as ISTs resistentes aos antibióticos com cepas resistentes de gonorreia, por exemplo.

Carga de causas maternas e neonatais e de deficiências nutricionais

Mortalidade e desnutrição infantil

Nas últimas décadas, observou-se um avanço notável no controle da mortalidade infantil e da desnutrição infantil. O acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças foi ampliado substancialmente, quase atingindo coberturas universais e produzindo redução marcante das desigualdades regionais no acesso a essas intervenções.¹⁷

A FIGURA 1.14 ilustra o declínio na TMI até 2017. A TMI estima o risco de morte de crianças com idade < 1 ano em relação ao número total de nascidos vivos. Em 2003, a TMI era de 22,5/1.000 nascidos vivos e, em 2017, havia caído para 13,4/1.000 nascidos vivos, um efeito observado em todas as regiões brasileiras, levando à redução das desigualdades regionais.⁵

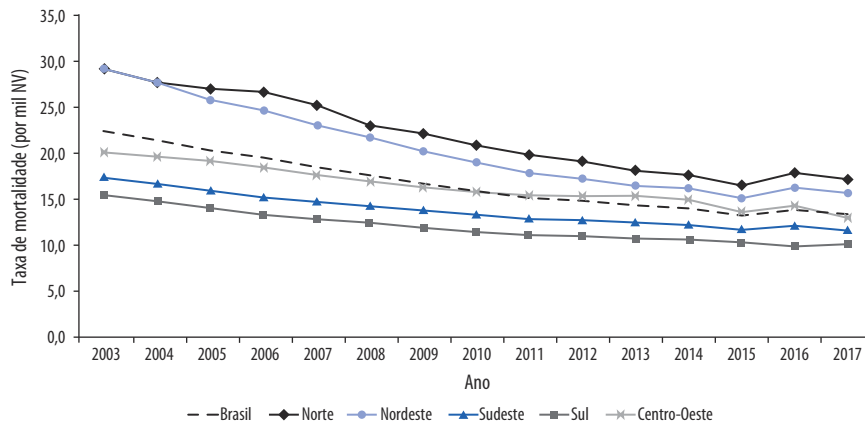


FIGURA 1.14 → Evolução da taxa de mortalidade infantil por regiões brasileiras, 2003-2017. NV, nascidos vivos. Fonte: Brasil.⁵

Apesar da redução na mortalidade, ainda há uma importante carga de morbidade. Desde o ano 2000, o acesso ao pré-natal no Brasil recebeu investimentos com políticas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Segundo a PNS de 2013, 71,4% das mulheres realizaram pré-natal adequado considerando a realização de exames. No entanto, ainda há iniquidades importantes, pois esses procedimentos são feitos com mais regularidade em mulheres de cor branca e na rede privada e com menos frequência na Região Norte.¹⁸

A síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas trouxe nova preocupação para a saúde pública no Brasil. Entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 25/2020, foram notificados 19.072 casos suspeitos, dos quais 3.535 (18,5%) foram confirmados.¹⁹ Essas crianças necessitarão de serviços especializados, acarretando mudanças nas vidas das famílias e elevado custo para poder oferecer estimulação precoce e oportunidades para melhorar sua qualidade de vida. Nesse sentido, a epidemia ilustra os aspectos da transição epidemiológica incompleta, em que doenças transmissíveis ainda podem constituir carga significativa para determinados estratos populacionais. Mais do que isso, ilustra como novas doenças transmissíveis podem ocorrer nesse cenário de aparente controle, trazendo novos desafios.

A **FIGURA 1.15** ilustra a marcante redução do déficit de altura em crianças de 5 a 9 anos entre a década de 1970 e a primeira década deste século. Os déficits de altura (definidos como altura para a idade abaixo de 2 escores Z dos padrões da OMS) diminuíram de 37%, em 1974-1975, para 7% em 2006-2007, e as diferenças regionais foram igualmente reduzidas. A prevalência de déficit de peso (peso para a idade abaixo de 2 escores Z dos padrões da OMS) reduziu de 5,6% em 1989 para 2,2% em 2006-2007. Infelizmente, essas melhorias foram acompanhadas de aumentos na obesidade infantil (peso para a altura superior a 2 escores Z dos padrões da OMS), que emergiu como grande problema de saúde em crianças e adultos. Em 2008-2009, 32% dos meninos e 35% das meninas de 5 a 9 anos tinham sobrepeso.¹⁷

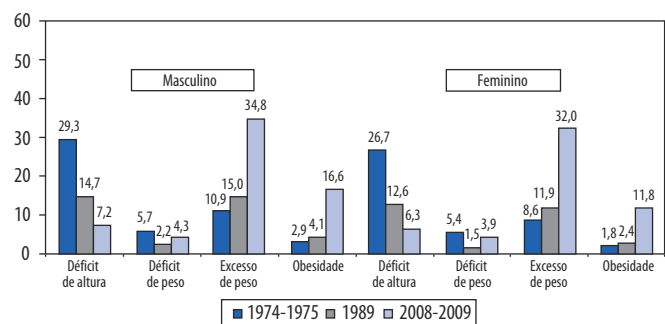


FIGURA 1.15 → Evolução da frequência dos diferentes estados nutricionais na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo, no Brasil, períodos 1974-1975, 1989 e 2008-2009. Déficit de altura = altura para a idade abaixo de escores Z dos padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS); déficit de peso = peso para a idade abaixo de 2 escores Z dos padrões da OMS; excesso de peso e obesidade = peso para a idade superior a 1 e 2 escores Z dos padrões da OMS, respectivamente. Fonte: Victora e colaboradores.¹⁷

Mortalidade materna

A razão da mortalidade materna (RMM), o principal indicador de saúde materna, mostrou avanços importantes desde 1990, com menores declínios a partir de 2000, como ilustrado no Saúde Brasil 2018³ (**FIGURA 1.16**).

Os valores mais recentes estão em 60 a 70 óbitos maternos/100 mil nascidos vivos, um patamar que alcança a meta mínima dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que preconiza reduções para valores, no mínimo, < 70 óbitos/100 mil nascidos vivos.²⁰ No entanto, considerando os padrões de desenvolvimento socioeconômico e cobertura do serviço de saúde do País e a variação da RMM nos estados brasileiros (142 e 32 óbitos/100.000 para Amapá e Santa Catarina, respectivamente), essa razão pode ser considerada elevada e potencialmente redutível.

Carga das causas externas

O GBD estima que a mortalidade devida ao conjunto das causas externas tenha caído 11% entre 1990 e 2019. Entre as causas externas específicas, o acidente de trânsito caiu 27%

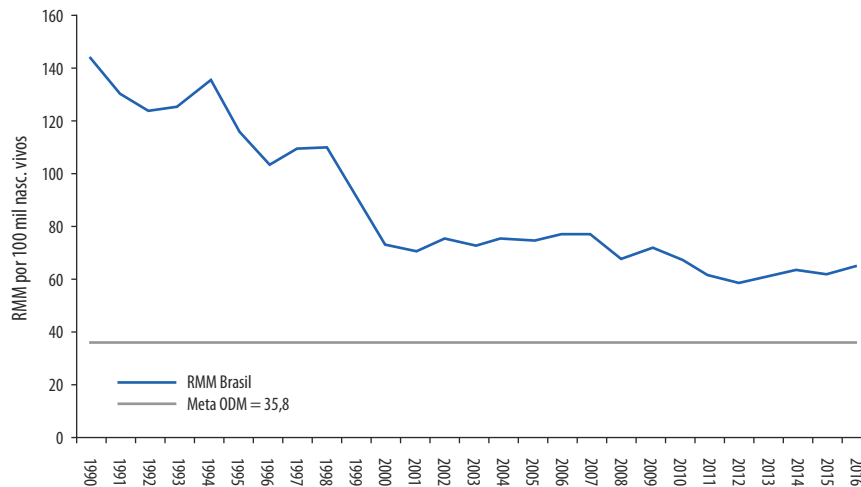


FIGURA 1.16 → Mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos) no Brasil, 1990–2016. RMM, razão da mortalidade materna. Fonte: Brasil.³

e o homicídio aumentou 13%, este último sendo atualmente a principal causa externa de mortalidade⁴ (FIGURA 1.17).

O passado colonial do Brasil, começando com a escravidão dos índios e negros, deixou cicatrizes que permanecem até hoje – um legado de exclusão, desigualdade, pobreza, impunidade e corrupção, frequentemente sob o comando do próprio Estado, que há séculos falha em garantir direitos

básicos sociais e humanos. Essas violações são agravadas por valores culturais profundamente arraigados, que muitas vezes são usados para justificar expressões de violência nas relações subjetivas e interpessoais, acentuados em anos recentes pelo tráfico de drogas.²¹ Estimativas do GBD mostram que a carga de violência no Brasil é o quádruplo do esperado pelo seu desenvolvimento socioeconômico.²²

Desde a década de 1990, os homicídios são os grandes responsáveis pelo aumento da mortalidade relacionada à violência, e mostram tendências inconsistentes entre estados. Observaram-se quedas em São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco, e aumentos no Pará e no Rio Grande do Norte. Os homens correm seis vezes mais risco de morrer por homicídio que as mulheres.⁴ Os pardos e negros, que representam 50% da população brasileira, respondem por 63% das vítimas. Entre as vítimas de homicídio, 45% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade, e apenas 4% tinham escolaridade > 12 anos.²¹ O consumo elevado de álcool e o uso de drogas ilícitas são causas importantes dessas violências. Em Curitiba, no Estado do Paraná, por exemplo, 76% das vítimas ou dos agressores acusados entre 1990 e 1995 estavam intoxicados na hora do crime.²³ De forma semelhante, uma análise toxicológica realizada na cidade de São Paulo encontrou cocaína em 14% das amostras de sangue colhidas em óbitos violentos.²⁴

Como ilustrado no Saúde Brasil 2018, entre os óbitos e lesões relacionados ao trânsito, os pedestres (3,8/100.000), os ocupantes de carros (5,7/100.000) e, mais recentemente, os motociclistas (7,7/100.000) são as principais vítimas.³ O consumo de bebidas alcoólicas está associado a esses óbitos, que são mais comuns em homens e jovens.²⁵

Cabe destacar ainda a violência doméstica – os maus-tratos a crianças e adolescentes por parte dos pais, a violência entre parceiros íntimos e a violência doméstica contra pessoas idosas. Mesmo não levando a tantos óbitos, a parcela de violência doméstica na morbidade total relacionada à violência é grande.

Homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores na violência como um todo,

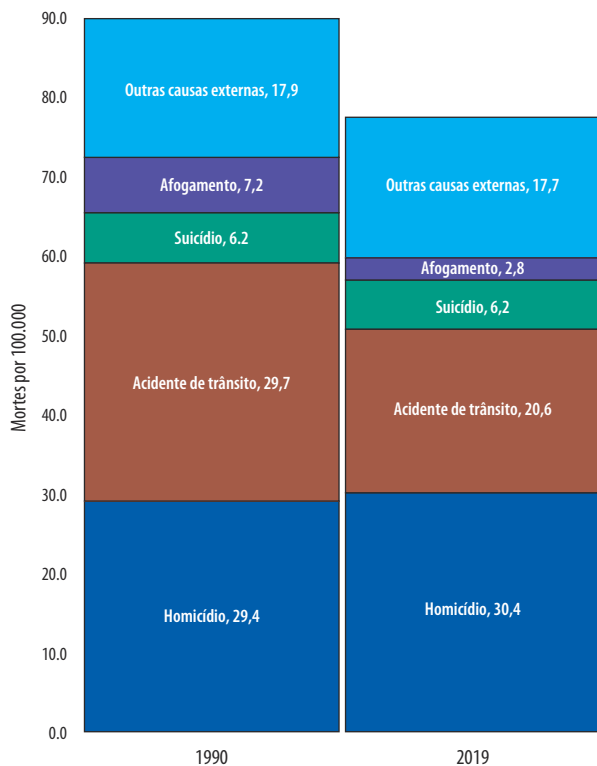


FIGURA 1.17 → Taxas de mortalidade ilustrando a distribuição proporcional dos óbitos por causas externas e sua tendência no Brasil, 1990–2019. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

ao passo que mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica.²¹

FATORES DE RISCO PARA A CARGA DE DOENÇA

Muitas mudanças no perfil de doenças nas décadas recentes são decorrentes de mudanças anteriores nos seus principais fatores de risco, notadamente o saneamento básico,

as vacinas e a redução do tabagismo. Como visto na FIGURA 1.18, em 1990 a desnutrição era o principal fator de risco, e o saneamento básico estava entre os cinco principais fatores de risco. Em 2019, o padrão mudou substancialmente: 4 dos 5 principais fatores de risco, para os sexos masculino e feminino, eram pressão arterial elevada, hiperglicemia, peso em excesso e tabagismo. Uso de álcool (sexo masculino) e desnutrição infantil e materna (sexo feminino) estavam entre os cinco principais fatores de risco. Mudanças em alguns

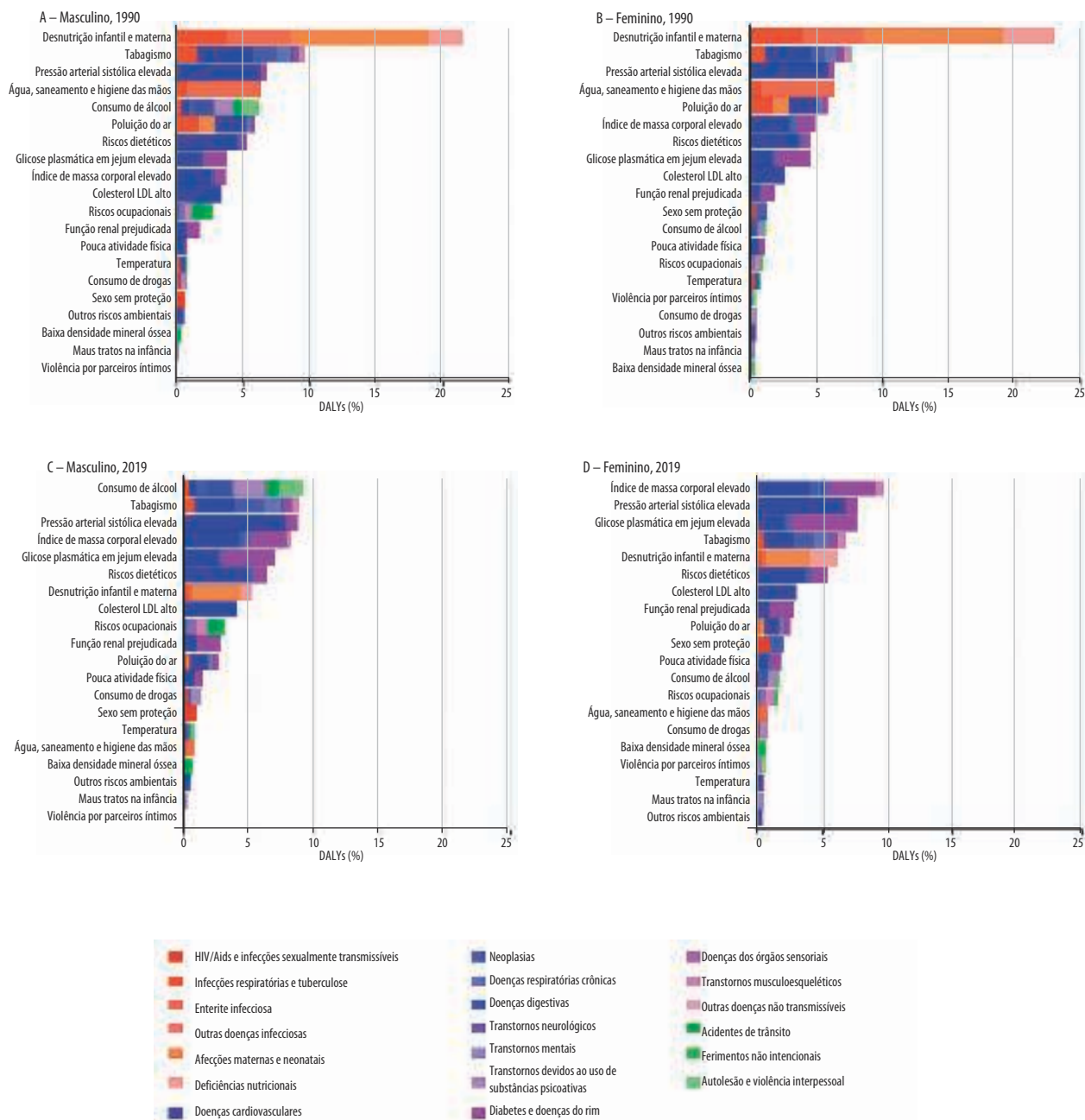


FIGURA 1.18 → Principais fatores de risco, por sexo, no Brasil, 1990 e 2019. As cores nas linhas indicam as doenças a partir das quais os fatores expressam seu risco. Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida; HIV, vírus da imunodeficiência humana; LDL, lipoproteína de baixa densidade. DALYs, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.⁴

fatores, como saneamento básico, podem ter efeitos imediatos na carga de doença. Em outros, como obesidade, os efeitos podem levar décadas. Isso é preocupante, pois as tendências da grande maioria de fatores de risco para as DCNTs e agravos estão piorando, com exceção do tabagismo, que continua caindo. Isso é resultado da organização da sociedade, o que permite que intervenções populacionais efetivas sejam implementadas, incluindo o aumento de impostos e a proibição de fumar em recintos fechados.

Dados do Vigitel – que desde 2006 está monitorando a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNTs nas 26 capitais e no Distrito Federal, por meio de inquérito telefônico – mostram essas tendências em anos recentes, como descrito a seguir.

A prevalência de obesidade em adultos aumentou 72% nos últimos 14 anos (de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019), e a de excesso de peso passou de 42,6% em 2006 para 55,4% em 2019.²⁶ Fica claro que o Brasil não está alcançando o compromisso de deter o crescimento da obesidade na população adulta. Algumas políticas intersetoriais de saúde e segurança nutricional foram implementadas, apresentando como resultados iniciais redução do consumo de refrigerantes e sucos artificiais, aumento do consumo de frutas e hortaliças, aumento da prevalência de adultos ativos no lazer e uma tímida redução na prevalência de adultos inativos (referem não ter praticado atividade física mínima em qualquer das dimensões avaliadas), mas muito ainda precisa ser feito. A alta prevalência em 2019 de um padrão de consumo com múltiplos produtos ultraprocessados (18,2%), a baixa prevalência de adultos ativos (39%) e a ainda significativa proporção de adultos inativos (13,9%) ilustram que o desafio é grande, considerando a importância da qualidade da alimentação e da atividade física no desenvolvimento de obesidade e sobrepeso. Dois outros fatores de risco em que a obesidade e o sobrepeso (e seus determinantes principais: alimentação inadequada e sedentarismo) têm papel causal direto – diabetes tipo 2 e hipertensão – também estão aumentando. A prevalência de diabetes autorreferido passou de 5,5% em 2006 para 7,4% em 2019; a prevalência da hipertensão arterial passou de 22,6% em 2006 para 24,5% em 2019.

O consumo abusivo de álcool cresceu de 15,7% em 2006 para 18,8% em 2019, sendo maior entre os jovens e os indivíduos de maior escolaridade. Reduzir as prevalências do consumo nocivo de álcool é uma ação fundamental para reduzir boa parte da carga de DCNTs, além de acidentes e episódios violentos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 mostraram que 55,5% dos adolescentes escolares do ensino médio já experimentaram bebidas alcoólicas alguma vez na vida, e 23,8% tinham bebido nos 30 dias anteriores à pesquisa.

O tabagismo mostrou uma redução em anos recentes, com o percentual de fumantes passando de 15,7% em 2006 para 9,8% em 2019. No entanto, a prevalência é maior nas faixas etárias mais jovens (18-24 anos), reforçando a importância de ações voltadas à iniciação do tabagismo em jovens e adolescentes, muitas vezes incentivada por novas formas de tabaco, como o cigarro eletrônico e os narguilés.

Um diagnóstico semelhante sobre os principais fatores de risco para as DCNTs pode ser feito a partir dos dados do GBD. Desde 2010, ano-base do Plano de Enfrentamento das DCNTs, a prevalência ponderada de tabagismo está caindo (26% até 2019), mas, em contraposição, as prevalências ponderadas para quase todos os outros principais fatores de risco aumentaram. O peso excessivo aumentou 17%; a hiperglicemia, 17%; o colesterol LDL (do inglês *low-density lipoprotein* [lipoproteína de baixa densidade]), 5%; e a hipertensão, 7%. O consumo de álcool aumentou 10,1% e o baixo nível de atividade física ficou estável. A poluição ambiental, um fator de risco para DCNTs que apenas recentemente recebeu mais destaque, mostrou aumento de 11% em sua prevalência desde 1990, mas redução de 15% desde 2010. Com esse conjunto de tendências, não surpreende que o declínio na mortalidade prematura por DCNTs tenha se neutralizado, como apresentado anteriormente.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Por ser um país historicamente desigual em renda, escolaridade e todos os tipos de privilégios e oportunidades, o grande desafio no Brasil ainda é a redução de suas iniquidades em saúde. As iniquidades são observadas também entre suas regiões geográficas. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por ter sido implantada prioritariamente em municípios e áreas com IDH menor, tem contribuído para a redução de iniquidades em saúde, notadamente em relação à mortalidade infantil. Em municípios com baixa cobertura da ESF, a mortalidade infantil naqueles do quintil de menor renda é mais do que 100% maior do que naqueles do quintil de maior renda, ao passo que, em municípios com boa cobertura de ESF, é apenas 50% maior.¹⁰ Uma ilustração desses progressos é evidenciada na FIGURA 1.19. Melhorias em saúde

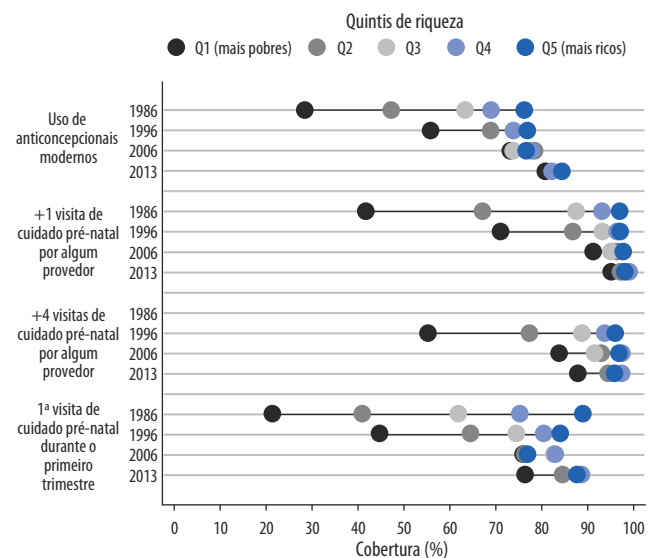


FIGURA 1.19 → Melhorias em iniquidades para aspectos de saúde materno-infantil no Brasil, 1986-2013.

Fonte: França e colaboradores.²⁷



FIGURA 1.20 → Diagrama ilustrando a integração de ações sistêmicas na promoção de “Uma Saúde” e da sustentabilidade planetária.

materno-infantil foram observadas de 1986 para 2013, com grandes reduções das iniquidades.²⁷

Para um país de média renda como o Brasil, com as transições epidemiológica e nutricional ainda em curso, e com a população envelhecendo ano a ano, o caminho para conter a carga das DCNTs envolve também lidar com a dupla carga imposta pelos problemas ainda não resolvidos, como a desnutrição e o controle parcial de algumas doenças transmissíveis. Para vencer esse desafio, estratégias sinérgicas são muitas vezes necessárias, como exemplificado pelo combate simultâneo da obesidade, do consumo nocivo do álcool, da desnutrição e da poluição ambiental.²⁸

Por fim, para que os países estejam preparados para responder às emergências do século XXI, seja de origem epidemiológica, sanitária, em decorrência de produtos, serviços ou desastres, será fundamental que ocorram mudanças na cultura institucional, seja no setor público ou no setor privado, como previsto no Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. A elaboração de planos de emergência, contingência, protocolos e procedimentos operacionais padronizados para situações de emergência, bem como a estruturação de estratégias articuladas com a vigilância em saúde animal e ambiental, nas linhas do conceito de “Uma Saúde” (*One Health*) (FIGURA 1.20), será um passo importante para mitigar as novas ameaças, reconhecendo as vulnerabilidades e mensurando os riscos.²⁹

É preciso aprofundar-se na implantação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, aprovada em 2018 pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada como a Resolução nº 588.³⁰

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Censo Demográfico [Internet]. [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e>.
2. Agência de Notícias – IBGE. PIB cresce 1,1% em 2018 e fecha ano em R\$ 6,8 trilhões. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23886-pib-cresce-1-1-em-2018-e-fecha-ano-em-r-6-8-trilhoes>.
3. Brasil. Saúde Brasil – Publicações do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: DANTPS, SVS/MS; c2020 [Internet]. [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/>.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. Seattle: IHME; 2019 [capturado em 31 ago. 2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde no Brasil 2003-2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. Bol Epidemiol [Internet]. 2019 [capturado em 5 ago. 2020]; 50(n. esp.):1-154. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>.
6. Oliveira N. População brasileira ultrapassa 208 milhões de pessoas, revela IBGE. Agência Brasil. [Internet]. 2018 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-08/populacao-brasileira-passa-de-2084-milhoes-de-pessoas-mostra-ibge#:~:text=Popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20passa%20de%20208%2C4%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas%2C20mostra%20IBGE,-Houve%20crescimento%20populacional>.
7. Agência de Notícias – IBGE. Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.
8. Paradella R. Expectativa de vida do brasileiro sobe para 76 anos; mortalidade infantil cai [Internet]. Rio de Janeiro: Agência de Notícias IBGE; 2018 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23206-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-76-anos-mortalidade-infantil-cai>.
9. IBGE. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=1&idnoticia=1699&t=pof-20082009-desnutricao-cai-peso-criancas-brasileiras-ultrapassa-padrao-internacional&view=noticia>.
10. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
11. United Nations. Chronic illnesses: UN stands up to stop 41 million avoidable deaths per year [Internet]. New York: UN News; 2018 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2018/09/1021132>.
12. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Foresight [Internet]. Seattle: IHME; 2016 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight/forecasting>.
13. Brasil. Panorama da doença de Chagas no Brasil. Bol Epidemiol [Internet]. 2019 [capturado em 5 ago. 2020]; 50(36):1-14. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/29/Boletim-epidemiologico-SVS-36-interativo.pdf>.
14. Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Rev Bras de Epidemiol. 2002;5(3):229-43.
15. Cutler SJ, Fooks AR, van der Poel WHM. Public health threat of new, reemerging, and neglected zoonoses in the industrialized world. Emerg Infect Dis. 2010;16(1):1-7.

16. de Oliveira WK, de França GVA, Carmo EH, Duncan BB, de Souza Kuchenbecker R, Schmidt MI. Infection-related microcephaly after the 2015 and 2016 Zika virus outbreaks in Brazil: a surveillance-based analysis. *Lancet*. 2017;390(10097):861–70.
17. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863–76.
18. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(3):1223–32.
19. Brasil. Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em 2020: até a SE 25. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2020 [capturado em 5 ago. 2020];51(28):23–8. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/24/Boletim-epidemiologico-SVS-17-.pdf>.
20. Rosa W, editor. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. In: Rosa W. A new era in global health: nursing and the United Nations 2030 Agenda for sustainable. New York: Springer; 2017. p. 529–67.
21. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MHP, da Silva CMFP, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962–75.
22. GBD 2016 DALYs, HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1260–344.
23. Duarte AV. Álcool e violência: um estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba – PR entre 1995 e 1998. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
24. Toledo FCP de. Verificação do uso de cocaína por indivíduos vítimas de morte violenta na Região Bragantina-SP. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
25. Moraes Neto OL, Andrade AL, Guimarães RA, Mandacará PMP, Tobias GC. Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):142.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019* [Internet]. Brasília: MS; 2020 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf.
27. França GVA, Restrepo-Méndez MC, Maia MFS, Victora CG, Barros AJD. Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):149.
28. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791–846.
29. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. *History One Health CDC* [Internet]. 2016 [capturado em 6 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/one-health/basics/history/index.html>.
30. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. [Internet]. Brasília: CNS; 2018 [capturado em 5 ago. 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.

Capítulo 2

O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

João Werner Falk
Roger dos Santos Rosa

ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS

A análise da história sanitária brasileira não pode se prender somente à diacronia de fatos marcantes em cada período: seguindo os ensinamentos do grande historiador da saúde pública George Rosen, é preciso conhecer mais do que as técnicas específicas para a solução de problemas de saúde de cada época. Segundo esse autor, é imprescindível saber também as condições políticas, econômicas e sociais, assim como os conhecimentos disponíveis e as concepções de saúde e doença nela prevalentes.¹ Além dessa visão teórica, devem-se levar em consideração os diferentes papéis exercidos pela cidadania brasileira na relação Estado-sociedade e seu envolvimento na modelagem das políticas e instituições no campo da saúde.

Para compreender o atual sistema de saúde no Brasil, é preciso construir um olhar histórico retrospectivo que remonta à chegada dos portugueses. Nos primórdios da história brasileira, ocorreram dois desastres sanitários vivenciados pela maior parte de sua população como grandes tragédias humanas.

O primeiro dizimou 90% da população indígena indefesa contra as doenças trazidas pelos europeus, principalmente febre amarela, malária e ancilostomíase.² O segundo foi a escravidão a partir de 1550, com o início do tráfico negreiro para o Brasil. As condições desumanas de vida do povo negro no Brasil engendraram uma miserabilidade quase absoluta, propiciando a proliferação de doenças como filariose, tracoma, dracunculose, dengue, desnutrição e muitas outras ligadas à vida indigna completamente insalubre e a privações de toda ordem.

O que há de comum nesses dois fatos é a ausência de interesse institucional pelo destino trágico dessas pessoas. As iniciativas em favor da saúde da população eram seletivas, como no caso da primeira Santa Casa aberta em Santos, no ano de 1543, que não atendia negros, mas somente brancos e índios catequizados,³ e, mesmo para estes, fornecia um atendimento precário, pois para o cargo de cirurgião-mor, criado no mesmo século, apenas seis médicos foram nomeados até o ano de 1746 para todo o território brasileiro.⁴

A chegada de Dom João VI ao Brasil inaugura a política de formação médica e a criação das Juntas de Higiene Pública e da Inspeção de Saúde dos Portos. Essas medidas

foram pouco eficazes para enfrentar grandes epidemias de febre amarela e cólera, mas tiveram algum sucesso contra a varíola, na medida em que os médicos conseguiram convencer as autoridades da Corte sobre a conveniência de vacinar a população.⁴

Com a República, os problemas continuaram, porém mudou o enfoque de enfrentamento. Com as novidades científicas vindas da Europa, novos conceitos de bacteriologia e fisiologia embasaram a criação de vários institutos de pesquisa vinculados aos serviços sanitários, fatos que corroboraram a hegemonia dos médicos higienistas organizados em algumas ligas sobre os tradicionalistas identificados com as teorias miasmáticas. O interesse era melhorar as condições sanitárias das cidades e dos portos de maior importância econômica, sem qualquer atenção ao meio rural, onde vivia o maior contingente populacional. Como o enfoque das ações sanitárias não era baseado nas necessidades das pessoas, era comum o conflito entre as autoridades de saúde e a população. O evento mais marcante é conhecido como Revolta da Vacina, ocorrido no Rio de Janeiro em 1904.⁵

Com a Lei Eloy Chaves, de 1923, foi criada a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), destinada aos ferroviários de São Paulo, inaugurando o sistema previdenciário brasileiro, sem modificar muito o modelo do sanitarismo campanhista que mantinha ordem e melhora das condições de saúde das cidades e portos, garantindo as condições de exportação da economia agrícola, predominante até a metade do século passado. A transição para uma economia industrial urbana provocou a expansão das CAPs para outras categorias profissionais e, no início da década de 1930, a migração das CAPs para os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com crescente necessidade de mais serviços de medicina previdenciária para uma grande massa de trabalhadores. Em 1960, a legislação de todos os IAPs foi unificada pela Lei Orgânica da Previdência Social.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Influenciado pelo golpe militar de 1964, o sistema médico previdenciário foi moldado pela centralização político-administrativa, e suas características eram a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia, com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dividido entre ações curativas e preventivas, o acesso não universal e o financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados.¹ Esse modelo ficou conhecido como médico-assistencial privatista e foi hegemônico até o fim dos anos 1970, quando entrou em profunda crise fiscal, junto com a crise do estado autoritário, que progressivamente foi perdendo legitimidade.

Nesse momento, já se iniciava o avanço das lutas democráticas no País, as quais, no campo da saúde, tiveram importantes desdobramentos, como a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, graças à organização dos profissionais da área nas universidades e de sua participação no movimento popular pela Reforma Sanitária.

A necessidade de mudança verificada no fim da década de 1970 se acelera na década de 1980, embalada pelo aprofundamento da crise econômica e pela instalação definitiva do processo de redemocratização. A implantação de novos planos (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde [PREV-Saúde], Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária [Conasp] e Ações Integradas de Saúde [AIS]) foi limitada, mas algumas experiências localizadas tiveram o mérito de mostrar que um novo modelo assistencial era viável, em especial pela possibilidade de contar com o apoio e a participação da sociedade.

Enquanto isso, e ao longo das duas décadas subsequentes, a prática privada de medicina, com sua visão mais biológica e maior ênfase em diagnóstico de doença e intervenções curativas, cresceu e se qualificou, criando uma grande rede de hospitais, clínicas, sociedades médicas e planos privados de saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Marcos importantes no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) estão destacados na **FIGURA 2.1**. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a elaboração da nova Constituição, na qual o movimento sanitário e o governo re-encontram-se com os movimentos sociais populares, inaugurou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde. Em 1987, foi lançado o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), corrigindo algumas distorções das AIS. Com a promulgação da nova Constituição, em 1988, e sua regulamentação com a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde)⁶ e a Lei nº 8.142,⁷ ambas em 1990, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) de 1993 e de 1996, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS) de 2001 e 2002, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e suas reedições em 2011 e 2017, o Pacto pela Saúde em 2006, o Decreto nº 7.508/2011⁸ e a Portaria nº 4.279/2018⁹ do Ministério da Saúde sobre as Redes de Atenção à Saúde e as Portarias de Consolidação das normas do SUS em 2017, constituiu-se um arcabouço jurídico bastante avançado, contemplando e ajudando a colocar em prática os princípios e as diretrizes do SUS. As Conferências Nacionais de Saúde seguintes à 8ª concentraram sua atenção na implementação e na consolidação do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde⁶ dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços, reafirmando os princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade) e as diretrizes organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e participação social) (**FIGURA 2.2**).

O Decreto nº 7.508/2011⁸ regulamentou a Lei nº 8.080/1990, contribuindo para que o SUS avançasse em seu processo organizativo ao definir o que são as regiões de saúde, as portas de entrada do sistema, a constituição de redes integradas de serviços de saúde, em que a atenção primária à saúde (APS) tem o papel ordenador, e o novo marco organizacional por meio dos Contratos Organizativos de Ação

| | |
|------|--|
| 1986 | 8ª Conferência Nacional de Saúde |
| 1988 | Reconhecimento, na Constituição Federal, do direito de acesso universal à saúde e aprovação do SUS |
| 1990 | Criação do SUS (Lei nº 8.080, "Lei Orgânica da Saúde") |
| 1990 | Definição da participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais (Lei nº 8.142) |
| 1991 | Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) |
| 1993 | Descentralização e municipalização da Saúde, e extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) |
| 1994 | Programa Saúde da Família (PSF) |
| 1996 | Piso de Atenção Básica Fixo e Variável, que redefiniu a forma de financiamento da Atenção Básica e Programação e Pactuação Integrada, que pactua responsabilidades, indicadores e metas entre os três entes federativos (Norma Operacional Básica 01/96 – NOB 01/96) |
| 1999 | Política Nacional de Medicamentos Genéricos |
| 2000 | Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regulamenta atividades do setor privado de saúde |
| 2001 | Regionalização da gestão em saúde e definição de responsabilidades entre os três entes federativos (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 2001) |
| 2002 | Maior definição da regionalização e ampliação da lista mínima de ações da Atenção Básica (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 2002) |
| 2004 | Inserção da odontologia na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil Sorridente) |
| 2006 | Definição da Saúde da Família como estratégia que sistematiza a atenção básica no Brasil com base nos atributos da APS (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB) |
| 2010 | Política de Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279) |
| 2011 | Definição das portas de entrada do SUS e constituição de redes integradas de serviços de saúde com papel ordenador para atenção primária (Decreto nº 7.508) Alteração na PNAB |
| 2012 | Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (Lei Complementar nº 141) |
| 2015 | Ampliação da permissão para a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde e Emenda Constitucional nº 86 |
| 2016 | Emenda Constitucional nº 95 (Novo Regime Fiscal) |
| 2017 | Nova alteração na PNAB; Portarias de Consolidação das normas do SUS |

FIGURA 2.1 → Marcos importantes no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na elaboração de políticas e práticas de atenção primária à saúde (APS).

Pública (COAPs), que devem reger a relação entre os três entes federativos, definindo responsabilidades, indicadores, critérios e metas para avaliação por desempenho, assim como aspectos financeiros a fim de garantir a implementação de ações e serviços integrados. Essa regulamentação da Lei nº 8.080 só foi possível graças aos avanços acumulados historicamente pelo conjunto legal referido anteriormente,

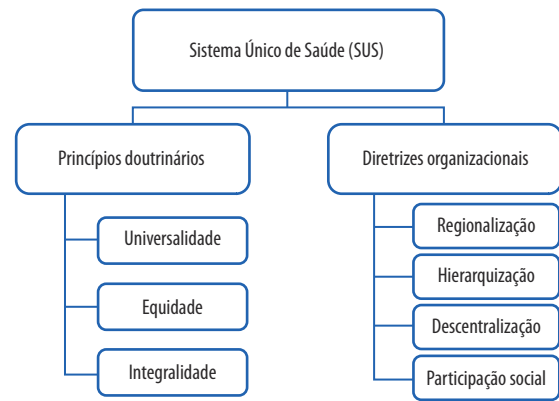


FIGURA 2.2 → Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

que permitiu, ao longo desses mais de 30 anos do SUS, a organização de um sistema ainda em construção.¹⁰⁻¹³

Marcos para o desenvolvimento do SUS e seu eixo central para promover a extensão de cobertura de acesso às ações em saúde foram a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), depois transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF).¹⁰ A grande extensão de cobertura da ESF impactou vários aspectos da saúde da população brasileira (ver Capítulo Estratégia Saúde da Família).

Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão foram resultado de um grande acordo entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), definindo também as instâncias das Comissões Intergestores Tripartite em nível nacional e Bipartite para as Unidades Federativas como fórum privilegiado dos novos mecanismos de gestão para as competências concorrentes nas três esferas de governo. A **FIGURA 2.3** mostra a estrutura atual de tomada de decisão e de participação social no SUS.

As modificações trouxeram vantagens burocráticas, porém, mais importante do que isso, consolidaram a ESF como estruturante de todo o sistema de saúde, invertendo uma lógica histórica que privilegiava um planejamento descendente que incorporava novas tecnologias e serviços com base em racionalidades técnico-econômicas com baixo compromisso com as necessidades da população e do sistema de saúde.

O SUS é financiado com recursos das três esferas de governo, mas o percentual dos orçamentos para a saúde vem sendo menor do que o necessário. Três emendas constitucionais (nº 29/2000; nº 86/2015 e nº 95/2016) alteraram profundamente diversos aspectos do financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Foram estabelecidas regras para a União diferentes daquelas para Estados, Distrito Federal e municípios. Na modificação da Emenda Constitucional nº 95/2016, o valor da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pela União de 2018 até 2036 será corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para os 12 meses encerrados em junho

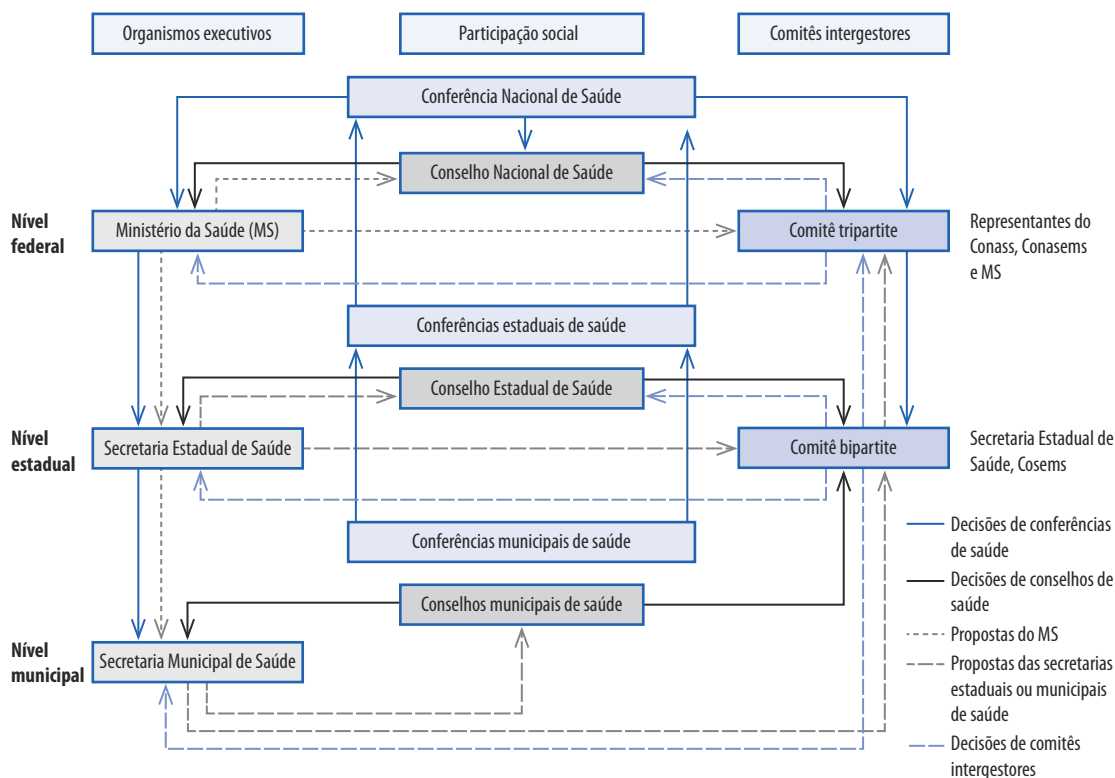


FIGURA 2.3 → Estrutura atual de formulação de políticas e de participação social no Sistema Único de Saúde. Conasems, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Conass, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Cosems, Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (nas Unidades da Federação).
Fonte: Paim e colaboradores.¹⁰

do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. Para alguns autores, as medidas de austeridade que vêm sendo implantadas no País têm configurado o que se denomina “austeridade seletiva” por afetarem proporcionalmente os mais vulneráveis.¹⁴

OS PROJETOS DE SAÚDE EM DISPUTA NO MUNDO E NO BRASIL

A grande maioria dos países de alta renda fornece substanciais cuidados de saúde aos seus cidadãos, de uma forma ou outra, por meio de um sistema nacional de saúde. Além das justificativas básicas da ordem de direito humano, há importantes razões econômicas para essa escolha. Os mecanismos do mercado não funcionam bem quando aplicados aos cuidados de saúde em grande parte porque, diferentemente de outras situações, muitas vezes quem decide quais serviços serão adquiridos não é o comprador, mas seu médico (ou plano ou fornecedor de saúde), gerando um inevitável potencial para conflito de interesses. Ademais, as economias de escala de um sistema de comprador único e a complexidade do processo, como um todo, argumentam fortemente para a intervenção do Estado. No entanto, os sistemas nacionais de saúde nos países de baixa e média renda são, em regra, bem mais rudimentares e oferecem um mínimo de acesso e serviços.

No Brasil, ao contrário, o princípio constitucional “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” embasa

importante atividade do Estado e é um divisor de águas entre dois grupos que disputam a hegemonia nas políticas de saúde no Brasil. Um conjunto de forças sociais e políticas defende um modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS, que, em sua totalidade, representam um Sistema Nacional de Saúde, guardando algumas semelhanças com os modelos de saúde inglês, canadense e italiano. Contudo, esse ordenamento jurídico é generoso na proposta e tímido no financiamento. Essa contradição cria um ambiente favorável para o desenvolvimento dos seguros privados de saúde e todas as suas variáveis mercadológicas, que congregam o outro conjunto de forças políticas, predominantemente do campo liberal em saúde. Essa visão retira da órbita do Estado a responsabilidade pela saúde e elege o indivíduo como provedor principal. Quem consegue comprar serviços no mercado abastece suas necessidades, pois, nessa lógica, a saúde é categorizada como mercadoria regulada pela lei da oferta e procura, e não como um bem público baseado nas necessidades da população.

A visão liberal em saúde tende a ser contrária à ideia da cobertura universal pelo SUS, com o argumento de que o Estado não deve substituir a iniciativa dos indivíduos que têm alguma condição de comprar serviços no mercado. Nessa concepção, o Estado deveria cuidar apenas da parcela da população sem qualquer poder de compra. Seguindo a linha de raciocínio dessa visão política, isso seria um paternalismo que levaria as pessoas a um processo de acomodação e poderia se estender para outros setores da sociedade,

desobrigando as pessoas de cuidarem de si mesmas e passando muitas responsabilidades para o Estado.

Já o movimento sanitário defende a ideia de que saúde não é um bem comercial que deva ser regulado pelo mercado. A saúde é pensada como um direito de cidadania e uma condição básica de vida. Para proteger esse bem individual e social, devem-se conjugar harmoniosamente todos os esforços do indivíduo para cuidar de si e dos seus familiares e, com base em suas necessidades, todos os serviços de saúde disponíveis no sistema de saúde.

Uma das questões centrais para compreender as tendências dos sistemas de saúde é saber como o Estado financia suas políticas sociais – e de saúde em particular. Os países que investem pesadamente em políticas para promover o estado de bem-estar social arrecadam, em média, 50% do produto interno bruto (PIB), enquanto no Brasil o Estado arrecada cerca de 34%.¹⁵

Do gasto total em saúde no Brasil (8,9% do produto doméstico bruto em 2015 ou, em dólares internacionais, Int\$ 1.391,50 *per capita*),¹⁶ 57,2% são privados e apenas 42,8% são públicos,¹⁶ para dar conta de um sistema público universal e gratuito. Cerca de 75% da população são usuários dependentes exclusivos, sem contar os usuários de planos privados que utilizam o SUS no setor de alta tecnologia, emergências, etc. Em termos comparativos, no Reino Unido (9,9% do produto doméstico bruto no mesmo ano ou Int\$ 4.144,60 *per capita*), o gasto público é de 80,4% do total de gastos em saúde para atender aproximadamente 90% da população.¹⁶ Sendo assim, os gastos públicos em saúde no Brasil, proporcionalmente, são menores do que em outros países com forte sistema nacional de saúde. Sem aumento do financiamento público, o SUS não tem como cumprir o que está previsto em todas as suas diretrizes.

DIRETRIZES E CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL DO SUS

Antes de comentar as diretrizes do SUS, é importante apresentar o conceito de saúde definido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois sintetiza grande parte do ideário do Movimento Sanitário Brasileiro:

Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.¹⁷

Esse conceito amplia a compreensão do processo saúde-doença e é basilar para entender a abrangência e a complexidade das diretrizes do SUS no Brasil, discutidas a seguir.

Universalidade

É a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede

hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível.

Do ponto de vista normativo, o sistema público de saúde está universalizado. Não há mais discriminação entre população urbana e rural, ou entre contribuintes e não contribuintes previdenciários.

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, para os quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício da cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população.

Contudo, a situação, apesar de promissora com a extensão de cobertura no nível de atenção primária, continua mostrando importantes limitações de acesso aos níveis secundário e terciário do sistema de saúde.

A universalização do acesso aos serviços de saúde, por encontrar-se em condições de financiamento inadequado, gera diferentes problemas e dilemas. Para a população mais pobre, um dos problemas é a falta de serviços além da APS, obrigando-a a enfrentar uma série de dificuldades para conseguir passagem para os outros níveis de atendimento. Para os setores médios da população, o dilema é submeter-se à universalização de baixa qualidade no setor público ou optar por um seguro privado¹⁸ sem cobertura universal, engrossando a lista dos que buscam acesso ao subsistema público de alta tecnologia, por meio de estratégias que privilegiam o clientelismo, mecanismo ainda comum na cultura brasileira.

Equidade

Em princípio, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população em condições de igualdade, não importando o gênero, a situação econômica, social, cultural, racial ou religiosa, mas podendo haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidades. Esse acesso também deve garantir possibilidades de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

A equidade no Brasil é incipiente, pois há obstáculos, com graus variados de dificuldades para os diferentes estratos sociais. Os mais pobres e marginalizados chegam com alguma facilidade ao nível da APS. A partir daí, eles chegam aos outros níveis do sistema somente com bastante sacrifício, permanecendo muito tempo nos escaninhos da regulação, grande parte ainda em papel nos documentos de referência e contrarreferência, ou em filas virtuais do sistema nacional de regulação (SISREG), dificultando a coordenação do cuidado.¹⁹

Para alcançar equidade de acesso aos cuidados secundário e terciário, é preciso melhorar a regulação, garantindo fluxos adequados a todos os níveis de complexidade tecnológica do sistema e aumentando a oferta e a resolutividade dos serviços, principalmente no nível ambulatorial especializado.

Integralidade

No Brasil, durante muitos anos, havia uma clara separação entre as ações preventivas, ligadas ao Ministério da Saúde, e as ações curativas, vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. A atual legislação é muito clara na definição: não deve mais haver essa separação; as ações de caráter individual e coletivo devem ser financiadas e estar articuladas no mesmo sistema, gerando atendimento da demanda espontânea da população, sem que sejam esquecidos os programas estruturados para atender às necessidades epidemiologicamente definidas pelo gestor do serviço de saúde. O atendimento com a diretriz da integralidade deve incorporar um amplo espectro de intervenções, articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação. Essa ação integrada deve ter a capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos e iniciar rapidamente a reabilitação e a readaptação ao convívio social. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) são o desdobramento institucional para ampliar o espectro de atenção incorporando um conjunto de profissões na APS.

No entanto, a conjuntura atual mostra um sistema estruturado para atender, de forma prioritária, os pacientes com doença já instalada, focalizando a intervenção no momento em que o agravo já aconteceu. É muito comum os serviços de saúde subsumirem à lógica de “apagar incêndio” e atender, prioritariamente, a demanda espontânea. Um exemplo é a expansão de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs),²⁰ muitas vezes pouco vinculadas às equipes de ESF e das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais. A vontade política de organizar modelos assistenciais integrais também esbarra na formação curativista da maioria dos profissionais de saúde.

Além de o enfoque do atendimento ser centrado na doença, ainda há o problema da falta de médicos generalistas para atuar na APS. Sua substituição por médicos treinados em outras especialidades e subespecialidades focais, que cada vez mais fragmentam o corpo do paciente, dificulta a noção de uma atenção integral.

Na prática do setor privado, observa-se um agigantamento das ações puramente diagnósticas e curativas sem articulação com a prevenção. Essa situação é influenciada por mecanismos de financiamento que pagam por produção médica e orientam-se por uma lógica de mercado. Esse tipo de prática reforça o processo de medicalização da sociedade, em que cada sintoma ou sinal verificado no paciente torna-se objeto de investimento da indústria médica, além de indicar um entendimento muito pobre do processo saúde-doença e uma leitura linear das necessidades do indivíduo e da coletividade. Essa tendência é reforçada pela indústria de rastreamentos nem sempre embasados em evidências confiáveis.^{21,22} Manter um balanço adequado das ações médicas no setor público diante dessas tendências é tarefa contínua e árdua.

Hierarquização e regionalização

Os serviços de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidade crescente, com tecnologia adequada para cada nível, potencializando a resolatividade. É fundamental a regulação adequada entre os níveis do sistema, de modo que haja fluxos de referência e contrarreferência claramente normatizados e funcionando para que o acesso seja garantido a todos, sem que se perca a capacidade de discernir a prioridade de atendimento especializado, por exemplo, entre um paciente com suspeita de um nevo maligno na retina e outro com necessidade de trocar de óculos.

A base territorial do serviço no SUS está definida com adscrição da clientela para um pleno exercício da responsabilidade do serviço com aquela população. A área de abrangência específica da unidade precisa estar delimitada geograficamente, com demarcação das áreas de risco, a fim de possibilitar um diagnóstico demográfico, socioeconômico e cultural, com destaque para o perfil epidemiológico da população servida, para o pleno desenvolvimento das potencialidades do serviço de saúde.

Se todos os encaminhamentos fossem feitos com critério, os ambulatorios e hospitais especializados ficariam mais disponíveis para se dedicarem aos problemas que realmente precisam de intervenções com tecnologias mais complexas.

Nos últimos anos, cresceram os esforços para racionalizar as relações entre diferentes níveis hierárquicos e promover a regionalização de serviços, incluindo o agrupamento das unidades de saúde de uma determinada região em uma unidade político-administrativa chamada de Distrito Sanitário, que englobaria, pelo menos, todo o nível primário. No entanto, ainda há muito a ser feito no processo de integração para vincular de forma mais estreita os serviços de APS com ambulatorios especializados, procedimentos diagnósticos e hospitalares. Essas estruturas devem estar necessariamente articuladas com o nível terciário, constituído de hospitais especializados, entre os quais os hospitais universitários, além de serviços diagnósticos e terapêuticos avançados, que podem ser da mesma cidade ou servir de referência também para outras cidades próximas.

Nesse sentido, a Portaria nº 4.279/2010 (substituída pela Portaria de Consolidação nº 3/2017) estabeleceu diretrizes para a organização de redes de atenção à saúde com o intuito de efetivar a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde, cumprindo com o objetivo de atender às necessidades em saúde da população, mas respeitando os princípios de ordenação do sistema pela APS e os conceitos de escala e qualidade dos serviços de saúde. Essa proposição pretende resolver lacunas importantes da rede pública assistencial do Brasil, sobretudo a baixa oferta de consultas e procedimentos diagnósticos de nível secundário, além da qualidade questionável em repetir diversas ações em múltiplos níveis assistenciais.

Com a regulamentação da Lei nº 8.080/1990, por meio do Decreto nº 7.508/2011, que garante a ordenação de acesso aos serviços de saúde por meio da APS, a constituição das portas de entrada do sistema e os contratos organizativos de ação pública, as bases para a efetiva hierarquização e

regionalização da saúde com qualidade estão dadas. Os próximos anos mostrarão se essas condições permitirão a substituição de redes integradas de atenção ordenadas pela APS como define Eugênio Vilaça Mendes:

Redes integradas de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.²³

(ver Capítulo A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde).

Descentralização

A diretriz da descentralização deve ser entendida como uma resposta a um movimento anterior, que foi a centralização político-administrativa nos governos militares. No SUS, há uma redistribuição do poder, repassando competências e instâncias decisórias para esferas mais próximas à população. Com isso, houve uma redefinição das atribuições, desconcentrando o poder da União e dos Estados para os municípios. No centro dessa estratégia está o processo de municipalização da saúde, entendido como um fenômeno político-administrativo que aponte para uma ruptura com o modelo assistencial tradicional e consiga dotar os municípios com modelos locais de saúde de acordo com todas as diretrizes do SUS. Contudo, um número ainda significativo de prefeituras enfrenta o problema de forma contraditória. Com a universalização do sistema e a responsabilização do Estado pelo atendimento, foi trazida para as prefeituras uma demanda nova, para a qual a maioria não estava preparada.

A municipalização da saúde ocorre por adesão espontânea das prefeituras, o que traz duas consequências. A primeira é positiva, pois trabalha com a noção de autodeterminação do poder local, deixando a prerrogativa de buscar a municipalização da saúde para o momento em que as condições estiverem favoráveis e, assim, tenham boa chance de dar certo. A outra consequência é negativa, pois a possibilidade de não municipalizar tem acautelado muitos prefeitos, deixando as respectivas populações no limbo, praticamente sem assistência.

A descentralização pressupõe a existência de gestores em vários níveis, mas a célula básica do sistema deve ser o município, ficando para os Estados e para a União os serviços de alta complexidade tecnológica, além de outras atribuições previstas em lei. Essa descentralização radical da gestão da saúde tem, caracteristicamente, dificuldade para encontrar gestores qualificados para assumir responsabilidade da organização da saúde em nível municipal, principalmente para os municípios muito pequenos. Dos cerca de 5,5 mil municípios brasileiros, praticamente metade tem população inferior a 10 mil habitantes, o que implica dificuldades adicionais, tanto de qualificação da gestão como

até de restrições legais. Esforços por parte do Ministério da Saúde e do Conasems e de seus subsidiários estaduais, os Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), têm sido realizados com o objetivo de qualificar os gestores municipais. Entretanto, as Unidades da Federação, isto é, os Estados, devem assumir sua atribuição legal de apoiar a organização dos serviços de saúde nos pequenos municípios. Mais uma vez, a consolidação de redes integradas nas regiões de saúde que abarquem pequenos municípios pode ser uma estratégia para impulsionar a organização do SUS nesses locais, sobretudo a partir da atribuição de responsabilidades por meio dos contratos de ação pública.

Controle social

Essa diretriz é a garantia dada pelo Estado de que a sociedade civil organizada tem possibilidade concreta de influir sobre as políticas públicas de saúde. A participação popular deve ter caráter deliberativo, oferecendo condições para que se possa determinar a política de saúde que interessa ao conjunto da população. Para que essa participação seja efetiva, é necessário que os atores sociais estejam devidamente instrumentalizados para intervir no processo, de forma a indicar um modelo de saúde mais adequado para as necessidades da população, e para criar uma nova consciência sanitária de acordo com o conceito de saúde que embasa as diretrizes do SUS.

A participação social está garantida, em todos os níveis, com os conselhos nacional, estaduais e municipais. Esses órgãos são permanentes e, ao lado das conferências nacional, estaduais e municipais de saúde, compõem o conjunto de instituições que garantem a participação da sociedade. Essa participação social em instituições do Estado está normatizada em lei⁷ e é composta pelos representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes têm paridade com a soma de outros setores. É o espaço oferecido ao cidadão que quer exercer influência no direcionamento do SUS.

Os formuladores teóricos da diretriz de controle social no SUS sustentam claramente a perspectiva da participação enquanto prática transformadora, tanto na saúde como nas outras relações sociais que estão implicadas no processo saúde-doença. Como instâncias democráticas que devem ser, os Conselhos e as Conferências de Saúde deliberam por maioria, muitas vezes existindo posicionamentos divergentes entre os representantes dos usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e governos. Estes últimos, por exemplo, às vezes tentam utilizar essas instâncias de participação social para legitimar suas políticas públicas, ou para diminuir a oposição a seus projetos ou interesses.

No Brasil, existe uma diversidade muito grande de experiências. Alguns municípios tiveram avanços consideráveis, e a participação nos fóruns da saúde passou a ser um exercício permanente de cidadania, não apenas fortalecendo os indivíduos e as instituições da sociedade civil organizada, mas também contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde. Nesses casos, há uma negociação permanente entre o Estado e a sociedade, na qual a discussão

política, democrática e transparente, precisa estar sempre presente.

O setor privado e sua participação complementar no SUS

Como já mencionado, o setor privado ocupa grande espaço nos serviços de saúde brasileiros, sobretudo em cuidados dos níveis secundário e terciário. No atual momento da saúde brasileira, só é possível pensar em integralidade nas ações médicas se houver uma complementação do setor privado na prestação de atendimento para o setor público.

O setor público, mantidas as atuais condições, não pode arcar sozinho com todos os serviços necessários para compor um sistema de saúde completo. Acaba contratando, por necessidade, muitos serviços do setor privado, que podem e devem ser aproveitados quando esgotadas as possibilidades do setor público, dando-se preferência aos de caráter não lucrativo. Entretanto, expressiva parcela de serviços privados ainda não absorveu as diretrizes do SUS, seguindo uma lógica de mercado.

Estrategicamente, é importante manter a grande rede hospitalar privada conveniada com o SUS, mas, no atendimento ambulatorial no nível de atenção primária, é possível ampliar o investimento em serviços públicos.

Recursos humanos

Na implementação integral de um novo modelo assistencial baseado em todas as diretrizes do SUS, a questão dos recursos humanos desempenha um papel central. A atual política de recursos humanos apresenta um descompasso entre a teoria e a prática. As conferências e os planos de saúde do governo anunciam o perfil dos profissionais de saúde a serem formados para atender as necessidades do SUS, mas muitas instituições de ensino continuam formando profissionais alheios a essas novas demandas. O resultado dessa política é o de profissionais formados fora da realidade, inadequados tanto em qualidade como em quantidade para atuação no setor público. Uma das consequências dessa política é a dificuldade de encontrar profissionais com perfil adequado para atuar na ESF, pois a grande maioria dos profissionais de saúde, sobremaneira da área médica, passa por treinamentos em programas de residência médica e estágios de graduação feitos em hospitais. A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é uma tentativa de mudar o rumo da formação pós-graduada *lato sensu*.

A efetiva implantação das diretrizes curriculares para os cursos de medicina,²⁴ que incorporam atividades de formação em todos os níveis do sistema de saúde com ênfase em APS, exigirá uma graduação médica mais adequada à realidade, assim como mais oportunidades em programas de especialização na área de Medicina de Família e Comunidade. É evidente que esse redirecionamento não deve ocorrer em detrimento da formação de especialistas nas demais áreas, incluindo as mais tecnológicas; apenas deve haver um processo de equalização para atender todos os níveis do sistema de saúde de forma mais adequada.

Para atender às diretrizes do SUS, seria necessário formar profissionais com uma nova mentalidade, dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais e enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade. Isso significa que os profissionais deveriam ter um profundo conhecimento de todos os determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais que definem o perfil epidemiológico da população, bem como um conhecimento sobre as estratégias de intervenção. Em 2013, foi estabelecido o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS por meio, entre outros, da reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; do estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e da promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.²⁵ Em 2019, foi instituído o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da APS no SUS, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade. O Programa Médicos pelo Brasil será executado pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), criada na mesma oportunidade, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde.²⁶

No Brasil, o problema dos recursos humanos não se restringe à formação. É na administração desses recursos que se encontram os problemas mais graves. Muitos recrutamentos ainda são feitos com critérios clientelísticos e influências políticas. Inexistem planos de cargos e salários unificados, as diferenças salariais são acentuadas tanto entre instituições como entre diferentes regiões do País, e, em geral, o salário é muito baixo.

A lógica dos achados de múltiplas pesquisas de Barbara Starfield e outros, demonstrando que sistemas de saúde com alta qualidade de atenção primária geram um melhor perfil de desfechos (p. ex., maior expectativa de vida), menores custos e maior satisfação entre usuários (ver Capítulo Estratégia Saúde da Família), é a base empírica que justifica maior investimento e aumentos salariais em APS.

Além disso, a distribuição de profissionais pelo País ainda é díspar, deixando várias regiões sem assistência – justamente as mais pobres – e concentrando recursos nos grandes centros urbanos.

Cabe ressaltar ainda que a multiplicidade de inserção no mercado de trabalho gera distorções. Muitos profissionais são obrigados a trabalhar em vários empregos, estendendo perigosamente a jornada de trabalho, situação esta aliada a péssimas condições de trabalho. Uma das consequências é o pouco tempo para a atualização profissional. Todas essas condições colaboram de forma decisiva para a baixa qualidade do atendimento.

CONCLUSÃO

No Brasil, ainda existe uma situação social muito precária, a qual se expressa no campo da saúde pela influência direta na gênese das doenças mais prevalentes. As políticas públicas de saúde, por si só, não têm a capacidade de reverter esse quadro; porém, articuladas com outras políticas sociais, podem contribuir decisivamente para que se promova a cidadania de uma parcela significativa da população brasileira.

Para o Brasil resgatar essa dívida social histórica, faz-se necessária uma decisão política fundamental: acreditar na possibilidade de que se possa reverter o quadro de exclusão social. Para isso, o desenvolvimento econômico deve beneficiar o conjunto da população. Essa opção, aparentemente simples, tem profundas implicações ideológicas, que podem ser traduzidas em tendências bem-distintas, passando pela visão liberal e pela visão social em política.

Certamente, se a sociedade brasileira souber optar por uma linha política adequada, poderá conquistar a consolidação do SUS com todas as suas prerrogativas. Caso contrário, continuará com um arremedo de sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Rosen G. Uma história da saúde pública. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Bueno E. À sua saúde: a vigilância sanitária na história do Brasil. Brasília: Anvisa; 2005.
- Brenner J. História do sistema privado de saúde do Brasil: uma trajetória de desafios: 1543-2006. Brasília: MEC; 2006.
- Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática; 2008.
- Costa NR. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasília: CN; 1990 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [Internet]. Brasília: CN; 1990 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
- Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [Internet]. Brasília: CC; 2011 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Brasília: MS; 2010 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
- Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica* 2017; 33 Sup. 2:S143-S161.
- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saude Colet*. 2018; 23(6):1723-28.2.
- Santos NR. SUS 30 anos. O início, a caminhada e o rumo. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6):1729-36
- Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(7):2303-14.
- World Health Organization. Global health expenditure database [Internet]. Geneva: WHO; [2019] [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>.
- World Health Organization. Global health observatory data repository [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [capturado em 23 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/gho/database/en/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final [da] 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17-21 mar. 1986[Internet]. [Brasília]: MS; 1986 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
- Fontenelle LF, Sarti TD, Camargo MJB, Maciel ELN, Barros AJD. Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review. *Cad Saude Publica* 2019; 35(4):e00004118.
- Brasil. Sistema Nacional de Regulação. Brasília: MS; c2019 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: <http://sisregiii.saude.gov.br/>
- Brasil. Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências. Brasília: MS; c2019 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>
- Welch HG, Brawley OW. Scrutiny-dependent cancer and self-fulfilling risk factors. *Ann Intern Med*. 2018; 168(2):143-144.
- Welch HG. Too much medicine: symptoms matter. *BMJ* 2019;365:11454.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2. ed. Brasília: OPAS; 2011 [capturado em 30 jul. 2019]. Disponível em: <https://apsredes.org/as-redes-de-atencao-a-saude-eugenio-vilaca-mendes/>.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Brasília: MEC; 2014 [capturado em 20 ago. 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/atos-normativos--sumulas-pareceres-e-resolucoes?id=12991>.
- Brasil. Casa Civil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. [Internet]. Brasília: CN; 2013 [capturado em 23 ago. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm
- Brasil. Secretaria Geral. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. [Internet]. Brasília: Palácio do Planalto; 2019 [capturado em 23 ago. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm.

Capítulo 3

A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Silvia Takeda

Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.

Barbara Starfield

A promoção da saúde e o tratamento efetivo das enfermidades não dependem apenas da aplicação qualificada, pelos profissionais, de

condutas bem-embasadas. A estrutura e o funcionamento do sistema de saúde e dos serviços onde as equipes de saúde atuam também determinam os resultados alcançados.

As características dos sistemas de saúde são importantes determinantes da saúde das populações, assim como a educação, as condições de moradia e trabalho, a alimentação e a renda.¹⁻⁴ Um sistema de saúde cuja porta de entrada é composta por serviços de atenção primária, em que os usuários têm vínculo com as equipes de saúde, e cujas respostas às necessidades de saúde são coordenadas, é mais eficiente e traz maior satisfação à população, além de, em comparação com outros, apresentar menores custos.⁵

As populações que contam com serviços de atenção primária à saúde (APS) de alta qualidade têm menores taxas de hospitalizações em razão de condições sensíveis à atenção primária, incluindo hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e pneumonia.^{6,7} Além disso, há melhor seguimento das prescrições médicas, menos hospitalizações, menor utilização de serviços de emergência, mais cuidados preventivos e mais detecção precoce de cânceres. No Brasil, os benefícios dos serviços de saúde organizados de acordo com os atributos da APS já são demonstráveis por diversos estudos.⁸⁻⁹

AS NECESSIDADES EM SAÚDE E SUA EXPRESSÃO

Os serviços de saúde têm o propósito de promover a saúde, respondendo às necessidades em saúde das populações. As necessidades – que compreendem a promoção de saúde, a prevenção e o tratamento de doenças – são de diversas naturezas, advêm de fenômenos físicos, psicológicos ou sociais, e atingem alguns poucos indivíduos ou são comuns a grupos.

Essas necessidades se expressam, em nível populacional, por medidas de morbimortalidade (ver Capítulo Saúde da População Brasileira) e, clinicamente, como diagnósticos, sinais ou sintomas; pela autopercepção de problemas de saúde ou estado de saúde insatisfatório; pela restrição às atividades rotineiras; por hábitos de vida, etc. Há, ainda, necessidades identificadas pelas equipes de saúde que não são intuídas pelos indivíduos.

No Brasil, onde o território é o lócus das ações dos serviços de atenção primária, responder às necessidades em saúde significa identificar e corresponder aos imperativos de saúde de quem procura e tem acesso aos serviços, bem como intervir nos riscos populacionais, protegendo populações vulneráveis e diminuindo iniquidades em saúde.

OS FUNDAMENTOS QUE ORIENTAM A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

O clássico estudo de White¹⁰ demonstrou que, em uma população de 1.000 pessoas com mais de 15 anos, no período de 1 mês, 750 terão sintomas ou problemas de saúde. A maioria dessas pessoas lidará com seus próprios problemas, mas

250 se consultarão com um médico. Destas, cinco serão encaminhadas a outro médico, e nove serão hospitalizadas (FIGURA 3.1). Passados 40 anos, o estudo foi repetido utilizando metodologia similar e incluindo crianças. As proporções se mantiveram idênticas.¹¹

A FIGURA 3.2 mostra que, de um total de 7.849 atendimentos realizados em um serviço de APS no Brasil, ao longo de um período de 15 dias, 9% resultaram em encaminhamento para cuidados secundários e terciários. A análise dos encaminhamentos, conforme o grupo de diagnósticos (FIGURA 3.3),¹² mostra que a proporção de encaminhamentos situa-se entre 5 e 22% para cada grupo de diagnóstico. Proporções semelhantes são encontradas em diversos estudos de demanda (nacionais e internacionais).

Os estudos de demanda em ambulatórios gerais demonstram, ainda, que, embora seja ampla a variedade de problemas de saúde, existem alguns muito frequentes, responsáveis por cerca de metade de toda a demanda trazida pela população (TABELA 3.1). A metade das consultas deve-se a cerca de apenas 25 diferentes diagnósticos, e o manejo adequado dos 50 diagnósticos mais frequentes permite a resolução de mais da metade da demanda clínica em ambulatórios de atenção primária.¹³

Os problemas de saúde apresentados por qualquer população são de diversas naturezas, afetam todos os órgãos e sistemas e amiúde não são estritamente médicos. Coexistem doenças crônicas (não transmissíveis e transmissíveis), violência e acidentes, problemas de saúde mental, doenças agudas e infectocontagiosas. Entre os problemas mais frequentes em qualquer população, encontram-se alguns de grande complexidade, exigindo intervenções sobre indivíduos, famílias e grupos sociais, bem como englobando elementos cognitivo-tecnológicos de diferentes disciplinas, como

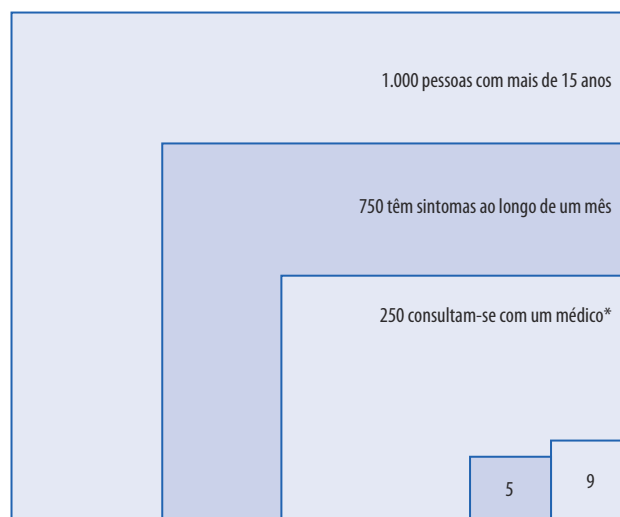


FIGURA 3.1 → Estimativas da prevalência mensal de problemas de saúde na população e o papel dos médicos, hospitais e universidades na provisão do cuidado médico.

*De cada 250 pessoas que se consultam com um médico, cinco são referidas a especialistas e nove são hospitalizadas (oito em hospital geral e uma em hospital universitário).

Fonte: White e colaboradores.¹⁰

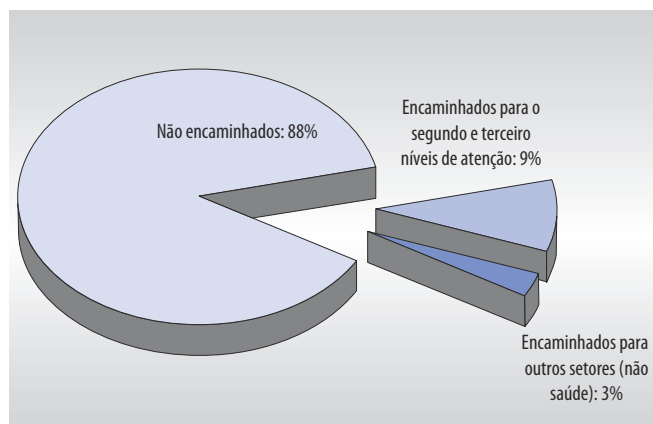


FIGURA 3.2 → Encaminhamentos em atenção primária (estudo de demanda do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição).

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia.¹²

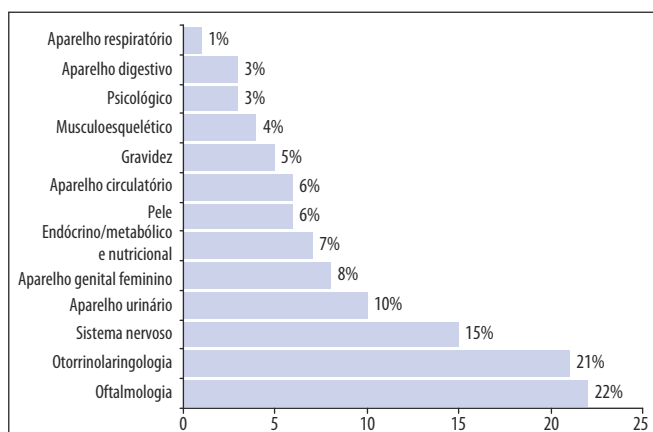


FIGURA 3.3 → Proporção de encaminhamentos para os cuidados secundários e terciários, para problemas* identificados em atenção primária (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 1999).

*Classificados segundo os capítulos da ICPC-2: Classificação Internacional de Cuidados Primários.²⁶

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia.¹²

sociologia, antropologia, psicologia, educação, comunicação, biomedicina, educação física, nutrição, entre outros. Apesar disso, lidar com esses problemas em APS implica menor custo financeiro e maior qualidade.⁷

As condições crônicas, responsáveis por 85% da morbidade na população brasileira,¹⁴ exigem que as equipes – atuando interdisciplinarmente – utilizem abordagens multifacetadas e tecnologias do autocuidado apoiado, apliquem diretrizes clínicas baseadas em evidências, disponham de sistemas de informação e otimizem o uso dos recursos locais disponíveis. (Ver Capítulo A Atenção às Condições Crônicas e Capítulo Cuidados Longitudinais e Integrals a Pessoas com Condições Crônicas.)

A análise das características de saúde comuns às diversas populações deve orientar a organização de sistemas de saúde, além de nortear a educação médica e o desenvolvimento de pesquisas. Com base nessas características,

TABELA 3.1 → Descrição dos 50 diagnósticos/problemas mais frequentes* registrados por equipes multidisciplinares em um serviço de atenção primária à saúde¹³ (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, 2017)

| ORDEM | DESCRIÇÃO | % | % CUMULATIVO |
|-------|---|-----|--------------|
| 1 | Prescrição de repetição | 8,3 | 8,3 |
| 2 | Hipertensão essencial (sem complicações) | 6,4 | 14,7 |
| 3 | Aconselhamento/orientações/prevenção/manutenção da saúde/planejamento familiar | 5,2 | 19,9 |
| 4 | Sem doença | 4,2 | 24,1 |
| 5 | Cárie dentária | 2,4 | 26,5 |
| 6 | Diabetes melito não insulino dependente | 2,1 | 28,5 |
| 7 | Depressão | 1,9 | 30,5 |
| 9 | Puericultura | 1,8 | 32,3 |
| 10 | Pessoa que consulta para explicação sobre resultado de exames | 1,7 | 34,0 |
| 11 | Sinais e sintomas da região lombar | 1,6 | 35,6 |
| 12 | Doenças da polpa e dos tecidos periapicais (pulpite, necrose da polpa, abscesso periapical) | 1,6 | 37,2 |
| 13 | Prevenção do câncer ginecológico | 1,6 | 38,9 |
| 14 | Gravidez, acompanhamento pré-natal | 1,5 | 40,4 |
| 15 | Nasofaringite aguda | 1,3 | 41,7 |
| 16 | Asma | 1,2 | 43,0 |
| 17 | Transtorno de ansiedade/estado de ansiedade | 1,2 | 44,2 |
| 18 | Gengivite e doenças periodontais | 1,0 | 45,2 |
| 19 | Infecção aguda nas vias aéreas superiores | 1,0 | 46,2 |
| 20 | Cistite | 0,9 | 47,1 |
| 21 | Dor abdominal | 0,8 | 47,9 |
| 22 | Consulta com finalidade administrativa: atestados, cartas, certificados | 0,8 | 48,7 |
| 23 | Anticoncepção | 0,7 | 49,4 |
| 24 | Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumida | 0,7 | 50,1 |
| 25 | Transtorno afetivo bipolar | 0,6 | 50,7 |
| 26 | Sinusite aguda | 0,6 | 51,3 |
| 27 | Tonsilite aguda | 0,6 | 51,9 |
| 28 | Tosse | 0,5 | 52,4 |
| 29 | Problemas relacionados ao grupo familiar | 0,5 | 52,9 |
| 30 | Diabetes melito insulino dependente | 0,5 | 53,4 |
| 31 | Obesidade | 0,4 | 53,8 |
| 32 | Cefaleia | 0,4 | 54,2 |
| 33 | Hipotireoidismo | 0,3 | 54,5 |
| 34 | Problemas relacionados com hábitos de vida/abuso de tabaco | 0,3 | 54,9 |
| 35 | Exame para rastreamento de doenças infecciosas e parasitárias | 0,3 | 55,2 |
| 36 | Alterações no metabolismo dos lipídeos | 0,3 | 55,5 |
| 37 | Lesões do ombro | 0,3 | 55,7 |
| 38 | Otite média | 0,3 | 56,0 |
| 39 | Doença pulmonar obstrutiva crônica | 0,3 | 56,3 |

(continua)

TABELA 3.1 → Descrição dos 50 diagnósticos/problemas mais frequentes* registrados por equipes multidisciplinares em um serviço de atenção primária à saúde¹³ (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, 2017) (Continuação)

| ORDEM | DESCRIÇÃO | % | % CUMULATIVO |
|-------|-------------------------------|-----|--------------|
| 40 | Dor NCOP | 0,3 | 56,6 |
| 41 | Esquizofrenia | 0,2 | 56,8 |
| 42 | Dispepsia/indigestão | 0,2 | 57,0 |
| 43 | Rinite alérgica | 0,2 | 57,3 |
| 44 | Náusea e vômitos | 0,2 | 57,5 |
| 45 | Dores musculares | 0,2 | 57,7 |
| 46 | Tontura | 0,2 | 57,9 |
| 47 | Doença cardíaca isquêmica | 0,2 | 58,1 |
| 48 | Transtornos do ouvido externo | 0,2 | 58,3 |
| 49 | Úlcera dos membros inferiores | 0,2 | 58,5 |
| 50 | Artrose do joelho | 0,2 | 58,7 |

*Refere-se aos 50 diagnósticos/problemas mais frequentes de um total de 294.233 atendimentos do ano de 2018, realizados pelos médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos que integram as 12 equipes de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Códigos da CID-10 foram registrados em boletins de atendimento. Podem ser informados mais de um CID em um mesmo boletim.

estrutura-se, no Brasil, um modelo de sistema de saúde que é hoje adotado por um número cada vez maior de países – a APS, apresentada a seguir. A análise das características de saúde particulares a cada população orienta a organização local dos serviços de saúde, discutida adiante.

O QUE É A ATENÇÃO PRIMÁRIA?

A expressão “atenção primária à saúde” tem sido utilizada com distintas acepções, sendo duas predominantes: (1) APS – um modelo de organização do sistema de saúde; e (2) APS – um nível de atenção do sistema de saúde.

Atenção primária à saúde como um modelo de organização do sistema de saúde

Um sistema de saúde é “[...] o conjunto de organizações, indivíduos e ações cuja intenção primordial é promover, recuperar e/ou melhorar a saúde”.¹⁵ A APS é, nessa perspectiva, uma forma de organização dos serviços, na qual há uma porta de entrada ao sistema de saúde, que se configura como espaço de coordenação das respostas às necessidades dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde,¹⁵ um sistema de saúde orientado pela APS conforma-se a partir de um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços de saúde, relevantes e adequados à população, promovendo a equidade. Prevê uma atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, conferindo ênfase na prevenção e na promoção da saúde e assegurando o contato do usuário com o sistema de saúde através de uma porta de entrada. As famílias e comunidades são a base para o planejamento e a efetivação de suas ações.

Assim, para alcançar esses objetivos, um sistema de saúde orientado pela APS requer uma sólida estrutura legal, institucional e organizacional, bem como a disponibilização de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Busca empregar as melhores práticas de organização e gestão em todos os níveis do sistema, a fim de obter qualidade, eficiência e efetividade nos serviços prestados, e desenvolve mecanismos ativos de participação individual e coletiva nos assuntos da saúde. Além disso, um sistema de saúde dessa natureza precisa fomentar ações intersectoriais com vistas à abordagem do conjunto de determinantes de saúde e equidade.

A literatura é consistente em mostrar que os sistemas de saúde baseados na APS são mais efetivos, mais eficientes e promovem maior equidade. Há evidências dos benefícios nos níveis individual e populacional, e já são mais bem conhecidos os mecanismos pelos quais os benefícios da APS são alcançados.⁷

Valores, princípios e atributos

Os sistemas de saúde atuam no interior de um contexto político, econômico e técnico, em um determinado momento histórico. Em consequência, respondem às especificidades de cada país, aos valores e aos princípios por eles defendidos.¹⁶ No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como valores a universalidade, a equidade e a integralidade, e como princípios a participação e controle social, a descentralização, a regionalização com hierarquização, o enfoque nas pessoas/famílias e a orientação para a qualidade (ver Capítulo O Sistema de Saúde no Brasil). Busca-se, no caso brasileiro, um sistema de saúde voltado para a equidade social, a corresponsabilidade entre setor público e população, e a solidariedade, com particular ênfase em um conceito amplo de saúde.

Os valores são, assim, reflexos dos valores mais amplos que pautam a sociedade em geral, e são essenciais para o estabelecimento das prioridades nacionais e para a avaliação da correspondência entre os pactos sociais e as necessidades e expectativas da população. Proveem um fundamento moral e ético que rege as políticas e os programas formulados em nome do interesse público.¹⁶

Os princípios são responsáveis pela articulação entre os valores e os elementos estruturais e funcionais de um determinado sistema de saúde, fundamentando as políticas de saúde, a legislação, os critérios de avaliação, a geração e a alocação de recursos.

Os atributos são as características operativas por meio das quais se busca alcançar os valores e os princípios preconizados.

Atenção primária à saúde como um nível de atenção do sistema de saúde

Em um sistema de saúde orientado pela APS, os serviços de atenção primária – ou seja, as unidades básicas e as equipes de saúde – constituem a porta de entrada, o primeiro contato dos indivíduos, das famílias e da população com o sistema de saúde para a maioria das situações. Esses serviços

respondem às necessidades de saúde com ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema e responsabilizando-se, ao longo do tempo, pela coordenação do conjunto de respostas às necessidades em saúde.

A atenção primária diferencia-se da secundária e da terciária por diversas características: dedica-se aos problemas (simples ou complexos) mais apresentados pelas pessoas, frequentemente em suas fases iniciais e menos definidas, operando principalmente em unidades de saúde, mas também em consultórios comunitários, escolas, asilos ou domicílios.

No âmbito da atenção primária, observa-se alta proporção de usuários já conhecidos pela equipe de saúde, e, em consequência, há maior familiaridade com os pacientes e seus problemas. Os médicos de atenção primária, assim como os especialistas em doenças, veem tanto novos pacientes quanto pacientes antigos com problemas antigos. Entretanto, os profissionais de atenção primária veem, de maneira proporcional, mais pacientes antigos com problemas novos, já que são responsáveis pelo atendimento das pessoas ao longo do tempo, independentemente da necessidade. Em ordem de frequência, veem pacientes antigos com problemas antigos, pacientes antigos com problemas novos e pacientes novos com problemas novos.⁵

Atributos dos serviços de atenção primária

Os atributos da atenção primária referem-se às características operacionais, peculiares e únicas dos serviços nesse nível. Os benefícios da APS resultam do efeito combinado do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação.⁷

Primeiro contato: a porta de entrada

Um serviço é considerado a porta de entrada ao sistema de saúde quando é identificado pela população e pela equipe como o primeiro recurso a ser buscado, em caso de uma necessidade em saúde. Em uma situação ideal, sempre que um indivíduo apresenta uma necessidade em saúde, o primeiro contato é feito nesse serviço, que deve ser de fácil acesso e disponível; se isso não acontecer, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente a saúde.

O conceito “porta de entrada ao sistema de saúde” refere-se tanto à acessibilidade quanto à utilização do serviço pela população, seja em caso de um novo evento de saúde ou de um novo episódio de uma condição antiga.

A porta de entrada está associada a diversas vantagens: menos consultas para um mesmo problema; menos exames complementares; menos hospitalizações ou hospitalizações mais curtas; menos cirurgias; mais ações preventivas e adequadas; maior qualidade das ações e maiores chances de que ocorram no tempo certo.⁵

Às equipes interessa saber, então, em que medida o seu local de trabalho é identificado pela população como o primeiro recurso de saúde a ser buscado pelos indivíduos, por sua família e pela comunidade em geral, e qual a acessibilidade e a utilização dos serviços. Nessa perspectiva, avaliar o acesso geográfico significa deter o conhecimento de

aspectos como distância, transporte disponível e tempo de deslocamento. O diálogo com a população assinala as dificuldades em termos de acesso geográfico.

O acesso sócio-organizacional inclui as “[...] características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde”.⁵ Por exemplo, o horário de funcionamento ou a forma de marcação de consultas podem significar barreiras ao acesso.

Assim, analisar os aspectos sócio-organizacionais implica, por exemplo, considerar o horário de funcionamento em relação às características culturais e de organização do trabalho da população; a forma de marcação das consultas; as horas de disponibilidade (unidade de saúde aberta); a facilidade ou dificuldade de acesso para portadores de deficiências físicas e idosos; o tempo médio de espera para o atendimento; a linguagem e comunicação entre equipe e população; as acomodações disponibilizadas; a flexibilidade para realização de consultas de emergências; o intervalo de tempo entre a marcação e a realização da consulta; a disponibilidade da equipe de saúde para realização de visitas domiciliares; a oferta de atenção a grupos ou pessoas que não procuram espontaneamente o serviço; a realização de buscas ativas; etc.

Equilibrar a atenção às necessidades em saúde com a capacidade dos serviços de APS constitui um problema a ser enfrentado no Brasil. Novos modelos de organização dos serviços têm sido propostos para responder à demanda de consultas, entre eles o Acesso Avançado,¹⁷ que tem como princípio disponibilizar consultas para o mesmo dia, ou em até 72 horas, a todos que assim desejarem, sem distinção de motivo (urgência ou seguimento), e priorizar a longitudinalidade. Essa forma de organização pressupõe o equilíbrio entre a oferta e a demanda. Operacionalmente, cada dia do clínico inicia com vagas suficientes para suprir a demanda do dia e não são feitas restrições para os agendamentos futuros necessários (cerca de 30% da demanda). Nas referências, é encontrada uma sistematização dos modelos, suas características, vantagens e desvantagens.¹⁸

O diálogo com a comunidade sobre as características de organização do serviço de saúde abre espaço para que seus membros possam manifestar-se a respeito desses aspectos, além de permitir que os serviços tenham a oportunidade de prestar maiores esclarecimentos sobre o seu funcionamento.

Longitudinalidade: a continuidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo

A essência do conceito de longitudinalidade é a duração, no tempo, de uma relação de confiança de base pessoal que se estabelece entre indivíduos e um médico e uma equipe de saúde, independentemente do tipo de problema de saúde apresentado ou mesmo de sua presença pontual. Essa relação possibilita que os profissionais conheçam os usuários do serviço e que estes conheçam a equipe de saúde.

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e a recorrência a ela ao longo do tempo, o que implica a adscrição da população a equipes de saúde. Equipes com dois ou mais médicos e enfermeiros promovem a longitudinalidade redividindo o território

em áreas, atribuindo, a cada área, profissionais específicos (equipe de referência) e trabalhando com listas de usuários por profissional. Essa organização favorece a definição de responsabilidades, vínculo e integralidade da atenção, bem como maior apropriação e ações de vigilância mais adequadas a cada área. Associada a diversas vantagens, a longitudinalidade possibilita mais ações de prevenção; um atendimento mais precoce e adequado; a conclusão de um maior número de tratamentos; a obtenção de maior integralidade no cuidado; uma coordenação mais eficiente das ações e dos serviços; o surgimento de uma menor proporção de doenças preveníveis; a redução da utilização de serviços de saúde e hospitalizações; a obtenção de maior satisfação com o atendimento; e a diminuição dos custos totais.⁵ É especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e morbidades múltiplas.

Às equipes de saúde interessa saber em que medida estão sendo estabelecidos relacionamentos profissionais que permitam aos usuários conhecer a equipe de saúde; e aos profissionais, familiarizarem-se com os usuários. A adscrição (cadastro) das famílias e o período de permanência dos integrantes na equipe informam sobre a longitudinalidade.

Integralidade: a abrangência do cuidado

Integralidade é a capacidade que detém uma equipe de saúde de identificar e lidar com o leque das necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos, seja resolvendo-as ou prestando orientações para que recebam os serviços dos demais pontos de atenção à saúde (cuidados secundários e terciários ou outros setores).

O cuidado integral depende das condições da equipe de saúde de identificar e lidar com a ampla gama de questões relativas à promoção de cuidados, à prevenção, ao tratamento e/ou à recuperação de doenças. Refere-se, portanto, ao conjunto de serviços oferecidos, que vão das orientações sobre o modo de utilização de uma medicação ou dos efeitos do cigarro, do tratamento ou do encaminhamento adequado, ao apoio ao indivíduo e à sua família nas crises vitais, ou à orientação sobre direitos legalmente adquiridos, internação domiciliar, etc. O emprego de recursos como visitas domiciliares, organizações comunitárias e articulações intersetoriais é, muitas vezes, necessário, constituindo parte de um atendimento integral.

Pode parecer que, quanto maior a variedade de serviços disponíveis, melhor será a atenção oferecida. Entretanto, essa suposição não é necessariamente verdadeira: alguns dos serviços ofertados podem não ser eficazes, outros podem ter um custo desproporcional à sua efetividade, e outros podem, ainda, causar danos. A decisão sobre a carteira de serviços é um importante aspecto de gestão, baseada no conhecimento das necessidades da população em que o serviço se insere. O volume de pacientes vistos ou de procedimentos realizados está associado à qualidade dos resultados, ou seja, para alguns procedimentos, a quantidade aumenta a probabilidade de melhores resultados, o que se convencionou chamar de “economia de escala”.⁵

A integralidade no cuidado está associada à maior quantidade de ações de prevenção, à maior adesão aos

tratamentos recomendados e à maior satisfação da população com o atendimento.⁵

A avaliação de um serviço de saúde na perspectiva da integralidade pode ser feita mediante observação da diversidade de procedimentos e serviços ofertados (rastreamentos, pequenas cirurgias, atenção à saúde bucal, atenção à saúde mental, aconselhamentos, etc.) e do uso dos recursos, pelas equipes de saúde, como visitas domiciliares; trabalho com grupos, organizações comunitárias (creches, clubes de mães, grupos de apoio, etc.) ou organizações não governamentais; articulações intersetoriais (educação, saneamento, etc.), entre outros.

Coordenação: informação, comunicação e articulação e ordenação nos diversos níveis de atenção à saúde

As equipes de saúde que atuam como porta de entrada do sistema sabem que as necessidades em saúde são múltiplas e, em geral, complexas. Há necessidade de profissionais de diversas categorias, bem preparados e atuando de forma coordenada, bem como de uma articulação entre os cuidados dispensados nos demais serviços e níveis de atenção, já que uma proporção variável de necessidades demandará serviços de atenção secundária e/ou terciária à saúde. Diante da mudança do perfil epidemiológico, com a presença crescente de doenças crônicas e de multimorbidades, a integração entre diferentes serviços é fundamental, e os serviços de atenção primária devem exercer seu papel de coordenar os cuidados.

A essência da coordenação reside na disponibilidade de informações a respeito dos problemas e das ações realizadas nos diferentes pontos de atenção, bem como no reconhecimento da pertinência da informação para o atendimento em pauta.

A coordenação implica adequada e eficiente troca de informações nos casos de referência e contrarreferências, e é mais bem desempenhada por meio de um sistema de informação de base eletrônica que integre os pontos assistenciais e que permita aos serviços de APS acompanhar e avaliar se a atenção recebida nos demais pontos foi adequada às necessidades dos pacientes.

A coordenação é essencial para o alcance dos demais atributos da APS. Sem coordenação, a continuidade do cuidado perde muito de seu potencial, a integralidade não se faz possível, e o primeiro contato recebe contornos puramente administrativos.⁶

A coordenação está associada a uma melhor identificação dos problemas de saúde, à adesão mais efetiva a tratamentos e dietas e à execução mais cuidadosa de exames e consultas de encaminhamentos, diminuindo, com isso, o número de solicitações de exames complementares.⁵

A coordenação pode ser avaliada a partir da disponibilidade de informações a respeito dos problemas identificados e das ações empreendidas, envolvendo a eficiência do sistema de registro empregado; a qualidade dos registros que compõem esse sistema; e a presença de mecanismos ou espaços de comunicação entre os diversos pontos constituintes da rede de atenção à saúde. No trabalho em equipe,

avaliam-se, como exemplo, a gestão de casos, as linhas de cuidado e os protocolos utilizados pelas equipes.

Diversos mecanismos de coordenação assistencial têm sido propostos para melhor integrar os diferentes pontos de uma rede de serviços de saúde.¹⁹ O mecanismo prioritário é um sistema de informação em saúde informatizado que inclua um prontuário eletrônico com identificador único e que seja comum a todos os pontos de atenção da rede de serviços.

Além disso, a realização de interconsultas entre profissionais de diferentes pontos assistenciais, estratégias de apoio matricial (ver Capítulo Estratégia Saúde da Família), encontros para discussão de casos clínicos com profissionais de diferentes pontos de atenção e ferramentas de comunicação entre esses pontos – uso rotineiro de contato telefônico, ampliação do uso de tecnologias de comunicação e informação, como as teleconsultorias – são fundamentais para que a coordenação do cuidado realizada pelos serviços de APS se consolide.

Esses mecanismos buscam personalizar as relações entre diferentes serviços de saúde, gerando um ambiente de confiança mútua entre os profissionais ao se responsabilizarem pelo cuidado dos pacientes. Pressupõem a existência dos diversos pontos de atenção à saúde em número e qualidade suficientes para atender às necessidades em saúde da população adscrita a cada rede de serviços.

Demais atributos

A partir dessas quatro características, resultam as demais: a centralização na família (ver Capítulo Abordagem Familiar), a orientação na comunidade e a valorização da cultura (ver Capítulo Antropologia e Atenção Primária à Saúde). Há, ainda, algumas características essenciais, mas que não se restringem à atenção primária: o registro adequado (ver Capítulo Registros Médicos, Certificados, Atestados e Laudos), a continuidade de pessoal, a qualidade clínica e a comunicação.⁵

Redes de atenção à saúde

Segundo Mendes,²⁰ um sistema de saúde é composto por redes horizontais interligadas por pontos de atenção e por distintas densidades tecnológicas, com suas estruturas de apoio e logística, não havendo hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde (locais de prestação de serviços). Como exemplos, citam-se unidades de atenção primária, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de atenção especializada e serviços de atenção domiciliar. Os serviços de atenção primária são a porta de entrada ao sistema, e orientam o conjunto de respostas às necessidades em saúde da população.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde,

[...] as redes de serviços integrais e integrados são uma das principais expressões operativas do enfoque da atenção primária à saúde no que se refere à prestação de serviços da saúde, contribuindo a efetivar-se seus atributos, entre eles a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção

integral, integrada e contínua; o cuidado apropriado; a organização e a gerência ótimas; a ação intersetorial.¹⁵

Há evidências, provenientes de diferentes países, demonstrando que as redes de atenção à saúde contribuem de forma importante para a melhoria dos resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde.²⁰

As redes de serviços integrais e integrados constituem-se a partir de uma população (território), uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.²⁰ Os aspectos relativos à população e ao território são vistos a seguir. No que concerne à estrutura operacional das redes de atenção à saúde, elas comportam um centro de comunicação; pontos de atenção à saúde; sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistencial-farmacêutico e de informação em saúde; sistemas logísticos de identificação dos usuários, de prontuário clínico, de acesso regulado à atenção e de transporte em saúde; e sistemas de governança da rede. O modelo de atenção à saúde é o da atenção primária.

A ORGANIZAÇÃO LOCAL DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os aspectos socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde são específicos para cada população. Ainda que se observem problemas de saúde muito frequentes em estudos de demanda de qualquer população (p. ex., hipertensão arterial sistêmica), as abordagens populacionais e individuais a esses problemas costumam ter aspectos próprios de cada população/território. São descritos, a seguir, conceitos e instrumentos úteis para conhecer as características próprias de cada população e adequar as ações de saúde às suas necessidades.

Território

O território corresponde à área geográfica de abrangência de uma equipe de saúde. É entendido como um espaço em permanente construção e reconstrução, produto de uma dinâmica social. O território-processo é território de vida pulsante, de conflitos, de solidariedade e de busca de consensos; nele, expressam-se diferentes interesses, projetos, sonhos e realizações. Possui dimensões econômica, política, cultural e epidemiológica. Nesse espaço social, configura-se uma determinada realidade de saúde da população que nele vive, realidade esta também em permanente movimento, por isso denominada de processo saúde-doença.²¹

É definido com base em critérios administrativos, assistenciais e organizacionais da população local. É um espaço de corresponsabilidade pela saúde entre população e serviço.

Cada território pode ser entendido como território-área (quando se distancia o foco, o que permite ver o conjunto) e como microáreas (quando se aproxima o foco). É útil definir microáreas pela lógica da homogeneidade (ambiental, geográfica, socioeconômica, sanitária, cultural, etc.); nelas se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições de existência.

Os territórios não são necessariamente homogêneos, as médias não costumam refletir a realidade, e conhecê-los permite lidar com as iniquidades em saúde. No contexto da Estratégia Saúde da Família, referencial para a organização da atenção primária no Brasil, a microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega cerca de 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde.

Adequação

Uma das características defendidas como capazes de qualificar um serviço de saúde é a adequação, entendida como a capacidade dos serviços de darem a melhor resposta às necessidades de saúde.²² E como um serviço pode tornar-se adequado?

O primeiro passo rumo à adequação é a apreensão dos elementos que compõem o território, sua população e inter-relações. Com base nesse entendimento, é feita a análise da situação de saúde e de seus determinantes, são identificadas as necessidades e os problemas e é construído um plano, que ainda necessitará de outros arranjos para tornar-se viável e bem-sucedido.

Na busca da adequação, em especial para definir a composição e as competências das equipes, é fundamental conhecer o perfil da população, o tipo e o tamanho das demandas espontânea e provocada, a estrutura dos serviços e os recursos disponíveis. A adequação também envolve preocupações com qualidade, resolutividade e satisfação do usuário. Em que medida os serviços de APS cumprem os atributos que a qualificam?

Entende-se que nenhum serviço deve ser copiado, e que não existem fórmulas para a adequação. Deve-se buscar inspiração e experiência nos modelos desenvolvidos e ousar soluções originais. Para um país como o Brasil, que multiplica realidades e contradições, mas que também tem gerado profissionais e comunidades capazes de enfrentá-los, a diversidade é um fato. Por essas razões, a adequação é sempre uma questão local.²³

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Na busca da adequação, as informações para conhecer a realidade local e analisar a situação de saúde podem ser conhecidas por meio de diferentes instrumentos: dados secundários, inquéritos domiciliares, estudos de demanda, estimativas rápidas, pesquisas qualitativas e organização de processos informais de coleta, como entrevistas em grupos, oficinas, entrevistas com líderes de opinião e observação direta, entre outros.

A ordem de apresentação desses instrumentos, a seguir, sugere uma sequência de seus usos em termos de elaboração e complexidade metodológica crescentes, e reflete a trajetória de muitos serviços.

Dados secundários

São dados e informações colhidos por outras agências e setores, governamentais ou não, em geral para fins

político-administrativos e invariavelmente subutilizados. Dispõe-se de um diverso conjunto de sistemas de informação de interesse para a saúde, com bancos de dados nacionais de acesso facilitado no âmbito do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, que incluem informações sobre mortalidade, nascidos vivos, agravos de notificação compulsória, produção de serviços, atendimentos ambulatoriais, hospitalizações e internações domiciliares, além de informações de base populacional.

A **TABELA 3.2** relaciona algumas das fontes mais utilizadas na organização, na administração e no planejamento dos serviços de saúde. Além delas, fornecem importantes informações as fundações ou secretarias estaduais de economia e estatística, prefeituras e órgãos de planejamento, administração, urbanismo e obras públicas; as autarquias e empresas de saneamento básico; as secretarias estaduais e municipais de saúde e afins; e as secretarias estaduais e municipais de educação. É papel de instâncias de hierarquia superior (Município, Estado, Ministério) oferecer esses dados, originalmente coletados por membros das equipes de saúde, de forma organizada em detalhe geográfico adequado para planejamento e avaliação no nível local. Destaca-se, entre eles, o *site* do estudo Global Burden of Disease (GBD), cujos infográficos fornecem dados atualizados em ambiente amigável, produzidos com apoio do Ministério da Saúde, em nível do país e de seus estados.

Dados primários

Quando os dados secundários são insuficientes, questões importantes podem ser respondidas por pesquisas de campo, que consistem, basicamente, na aplicação de questionários (padronizados ou não) em amostras ou censos de populações.

Inquéritos domiciliares são justificados quando não estão disponíveis informações necessárias que digam respeito a toda a população, como perfis demográfico, educacional e socioeconômico; frequências de doenças; índices e coeficientes; condições ambientais e habitacionais. Um aspecto peculiar dos inquéritos domiciliares é fornecer dados sobre moradores que não procuram os serviços de saúde e/ou não constam nas informações oficiais.

Contra seu uso pesam os altos custos financeiros, a utilização de pessoal treinado e a mobilização logística despendida para sua execução. A menos que haja disponibilidade de pessoal com treinamento formal, é necessária assessoria metodológica para planejamento, amostragem, elaboração do instrumento de coleta de dados, treinamento de entrevistadores, codificação, processamento e análise de dados.^{24,25} Além disso, o longo tempo decorrido entre o planejamento de um inquérito e a divulgação de suas informações não estimula sua aplicação em larga escala.

Dois aspectos, no entanto, advogam seu uso: a precisão dos dados coletados e os ganhos secundários obtidos, pois, durante a fase de coleta, tem-se a oportunidade de conhecer cada recanto e cada morador de uma comunidade.

Diagnósticos de demanda são úteis para definir o padrão de morbidade e perfil dos usuários de um serviço de

TABELA 3.2 → Fontes de dados secundários úteis para a organização, a administração e o planejamento de serviços de saúde

| INSTITUIÇÃO | LINK | COMENTÁRIO |
|---|--|--|
| Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) | www.ibge.gov.br | Fornecer informações sociais, demográficas e econômicas |
| Ministério da Saúde | | |
| Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) | aps.saude.gov.br | Fornecer dados sobre cobertura de equipes de saúde da família, publicações e legislação relevantes em atenção primária |
| Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) | portal.anvisa.gov.br | Orientações e bancos de dados sobre controle sanitário de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados |
| Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) | datasus.saude.gov.br | Principal fonte de dados de morbimortalidade; fornece dados cuja menor agregação é municipal, permitindo cálculo de indicadores de saúde e fornecendo resultados de indicadores clássicos |
| Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) | portal.fiocruz.br | Oferece extensa biblioteca em assuntos de saúde pública |
| Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) | conass.org.br | Visa apoiar tecnicamente os secretários estaduais e suas equipes, com informações sobre gestão e divulgação de boas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) |
| Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) | conasems.org.br | Visa apoiar os secretários municipais da saúde e suas equipes com informações sobre gestão local |
| Instituições internacionais | | |
| Organização Mundial da Saúde (OMS) | who.int | Estatísticas sanitárias mundiais sobre enfermidades, fatores de risco, cobertura de serviços, mortalidade; publicações dirigidas a gestores, pesquisadores e clínicos |
| Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) | paho.org | Informações sobre sistemas de saúde, políticas e programas na América Latina e no Caribe; estatísticas sanitárias sobre enfermidades, fatores de risco, cobertura de serviços, mortalidade; publicações dirigidas a gestores, pesquisadores e clínicos; fornece parâmetros para a programação das ações básicas de saúde, por meio do link http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5406.pdf |
| Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BIREME | bvsalud.org | Biblioteca virtual que integra fontes de informação em saúde, disseminando literatura técnico-científica; acesso livre e gratuito à informação gerada pelas instituições acadêmicas e pelo SUS |
| Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e Global Burden of Disease (GBD) | healthdata.org/results/country-profiles | O Global Burden of Disease (GBD) é o estudo epidemiológico observacional mundial mais abrangente até o momento; descreve mortalidade e morbidade das principais doenças, lesões e fatores de risco para a saúde em níveis global, nacional e regional; examina as tendências desde 1990 até hoje e faz comparações entre as populações; métricas: óbitos; taxas de mortalidade, ajustadas, padronizadas; YLLs (anos de vida perdidos por morte prematura); YLDs (anos de vida perdidos por incapacidade); DALYs (YLL + YLD) anos de vida perdidos ajustados por incapacidade; prevalência; incidência; fatores de risco; expectativa de vida; expectativa de vida saudável |
| | vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ | Permite acesso direto às métricas mencionadas acima para Brasil e seus estados |
| Banco Mundial | datacatalog.worldbank.org | Oferece dados mundiais sobre desenvolvimento e finanças, entre outros |
| Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) | iadb.org/pt | Oferece base de informações sobre assuntos sociais e econômicos |

saúde, obter informações sobre o processo de assistência à saúde (tempo de espera e de consulta, número de pacientes por hora, etc.), além de características do atendimento e da prática dos profissionais de saúde (exames complementares, encaminhamentos, prescrições e outras decisões relacionadas com a assistência). São pesquisas operacionais, geralmente curtas, com informações coletadas por meio de formulários. A utilização dos registros clínicos para estudos de demanda pode incidir nas limitações de registros incompletos e pouco precisos.

A classificação específica para atenção primária é a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2),²⁶ desenvolvida pela comissão de classificações da Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). Essa classificação inclui rubricas para os motivos de consulta, o diagnóstico médico, ações do médico e uma abordagem centrada na pessoa e não na doença ou no prestador de serviços, sendo dotada de um detalhado sistema de conversão para a *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*, 10ª revisão (CID-10).

Estimativas rápidas são utilizadas quando informações específicas para populações definidas precisam ser obtidas ou atualizadas. É um método que reúne algumas vantagens: simplicidade, baixo custo, rapidez, e envolvimento da comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções.²⁷

Os diagnósticos de comunidade compreendem a apreciação dos dados secundários disponíveis sobre uma população, o reconhecimento de campo e o levantamento demográfico, de saúde, de recursos e de serviços, integrando, assim, os elementos antes apresentados. Incluem, ainda, a tentativa de compreender os aspectos culturais. Nessa perspectiva, o diagnóstico de comunidade expressa a percepção de uma dada realidade e de suas forças dinâmicas, tendo em vista:

- identificação dos diferentes grupos populacionais, segundo critérios demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, culturais e políticos;
- identificação e descrição dos problemas de saúde dos distintos grupos;
- análise da situação de saúde e presença de iniquidades;

- priorização dos problemas, buscando a definição das intervenções necessárias;
- definição dos objetivos e formulação dos planos e metas para a implementação de ações; e
- estabelecimento de parâmetros para as avaliações.

A análise da situação de saúde tem o objetivo de conhecer as necessidades de saúde para os processos de planejamento e monitoramento das ações de saúde, assim como para a avaliação do impacto das ações na saúde da população.

A periodicidade com que essas análises devem ser elaboradas guarda relação com o espaço geográfico, o tamanho da população e a introdução de fatores capazes de produzir alterações importantes no perfil epidemiológico e no impacto sobre os serviços de promoção e recuperação da saúde.

O conjunto de dados e informações obtidos por meio desses instrumentos, quando integrado e sistematizado, permite a adequada implantação ou reestruturação de um serviço de saúde, propiciando a oferta de serviços e cuidados ótimos. Entretanto, os grupos sociais e os aspectos de saúde são dinâmicos, e um serviço inicialmente adequado pode, em pouco tempo, tornar-se obsoleto.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Um componente estratégico fundamental para manter as informações atualizadas e avaliar as ações é o sistema de informação, que compreende um conjunto de registros sobre indivíduos, fatores de risco, enfermidades, ações de saúde e indicadores, seu processamento, análise, divulgação e o fluxo dessas informações nas equipes de saúde, na população e na cadeia burocrático-administrativa.

O sistema de informação deve dar suporte à utilização das tecnologias de gestão local (microgestão), seja na abordagem individual ou na abordagem populacional dos problemas de saúde: gestão da clínica, estratificação de riscos, gestão da lista de espera, vigilância em saúde, etc. (ver Capítulo Informação, Prontuário Eletrônico e Telemedicina em APS).

PLANEJAMENTO LOCAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

O planejamento tem como finalidade aprimorar os serviços de saúde e auxiliar administrativamente a adequá-los à instituição, aos recursos, aos custos, às necessidades da população e ao momento social, aumentando a eficiência das ações e melhorando a qualidade dos serviços oferecidos. Uma discussão maior sobre diferentes escolas e métodos de planejamento e gestão local escapa ao alcance deste capítulo, mas pode ser encontrada nas Referências.²⁸⁻³⁰

Etapas do planejamento

As etapas apresentadas são uma tentativa de explicar didaticamente um processo que, na realidade, é contínuo e

dinâmico. As etapas não são passos a serem desenvolvidos em sequência, mas momentos que podem ser simultâneos. A primeira etapa do planejamento – o conhecimento da realidade – expressa a percepção de uma dada realidade e permite analisar a situação de saúde local. As etapas de eleição de prioridades, definição de alternativas para a intervenção aos problemas e programação das ações, junto à avaliação das intervenções, completam o processo.

A análise da situação de saúde comumente produz uma lista de problemas que não podem – nem devem – ser abordados de modo simultâneo. As equipes de saúde e os gestores tendem a enfrentar mais problemas ou problemas de maior complexidade do que as possibilidades permitem responder. Os diversos grupos envolvidos no processo de tomada de decisões defrontam-se, portanto, com a necessidade de priorizar, conciliando prioridades definidas localmente com prioridades estabelecidas nas políticas nacionais de saúde.

A Organização Mundial da Saúde propôs os clássicos critérios frequência, transcendência e capacidade de intervenção como ferramentas técnicas para serem utilizadas na eleição de prioridades.³¹ Os indicadores compreendidos nesses critérios estão sendo aperfeiçoados, incluindo indicadores como anos de vida perdidos ajustados por incapacidade e indicadores de custo-efetividade, ainda não muito empregados no cenário nacional, mas importantes orientadores das intervenções em saúde.^{32,33}

A transcendência dimensiona a importância do problema, e seu conceito pode ser estendido à relevância das relações explicativas: a análise dos determinantes dos problemas de saúde e suas associações revela que alguns problemas têm maior poder explicativo do que outros, e enfrentá-los significa intervir e gerar impacto positivo em um maior número de situações-problema. Por exemplo, a diarreia seria tão ou mais importante em termos de letalidade do que a desnutrição. Entretanto, ao analisar o modelo explicativo da desnutrição, percebe-se que diarreia é apenas parte de sua determinação.

A presença simultânea de múltiplas condições que se influenciam mutuamente e compartilham fatores de risco é outro importante aspecto a ser considerado. A importância das multimorbidades sinaliza para uma nova era na abordagem dos problemas de saúde: o manejo integrado de múltiplas e concorrentes condições, em que a forma mais apropriada de organizar o cuidado é com foco no indivíduo (e não na doença) e com abordagem integral⁷ (ver Capítulo Cuidados Longitudinais e Integrals a Pessoas com Condições Crônicas).

Desse modo, pode-se evitar que a eleição de prioridades constitua uma atomização de frentes de abordagem, agrupando coerentemente os problemas em áreas críticas.

A capacidade de intervenção engloba a vulnerabilidade do problema e o custo das ações. A vulnerabilidade refere-se à possibilidade de resolver o problema: o conhecimento técnico atual possibilita resolver/controlar o problema? O que dizem as evidências? O serviço de saúde dispõe da tecnologia para tal? Se as respostas a essas perguntas forem positivas, é preciso questionar se a intervenção, na forma

preconizada, seria efetiva na realidade local. Uma importante questão subjacente a esta é a facilidade em identificar os indivíduos da população-alvo a serem submetidos à intervenção. As intervenções sistematizadas para problemas de saúde priorizados englobam um número amplo de ações e o conjunto da equipe em um trabalho interdisciplinar, e configuram os programas de saúde. Estes devem ter objetivos claros, método de avaliação previamente definido e retroalimentar as ações, diante dos resultados alcançados.

Ao sistematizar uma intervenção para um problema prioritário, deve-se estar atento para os focos individual e coletivo das ações. As consultas em grupo trazem inúmeros benefícios quando bem indicadas (ver Capítulo Cuidados Longitudinais e Integrais a Pessoas com Condições Crônicas).

Supondo que a situação-problema seja vulnerável, ainda resta considerar os custos para definir a capacidade de intervenção. Por exemplo, a implantação de desfibriladores automáticos nos pacientes com insuficiência cardíaca moderada é efetiva, mas com um custo impraticável para muitos serviços.

Uma vez selecionados os problemas de saúde, a programação das ações inicia com a definição de objetivos e metas e com a descrição das ações e dos responsáveis, dos prazos e dos indicadores para monitoramento e avaliação. A programação refere-se ao planejamento de curto prazo e visa determinar o conjunto de ações que reúne as condições necessárias para concretizar os objetivos fixados. O propósito da programação é determinar as ações que maximizam o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos, que devem ser bem definidos e expressos em metas e prazos de cumprimento. Algumas ferramentas e parâmetros de programação local em atenção primária estão disponíveis.³⁴

Se o diabetes melito tipo 2 for priorizado, por exemplo, inicia-se definindo os objetivos, que poderão ser a ampliação do acesso (cobertura) e da qualidade da atenção (abordagem integral, consideração de comorbidades, controle clínico – aumentar o número de pessoas com a glicemia e os demais fatores de risco para doenças cardiovasculares controlados e os pés examinados, p. ex.) e o estabelecimento de metas a serem alcançadas em um período de tempo determinado. As ações irão abarcar as estratégias para aumento de cobertura; o uso de protocolos clínicos baseados em evidências com recomendações, conforme estrato de risco, da periodicidade das consultas com médicos, enfermeiros, odontólogos e nutricionistas; a periodicidade da avaliação da hemoglobina glicada e do exame dos pés; e os critérios para consulta com especialistas. Componentes indispensáveis são as atividades de educação permanente da equipe de saúde, que devem incluir o manejo do diabetes e comorbidades de forma integrada; a importância de elaborar planos individualizados de cuidado que considerem as preferências do paciente; a capacitação em abordagens motivacionais e outras que visam apoiar usuários nas mudanças de hábitos necessárias; e formas de apoiar o autocuidado (ver Capítulo Cuidados Longitudinais e Integrais a Pessoas com Condições Crônicas).

No processo de monitoramento, o não alcance das metas pode indicar a necessidade de pesquisas operacionais. Em um programa de controle da asma em menores de 19 anos em um serviço de APS de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, observou-se que a taxa de hospitalização por asma não havia mudado. Uma breve pesquisa investigando o cumprimento de aspectos do protocolo clínico demonstrou que os médicos utilizavam subdoses de corticoide e as mães/cuidadores não sabiam identificar precocemente os sinais de uma crise. A capacitação dos médicos e o fornecimento de um plano de cuidado escrito para todas as mães/cuidadores tiveram resultado imediato, com drástica diminuição das hospitalizações.³⁵

A avaliação busca, fundamentalmente, viabilizar a reatualização das equipes e o aperfeiçoamento das atividades. O monitoramento de indicadores integra a avaliação e sinaliza para a necessidade de revisão ou não das ações. Avaliar é parte do processo dinâmico de planejamento e perpassa todas as suas etapas. Durante o planejamento, avaliam-se duas instâncias: o plano como um todo e o cumprimento das metas de cada ação programada. Problemas comuns no processo de planejamento incluem:

- ênfase excessiva no diagnóstico da situação;
- dificuldades na definição de prioridades pela ausência de informação, tanto dos problemas de saúde quanto dos meios de intervenção;
- foco em uma condição de saúde, desconsiderando comorbidades;
- falta de definição clara dos objetivos perseguidos;
- sistema de informação pouco adequado;
- processo considerado como imposição de instâncias superiores;
- processo visto como um fim em si mesmo e não como parte da ação que visa melhorar a qualidade dos serviços;
- tendência a tentar resolver mais problemas do que as possibilidades permitem;
- diferenças entre o olhar dos técnicos e o olhar da população; e
- descompasso entre as propostas indicadas pelos planejadores e as decisões políticas.

Por ser atividade que depende de conhecimentos e experiências prévias, frequentemente o planejamento relevante às atividades de equipes locais de saúde é feito em instâncias de hierarquia superior (Município, microrregião, Estado ou Ministério). Nesses casos, é recomendável que, na medida do possível, membros da equipe participem em partes relevantes do processo.

A capacidade de resposta de uma equipe de saúde ao conjunto das necessidades da população decorre da gestão local das unidades de APS. Segundo Raupp, a gestão compreende a construção de um plano e a coordenação do processo de trabalho. A coordenação do processo de trabalho, por sua vez, engloba o planejamento, a avaliação e as atividades educativas com as equipes de saúde e, no planejamento com a comunidade, as atividades de educação em saúde.³⁰

AVALIAÇÃO LOCAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação de programas e serviços de saúde tem a finalidade de aumentar a qualidade da atenção à saúde dispensada pelas equipes e conhecer a capacidade dos serviços de responder às necessidades em saúde. Objetivamente, as avaliações podem ser utilizadas para receber e incorporar a experiência de quem está executando as ações; obter contribuições imediatas para o aperfeiçoamento das atividades em nível local; motivar a equipe; retroalimentar as equipes de saúde, os gestores dos serviços e a população; conhecer o nível de satisfação da população; e verificar a competência e o compromisso de quem está executando as ações.^{36,37}

As avaliações têm diferentes dimensões, como estrutura, processo, resultado, qualidade e custos. A estrutura refere-se à consideração da existência, da adequação e da forma de organização das instalações, dos equipamentos, dos insumos e dos recursos humanos (número e qualificação dos profissionais). A avaliação de processo é a análise de como a estrutura está sendo utilizada e inclui a prestação e a recepção dos cuidados de saúde. O resultado mede as modificações ocorridas na situação de saúde dos pacientes e das populações.

Para entender como avaliar qualidade, é preciso conceituá-la. São duas as dimensões principais da qualidade da atenção: acesso e efetividade.³⁷ Em essência, pergunta-se: os usuários obtêm os cuidados de que necessitam, quando necessitam? Esses cuidados são efetivos?

Ao definir efetividade, destacam-se dois componentes: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais. A efetividade clínica depende do melhor conhecimento e tecnologia atuais – e de seu uso. A condução das relações interpessoais é um elemento vital da qualidade da atenção das equipes de saúde. Por meio das trocas interpessoais, os pacientes comunicam a informação necessária para o diagnóstico preciso e o profissional informa a natureza do problema e as formas de lidar com ele, motivando as pessoas a participarem ativamente do seu cuidado. Privacidade, confiança, preocupação, empatia, tato, sensibilidade, honestidade e fornecimento de informações para escolhas conscientes são algumas das virtudes das relações interpessoais.

Alguns elementos que compõem a qualidade são acesso aos serviços; relacionamento interpessoal baseado em sensibilidade, empatia e preocupação com o bem-estar do paciente; comunicação entre instituição, equipe de saúde e população; instalações (ambiente agradável, conforto das cadeiras e das macas, temperatura dos instrumentos que entram em contato com a pele do paciente, limpeza dos lençóis, privacidade do consultório e das salas de procedimento, telefone, etc.); aplicação de conhecimento científico atualizado; resolubilidade; abordagens preventivas e promotoras da saúde e uso racional da tecnologia pesada; abordagem da prevenção quaternária e relação favorável entre dano, risco, benefício e custo; continuidade do cuidado e, como pré-requisito, registro clínico; clareza de critérios e procedimentos dentro da instituição; tempo de espera e tempo despendido no atendimento; oportunidade do cuidado dispensado; envolvimento do paciente no seu cuidado; e preocupação dos

gestores e gerentes em auditar seus serviços quanto aos elementos recém-listados.

Sugestões para a avaliação da qualidade são apresentadas por vários autores,³⁷⁻³⁹ utilizando diversas abordagens. O apoio de profissionais com experiência em avaliação, especialmente nas fases de seu planejamento e análise, facilita o processo.

CONTRATO COMUNITÁRIO

As equipes de saúde organizam-se das mais diferentes formas, determinadas pelas condições situacionais, criando uma identidade com características peculiares e estabelecendo canais particulares de comunicação com os usuários.

Entretanto, essa organização nem sempre respeita os princípios e as diretrizes institucionais. Além disso, nem sempre vai ao encontro das expectativas da população servida. Os acordos que se estabelecem entre instituição e equipe, equipe e população – e, algumas vezes, equipe e lideranças locais –, quase sempre são implícitos e não sistematizados. Resultam de um processo dinâmico de interação de forças, em que prevalece o poder institucional transferido para a equipe e o poder do saber técnico. Assim, as equipes tendem a se organizar de forma a atender mais às suas próprias necessidades.

No entanto, os serviços podem optar por explicitar conflitos e estabelecer canais de negociação, propiciando um melhor atendimento às necessidades da instituição, da equipe e, sobretudo, dos usuários. A clara definição dos itens negociáveis e inegociáveis e os ajustes acordados compreendem um contrato comunitário.

Essa opção pressupõe alguns pré-requisitos, como equipe de saúde e instituição competentes e sensibilizadas, capazes de abdicar do seu poder tecnocrático e de partir em busca de uma redefinição conceitual permanente das estratégias e das metodologias de ação.

Mas quais são as vantagens de realizar um contrato desse teor? Em que, de fato, ele pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde? Quais são os seus objetivos?

O contrato favorece a interação entre equipe e comunidade, ajudando a estabelecer canais eficientes de comunicação, permitindo aos técnicos conhecer as expectativas da população e tornar-se conhecidos entre os líderes e os usuários locais. Assim, o momento de negociação inicial pode desencadear a participação dos usuários nos serviços de saúde, e os momentos de renegociação podem auxiliar na inserção da equipe na comunidade e fortalecer a responsabilidade pela saúde. Esse processo deve aumentar a eficiência das ações da equipe e garantir a viabilidade do modelo a ser implementado.

Embora não existam fórmulas para a realização desses contratos, pois, como sugerido antes, são processos de negociação, alguns aspectos devem ser considerados pelas equipes:

- definir quais são os objetivos e as diretrizes da instituição mantenedora do serviço;
- garantir uma representação da instituição no processo, delegando-a a alguém da equipe ou a outro membro da instituição;

- esclarecer os pontos inegociáveis para a instituição e para a equipe;
- definir a população-alvo das ações de saúde;
- obter dados que ajudem a conhecer o território;
- iniciar com o diagnóstico de comunidade para conhecer seus aspectos históricos, culturais e políticos, especialmente os relacionados à implantação de outros serviços e formas de participação que a comunidade exerce;
- identificar lideranças legítimas e aceitas, que nem sempre são as mesmas;
- identificar recursos de saúde e outros recursos formais e informais;
- ouvir, de forma atenta, todos os sinais da comunidade e considerá-los no processo de negociação; e
- avaliar constantemente a adequação e a efetividade da comunicação entre as partes envolvidas (população, equipes de saúde e instituição).

CONSEQUÊNCIA

O documento “*A vision for primary health care in the 21st century*” (Uma visão para a atenção primária à saúde no século XXI)⁴⁰ fundamentou o texto da Declaração de Astana, em Astana, no Cazaquistão, em 2018, por ocasião dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata. O texto analisa as evidências coletadas ao longo desse período e fornece uma visão da evolução dos sistemas de saúde, com foco na atenção primária; na saúde como um construto social e econômico multissetorial; e no empoderamento das pessoas com relação à saúde.

As decisões sobre como organizar os serviços de saúde afetam a vida das pessoas. Projetos que visem alcançar conquistas como alterar as condições de saúde de uma população, obter respaldo dos usuários e criar uma forma própria, sensível e oportuna de ação, entre tantas outras metas, só alcançarão seus objetivos se a consequência for o núcleo das ações e seu fator mantenedor.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60(3):201-18.
2. Organização Mundial da Saúde Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS; 2011 [capturado em 28 jul. 2019]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>.
3. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(8):656-60.
4. Organização Mundial da Saúde, Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Genebra: OMS; 2010 [capturado em 28 jul. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
7. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report* 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S1):20-6.
8. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que
9. traz resultados. *Saúde Debate*. 2018;42(E1): 18-37.
10. Luft VC, Giugliani C, Harzheim E, Schmidt MI, Duncan BB. Prevalence of use and potential impact of increased use of primary care interventions to prevent cardiovascular hospitalizations in patients with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2009;85(3):328-34.
11. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92.
12. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-5.
13. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. Estudo da demanda ambulatorial. Porto Alegre: GHC; 2002.
14. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Indicadores de Saúde Relatório Anual 2016 [internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2017 [capturado em 28 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/RelatorioAnual2016.pdf>.
15. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. 2017 [capturado em 28 jul. 2019]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
16. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73-84.
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Papel da atenção primária na construção do SUS. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 10-26.
18. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.
19. Vidal TB, Rocha AS, Tesser CD, Harzheim E. Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 37-49.
20. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. Mendes EV. Distrito sanitário. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
23. Vuori HV. Quality assurance of health services. Concepts and methodology. Copenhagen: WHO; 1982.
24. Tavares MR, Takeda S. Organização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 19-32.
25. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Unicef; 1991.
26. Barros MB de A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Supl 1):6-19.
27. Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Médicas de Médicos Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA). CIAP-2: Classificação Internacional de Cuidados Primários. [Internet]. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

28. Acúrcio FA, Santos MA, Ferreira SMG. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: Mendes EV, editor. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.
29. Loch S, Cunha CJCA, Longhi DM, Medeiros L. Gerenciamento de unidades de saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 372-379.
30. Raupp B. Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e desenvolvimento organizacional. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2007;8(15):9-21.
31. Raupp B. Coordenação do processo de trabalho: uma estratégia para fortalecer a Gestão e o Trabalho em Equipe nas Unidades de APS no contexto do planejamento estratégico do SSC/GHC 2013-2020. Porto Alegre: GHC; 2016.
32. Ahumada J, Arreaza Guzmán A, Durán H, Pizzi M, Sarué E, Testa M. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington: OPS; 1965.
33. World Health Organization. WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury. Geneva: WHO; 2009.
34. Leite YC, Valente JG, Schramm JMA, Daumas RP, Rodrigues RN, Santos MF et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. Cad Saude Publica. 2015;31(7):1551-1564.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2015. Série Parâmetros SUS, v. 1.
36. Lenz MLM, Camillo EG, Silva DDF, Pires NBV, Flores R. Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. Rev APS. 2014;17(4):438-49.
37. Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. Cien Saude Colet. 2006;11(3):564-76.
38. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51(11):1611-25.
39. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
40. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epidemiol. 1999;28(1):10-8.
41. World Health Organization. United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO/UNICEF; 2018.

LEITURAS RECOMENDADAS

Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Médicas de Médicos Clínicos Gerais/Médicos de Família (Wonca). CIAP 2: Classificação internacional de cuidados de saúde primários [Internet]. 2. ed. Brasília: MS; 20019 [capturado em: 28 nov. 2019]. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf

Classificação específica para atenção primária que congrega três elementos importantes da consulta: os motivos que levaram à consulta, os diagnósticos ou problemas e os procedimentos.

Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019 [capturado em: 27 abr. 2020]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

Obra de fundamental relevância, disponível gratuitamente, com ampla revisão nacional e internacional sobre as formas de organização do acesso à APS. Descreve estratégias para responder à transição epidemiológica, demográfica, econômica e social da população brasileira. Destaca a

necessidade de mudanças na organização dos serviços para a atenção às condições de saúde, agudas e crônicas. Discute mudanças organizacionais e dos processos de trabalho para equipes de atenção primária, para responder às condições crônicas em saúde: o cuidado compartilhado; a estratificação segundo riscos e as diferentes respostas da equipe de saúde conforme o estrato de risco; o apoio ao autocuidado; a programação das consultas segundo as necessidades; a gestão de caso, a relação com demais níveis de atenção, entre outras.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS; 2002.

Descreve a atenção primária à saúde, os conceitos, princípios e práticas desenvolvidos em vários países. Detalha as principais características dos serviços de atenção primária à saúde, discute seu papel na organização de sistemas de saúde e propõe sua avaliação a partir de uma perspectiva populacional.

Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Aborda temas relevantes à prática da atenção primária à saúde, à organização dos serviços locais de saúde, ao gerenciamento de unidades de saúde e gestão da clínica, com abordagem multiprofissional.

Chueiri SP, Gonçalves MR, Hauserc L, Wollmann L, Mengue SS, Roman R, et al. Reasons for encounter in primary health care in Brazil. Fam Pract. 2020;cm029.

Recente estudo de demanda ambulatorial, de âmbito nacional, descrevendo os motivos de consulta, a proporção de encaminhamentos, solicitação de exames e prescrição de receitas nas unidades de APS do Brasil.

GBD Compare

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Site de infográficos do Global Burden of Disease (GBD) Project. Oferece acesso rápido aos dados sobre mortalidade, morbidade e fatores de risco para Brasil, como país, e para cada um de seus estados. Os dados são atuais e sua criação e revisão são apoiados por convênio entre o Ministério da Saúde, a rede GBD Brasil e o Institute for Health Metrics and Evaluation, responsável pelo GBD.

Capítulo 4

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Erno Harzheim

Claunara Schilling Mendonça

Caroline Martins José dos Santos

Otávio Pereira D'Avila

DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a estratégia do Estado brasileiro para organizar a atenção primária à saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS),¹ e está fundamentada nos atributos da APS **FIGURA 4.1** (ver Capítulo

A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde).² É considerada a principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS no Brasil por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da APS, assim como ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde e produzir maior impacto na situação de saúde das pessoas e famílias com equidade, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.³ Essa política reafirma, de forma inequívoca, que os três níveis de governo – federal, estadual e municipal – devem apoiar e estimular a ESF como opção prioritária para organização dos serviços de APS.

As funções principais da ESF são:⁴

- **responsabilização:** implica o conhecimento e o relacionamento próximo com a população. Ser responsável pela identificação e pelo manejo das condições de saúde das pessoas vinculadas às equipes de Saúde da Família;
- **resolubilidade:** significa que ela deve ser resolutiva, isto é, capacitada cognitivamente e tecnologicamente para resolver com qualidade cerca de 90% dos problemas da população;
- **ser o centro de comunicação da APS:** significa ter condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes;
- **ser a base do sistema de saúde,** com serviços de saúde ofertados por meio das Unidades de Saúde da Família (USFs), ou Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com alto grau de descentralização e capilaridade, isto é, o mais próximo possível, presencial ou virtualmente, das pessoas e das comunidades.

Em resumo, é definir que a ESF é o serviço de saúde preferencial das pessoas para resolver seus problemas de saúde, tendo os profissionais da APS/ESF como responsáveis pelo cuidado integral da saúde das pessoas.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRIA E PANORAMA ATUAL

O Brasil vem dedicando amplo esforço político e financeiro para o desenvolvimento de seu próprio modelo de APS, impulsionado por um entendimento da APS como parte estrutural e essencial do sistema nacional de saúde. A APS no sistema de saúde brasileiro^{5,6} remonta a experiências anteriores e à própria Conferência de Alma-Ata, com os modelos dos centros de saúde da Universidade de São Paulo, na década de 1920, e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), da década de 1940, que respondiam à concepção de APS seletiva, com objetivo de aumentar a cobertura assistencial.

Com a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS, experiências municipais de APS ocorreram em diversas regiões do País e foram subsidiárias para a formulação da proposta do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1993. Uma influência

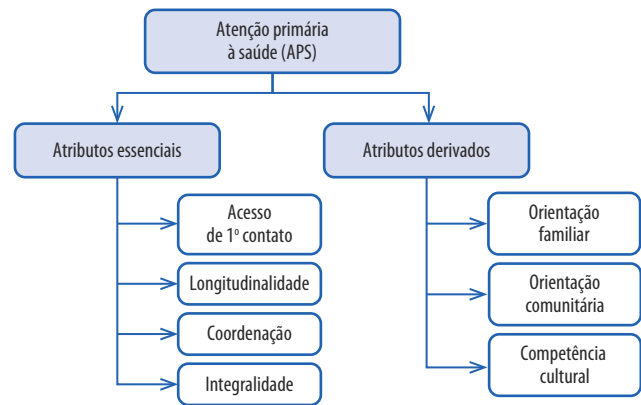


FIGURA 4.1 → Atributos da atenção primária à saúde. Fonte: Adaptada de Starfield.²

central nesse processo foi o êxito inicial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado a partir de um programa emergencial no ano de 1987 no Ceará (ver Capítulo Agentes Comunitários de Saúde). Diante da baixíssima cobertura médico-sanitária nas regiões onde o Pacs foi implantado inicialmente e pelo fato de os agentes exercerem apenas ações restritas, um passo natural foi vincular serviços médicos ao Pacs a fim de ampliar as ações de saúde em número e qualidade. Outra experiência importante foi o Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre. Assim, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) em 1993.⁷

O sucesso do modelo levou à sua consolidação e expansão. Em 1996, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96 – trouxe as bases para um novo modelo de financiamento da APS, o Piso da Atenção Básica (PAB), substituindo a modalidade anterior de pagamento por procedimentos. Naquele momento, diante da preocupação de que o nome Atenção Primária pudesse ser vinculado aos pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais aos países em desenvolvimento, foi escolhido, de maneira equivocada, o termo Atenção Básica.⁸

O PAB passou a garantir os repasses de forma automática desde o nível federal até o nível municipal, representando uma importante inovação no modelo de financiamento da saúde, pois iniciou repasses, pela primeira vez no País, de recursos federais de forma mais igualitária a todos os municípios brasileiros. Posteriormente, a criação do PAB variável, vinculado ao número e à cobertura de equipes de Saúde da Família em cada município, acelerou o ritmo de expansão da ESF. Além disso, mais tarde, foram criados incentivos especiais dentro do financiamento da APS para atendimento a populações historicamente negligenciadas, como quilombolas, assentamentos agrários, populações indígenas e todos os municípios do País com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).⁹ Esses incentivos trouxeram um maior viés de equidade, ainda que limitado, ao financiamento federal da APS, e proporcionaram uma contínua expansão do programa. Das 19.068 equipes de 2003

com uma cobertura potencial de 65 milhões de pessoas, havia, no início de 2020, cerca de 46 mil equipes de Saúde da Família atuando em quase todos os 5.570 municípios brasileiros, com uma cobertura potencial de 150 milhões de brasileiros.¹⁰ Nenhuma outra iniciativa do SUS alcançou a magnitude dessa política.

A partir de 2003, ampliaram-se as equipes de Saúde Bucal (eSB), e, em 2004, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) com serviços de atenção secundária em saúde bucal. Hoje, existem cerca de 29 mil eSB, cerca de 1.200 CEOs e 2 mil Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.¹⁰

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica retirou o nome de Programa e reconheceu a Saúde da Família como a estratégia preferencial para reorganização da APS no SUS e definiu suas características e função, resgatando o termo Atenção Primária à Saúde.

A ESTRUTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Não há padrão único de infraestrutura física e de conformação quanti-qualitativa de profissionais de saúde para organizar serviços efetivos de APS. O que existe é conhecimento acumulado e sistematizado, principalmente originado de alguns países europeus, sobre questões importantes referentes à estrutura dos serviços de APS. Destas, pode-se realçar a importância de ter profissionais médicos especialistas em APS, cuja especialidade, no Brasil, denomina-se medicina de família e comunidade (MFC). Também é importante que a razão população/médico seja em torno de 1.500 a 2.500 pessoas por médico/40 horas, como se observa no Reino Unido, no Canadá, na Espanha e em outros países onde a APS estrutura o sistema nacional de saúde.¹¹

O fundamental em relação à estrutura dos serviços de APS é ofertar serviços em tipo e quantidade suficientes para atender com resolubilidade cerca de 90% das demandas – necessidades – em saúde da população.¹² No Brasil, no entanto, houve normas federais um tanto rígidas para questões de estrutura da APS e, em especial, da ESF. Os principais motivos para isso são a falta de conhecimento de muitos gestores e profissionais sobre o que de fato é APS e a dificuldade de organizar serviços de saúde descentralizados em nível municipal em um país com mais de 200 milhões de habitantes e 5.570 municípios onde, culturalmente, a indicação política se sobrepõe à capacidade técnica no momento de escolher gestores públicos. Devido a resultados superiores alcançados pela ESF, essa opção parece ter sido acertada nesse período. Essa homogeneidade se refere principalmente à composição da equipe de Saúde da Família: um médico, um enfermeiro e, ao menos, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde, todos sob carga horária de 40 horas, com exceção das equipes do Programa Saúde na Hora.

Passados mais de 20 anos de expansão da ESF, há a consolidação de um modelo de APS no Brasil em que é possível observar importantes avanços, como detalhado mais

adiante. Por outro lado, há diminuição da cobertura vacinal, perda de velocidade na redução da mortalidade infantil e dificuldade no manejo das doenças crônicas, na abordagem do envelhecimento e no enfrentamento de doenças infecciosas como a sífilis e o vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).^{13,14}

Em 2019, iniciou-se um novo modelo de indução para a APS brasileira com o objetivo de diminuir a referida rigidez, fortalecer a presença e a extensão dos atributos da APS e atingir melhores resultados.¹⁵ Como parte desse modelo, o Ministério da Saúde criou as equipes de Atenção Primária (eAP),¹⁶ com conformação de equipes mais flexível. São compostas por médicos e enfermeiros com cumprimento de carga horária individual inferior à das equipes de Saúde da Família, com o compromisso de atender aos atributos essenciais da APS, promover a alimentação regular do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e responsabilizar-se pelo acompanhamento de uma quantidade de pessoas proporcional ao tempo dedicado. Nesse modelo, também são permitidas equipes de Saúde Bucal (eSB), compostas por cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal com carga horária e demais características idênticas às eAP.

Para redefinir o teto de população por equipe de Saúde da Família, o Ministério da Saúde utilizou metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para classificar os municípios, estabelecendo o quantitativo entre 2 mil e 4 mil pessoas por equipe, de acordo com a dispersão ou concentração populacional, a fim de garantir maior capacidade de trabalho e equidade na distribuição de recursos financeiros (TABELA 4.1).

As equipes de Saúde da Família têm, obrigatoriamente, composição multiprofissional, sendo formadas minimamente por um médico (generalista ou de MFC), enfermeiro, auxiliar ou técnico enfermagem e pelo menos um agente comunitário de saúde. Podem ser complementadas por profissionais de saúde bucal – cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A carga horária semanal para esses profissionais é de 40 horas. Mais categorias profissionais podem e devem ser incorporadas a esse time essencial, de acordo com as necessidades em saúde da população adscrita.

As eAP têm também composição multiprofissional, sendo formadas minimamente por um médico (generalista ou de MFC) e um enfermeiro. Podem ser complementadas por profissionais de saúde bucal – cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A carga horária semanal para esses profissionais é de 30 horas ou 20 horas.

TABELA 4.1 → População sob responsabilidade de equipes de Saúde da Família/ equipes de Atenção Primária (eAP) por tipologia de município

| | URBANO | INTERMEDIÁRIO ADJACENTE/RURAL ADJACENTE | INTERMEDIÁRIO REMOTO/RURAL REMOTO |
|-----------------------------|--------|---|---|
| Equipes de Saúde da Família | 4.000 | 2.700 | 2.000 |
| eAP 30 horas | 3.000 | 2.000 | 1.500 |
| eAP 20 horas | 2.000 | 1.350 | 1.000 |

Ambos os modelos podem ter a inclusão de mais profissionais de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com liberdade do gestor local de escolher essa composição com autonomia ou seguir o modelo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Unidades de Saúde da Família

As Unidades de Saúde da Família (USFs), ou Unidades Básicas de Saúde (UBSs), são a estrutura física onde as equipes de Saúde da Família exercem a maioria de suas ações. O número de equipes que trabalham em cada USF é definido pelo gestor municipal. Esse número de equipes determina o tamanho da população sob cuidado de cada USF. As USFs devem ter estruturas físicas de qualidade, com acessibilidade garantida, horários de atendimento amplos, em locais seguros e com tamanho suficiente para ofertar o maior leque possível de ações. Sabe-se que USFs com maior número de equipes são mais eficientes que USFs com menor número de equipes.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Considerando os atributos da APS, a ESF é o modelo superior para garantir a presença e a extensão desses atributos e o consequente alcance de melhores desfechos em saúde. A fim de descrever esse modelo com maior exatidão, é importante descrever as diretrizes que orientam o processo de trabalho das equipes e as ações a serem desenvolvidas cotidianamente. Entre as diretrizes principais constam: a organização do acesso à população; a responsabilização contínua das equipes pela população assistida; a integralidade e a qualidade das ações ofertadas; e a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Na efetivação dos atributos, diversas ações devem ser realizadas: consultas e teleconsultas médicas, de enfermagem e odontológicas; visitas domiciliares; imunizações; curativos; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; (tele)monitoramento de pacientes; atividades de educação em saúde; ações intersectoriais com escolas, instituições de idosos e outras; ações de farmácia clínica; entre outras. A definição de quais ações e em que intensidade cada uma delas deve ser realizada dependem das necessidades locais em saúde da população sob cuidado e da efetividade, isto é, da base científica (de evidências) de cada ação. A cada ação realizada sem comprovação de evidência, perde-se a oportunidade de melhorar a saúde da população com ações de efetividade já definida e comprovada.

A seguir, apresentamos formas de organizar o trabalho em relação a cada um dos atributos essenciais.

Acesso

Para organização do acesso pelas equipes de Saúde da Família e pelas eAP, é preciso compreender a APS como principal porta de entrada do sistema, e suas equipes como os profissionais a quem as pessoas buscarão a cada episódio

em que se expressa determinado sinal e sintoma de algum agravo, a necessidade de orientação em relação à sua saúde, a procura por procedimentos, entre outras formas de manifestação de alguma necessidade de saúde. Para tanto, é preciso que ambas as equipes se caracterizem por posturas receptivas e resolutivas, bem como organizem suas ações de modo a assegurar o acesso dessas pessoas diante da busca por respostas às suas necessidades.

O acesso pode ser compreendido a partir de suas duas dimensões: a acessibilidade e a utilização do serviço.² Quanto à acessibilidade, pode-se tomá-la de uma perspectiva estrutural, que reflete aspectos geográficos dos serviços, como o tempo e a distância para chegar a essas estruturas, bem como aspectos sócio-organizacionais, como as características que podem facilitar ou dificultar a chegada das pessoas aos atendimentos (p. ex., eventuais aspectos financeiros que poderiam dificultar a obtenção de determinado medicamento ou exame). Ações que facilitam o acesso são: implantar equipes e unidades de saúde às quais o acesso geográfico é facilitado, podendo elas estar localizadas próximo à residência das pessoas, ao seu local de trabalho ou em áreas de grande circulação de determinado bairro; e disponibilizar estrutura com boa acessibilidade para pessoas com deficiência. Estas são características mais estruturais e de responsabilidade da gestão municipal e/ou de gerentes de unidades básicas/saúde da família.

Quanto à dimensão da utilização dos serviços de saúde, verifica-se que ela está relacionada à disponibilidade dos serviços e ao modo como os serviços e as equipes recebem e organizam as respostas às demandas apresentadas, por meio de organização do acesso e do modelo de agendamento de consultas e ações.

Em 2019, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde na Hora,¹⁷ com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de APS para a população. Ele prevê USFs com equipes múltiplas que fiquem abertas 60 ou 75 horas/semana, sendo facultativo abrir em horário noturno e fins de semana, ininterruptamente. Devem atuar com escala de horários dos profissionais; consultas médicas e de enfermagem; consultas de pré-natal; vacinação; pequenos procedimentos, como curativos, suturas e aplicação de injeção; pequenas cirurgias; rastreamentos para manejo de infecções sexualmente transmissíveis; puericultura; coletas de exames laboratoriais (para as USFs de 75 horas/semana); entre outros procedimentos ao longo de todo o período de funcionamento.

Com o lançamento do Programa Saúde na Hora, as USFs que até então funcionavam 40 horas/semana ou 8 horas/dia (frequentemente fechando no horário de almoço), podem funcionar 60 ou 75 horas/semana, ou seja, 12 ou 15 horas/dia, podendo incluir sábados e/ou domingos. Isso facilita a utilização do serviço pelas pessoas que trabalham o dia todo, e que certamente ocupariam portas de urgências com demandas solucionáveis pela APS. Nesse modelo, preserva-se a jornada individual de trabalho, podendo as equipes se organizarem em regime de escala e equipes-irmãs, desde que atendam à premissa de disponibilizar a atenção de acordo com a conveniência e a necessidade das pessoas.

Também são importantes os modelos de agendamento e as práticas e tecnologias que envolvem a recepção no acolhimento às demandas e às necessidades de saúde. Essa recepção refere-se à própria área física e às ações realizadas na recepção da unidade de saúde, até o modo de organização para atendimentos às demandas urgentes, incluindo sistemas de classificação de risco e o uso de metodologias mais sofisticadas como o acesso avançado.

Entre as práticas recomendadas para uma organização de trabalho que facilita o acesso das pessoas aos serviços podem ser mencionadas:

- atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço, pautando-se pelas necessidades de saúde, e evitando atendimento limitado a determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida;
- oferta de respostas mais amplas que a consulta, de modo a atender as necessidades de saúde e valorizar outros tipos de interação com o usuário;
- oferta de respostas pela equipe multiprofissional e não apenas concentrada no médico;
- organização de fluxos pautados em protocolos adequados para os casos de urgências e emergências que eventualmente surjam;
- utilização de métodos de classificação de risco compatíveis com a APS para a organização das respostas às necessidades de saúde;
- realização de estudos de demanda periódicos para organização das ofertas mais adequadas às necessidades.

Em razão de as consultas serem os serviços geralmente mais procurados nas unidades de saúde, é importante que as equipes utilizem modelos de agendamento que se orientem pela facilitação do acesso e pelo alinhamento com algumas das recomendações anteriormente mencionadas. Nesse sentido, o modelo de agendamento pautado no acesso avançado vem mostrando ser o modelo mais adequado para facilitar o acesso e vem apresentando também consequências quanto à garantia de longitudinalidade e obtenção de maior satisfação das pessoas.¹⁸

O modelo de agendamento do acesso avançado constituiu-se como modelo em que a demanda do dia é resolvida no dia, ou em até 2 dias, sem que a maioria das vagas da agenda fique reservada previamente. Nesse modelo, apenas 25% da agenda fica reservada para agendamentos prévios, dirigidos, em geral, para as pessoas que não puderam ser atendidas no dia anterior ou para consultas de acompanhamento ou retorno.¹⁸ Esse modelo de organização da agenda reduz o tempo de espera dos usuários, otimizando o cuidado e garantindo sua continuidade.

Contudo, nem todas as equipes e serviços já conseguem se organizar desse modo, sendo verificadas, ainda, muitas equipes organizadas pelo sistema de agendamento tradicional e por vagas. O modelo tradicional é aquele em que grande parte da agenda está reservada para agravos específicos, por ciclos de vida, e que acabam dificultando o acesso das demandas que surgem no dia, isto é, a demanda espontânea. No modelo por vagas, que é um meio caminho entre os dois, garante-se parte das vagas – por volta de 50% – para

demanda espontânea. O modelo por vagas pode ser uma alternativa que compromete menos a facilitação do acesso e que pode ser transitória até que as equipes e serviços consigam instituir o modelo de acesso avançado.

Longitudinalidade

A responsabilização, compreendida como princípio elementar do novo modelo de financiamento da APS, confere às equipes a responsabilidade pela saúde das pessoas a elas vinculadas/cadastradas, incluindo a resposta e o acompanhamento de todos os episódios em que essas pessoas demandem atenção. Pode ser estabelecida a partir de mecanismos de vinculação e cadastramento que propiciem o conhecimento ampliado da vida de cada indivíduo e do conjunto deles, e que contribuem para tornar essas equipes a principal referência para essas pessoas diante de qualquer necessidade de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica¹ enfatiza que a responsabilização implica o conhecimento da população pelas equipes quanto aos fatores epidemiológicos (principais agravos, experiência nos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, surtos, notificações), quanto às condições sanitárias e ambientais de moradia, e quanto aos fatores culturais e socioeconômicos. O cadastro realizado pelas equipes de Saúde da Família, seja o cadastro completo (com o conjunto completo das informações individuais e de determinantes sociais) ou o cadastro simplificado (realizado com informações mínimas do indivíduo, podendo ser realizado no ato da interação do profissional com o usuário), materializa e individualiza a dimensão da responsabilidade das equipes pelas pessoas.

A partir do amplo conhecimento da população assistida, é possível, ainda, que as equipes melhorem o cuidado ofertado por apresentarem mais condições de conhecer os riscos individuais e de famílias e por terem mais chance de estabelecer relação de confiança com as pessoas, de modo a contribuir para a longitudinalidade do cuidado.

Integralidade

A integralidade do cuidado pode ser materializada a partir da oferta de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, assistência e reabilitação ao conjunto de pessoas sob a responsabilidade das equipes, e a partir da perspectiva de abordagem integral da pessoa. A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde¹⁹ norteia as ações essenciais a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, segundo os ciclos de vida e os procedimentos a serem ofertados. Também dá transparência e clareza à população sobre o conjunto de ações essenciais da APS e orienta a necessidade de prover formação e capacitação para temas específicos, bem como estrutura adequada e insumos necessários à oferta das ações.

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) e os princípios de orientação familiar são outras estratégias a serem empregadas a fim de dar materialidade à abordagem integral e à qualidade da clínica (ver Capítulo Método Clínico Centrado na Pessoa). O MCCP aumenta a satisfação dos

usuários, produz melhor adesão ao tratamento, reduz sintomas e melhora aspectos fisiológicos.²⁰ A abordagem familiar – orientação familiar – é muito importante para ampliar a efetividade das ações ao incorporar o papel protetor – e de risco – que a estrutura familiar, sua forma de relacionamento, o cumprimento dos papéis familiares e as crises vitais e familiares exercem sobre a saúde das pessoas²¹ (ver Capítulo Abordagem Familiar).

Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado pode ser compreendida como a capacidade que as equipes têm de estabelecer mecanismos de integração e cooperação clínica com os diferentes níveis de atenção, tendo como centro desses mecanismos as pessoas usuárias. Essa coordenação do cuidado das pessoas pelas equipes pode ser fortalecida a partir:

- da implementação de processos e ferramentas relacionadas à gestão da clínica, como a utilização de linhas-guia e protocolos clínicos baseados em evidências científicas;
- do monitoramento de doenças crônicas e condições especiais, como a gestação;
- do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência;
- da utilização de telemedicina/telessaúde como ferramenta de suporte clínico e de coordenação do cuidado.

A utilização de protocolos de encaminhamento contribui para orientar as decisões clínicas dos profissionais, ao mesmo tempo que atua como parâmetro para a decisão sobre a necessidade de um encaminhamento para outro nível de atenção. É importante que a APS protagonize a regulação clínica para a atenção ambulatorial especializada e cuidado hospitalar, uma vez que a APS é o nível de atenção que melhor conhece as demandas dos usuários. Por essa razão, é importante que a ESF possa gerir a referência e a contrarreferência baseando-se em protocolos e documentos ancorados em evidência científica, e por meio da utilização da telessaúde como suporte oportuno. A associação dessas duas estratégias mostrou forte impacto na redução de lista de espera por consultas especializadas no Estado do Rio Grande do Sul.²² Além disso, recomenda-se que a gestão de referências contribua para que todos os pontos de atenção da rede conheçam a capacidade resolutive da APS e seus respectivos papéis na rede, bem como garantam mecanismos de comunicação e interação com os profissionais da atenção especializada.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A APS tem papel fundamental na consolidação e no fortalecimento do funcionamento de sistemas de saúde enquanto redes de atenção capazes de ofertar respostas adequadas e compatíveis com o cenário epidemiológico e de prover acesso de qualidade com custos sustentáveis. A ESF, enquanto modelo prioritário de funcionamento da APS no Brasil, por sua vez, é a principal catalisadora de muitos dos

atributos das redes de atenção e elemento precípuo para seu funcionamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as redes de atenção à saúde (RAS) como arranjos organizativos dos serviços de saúde de um dado sistema capazes de ofertar o cuidado contínuo e compatível com as necessidades de saúde das pessoas em seus diversos níveis de atenção, que gerem melhores resultados em saúde e eficiência para os sistemas.²³ Em consonância com a concepção e os atributos das RAS, Mendes²⁴ aponta a tríade pessoas, elementos operacionais e modelo de atenção como elementos constitutivos das RAS. As pessoas a serem assistidas pelas RAS são o centro da engrenagem que as constitui. Os serviços que compõem as RAS devem ter pleno conhecimento das necessidades de saúde das pessoas e possuir informação suficiente para a tomada de decisão em relação às suas características demográficas e epidemiológicas e acerca do itinerário terapêutico dentro do sistema de saúde.²⁵ A consolidação de uma engrenagem cujo centro é realmente ocupado pelas pessoas, e tem todos os seus vetores de ação voltados para cada uma delas e seu conjunto, só se dá plenamente em sistemas cuja APS realiza plenamente seus processos e orienta-se pelo princípio da responsabilidade por essas pessoas, fortemente apoiada pela tecnologia de informação e comunicação e por estratégias de telemedicina e telessaúde. A FIGURA 4.2³ exemplifica esse desenho de forte centralização do cuidado nas pessoas, papel prioritário da APS e seu suporte por meio das tecnologias citadas.

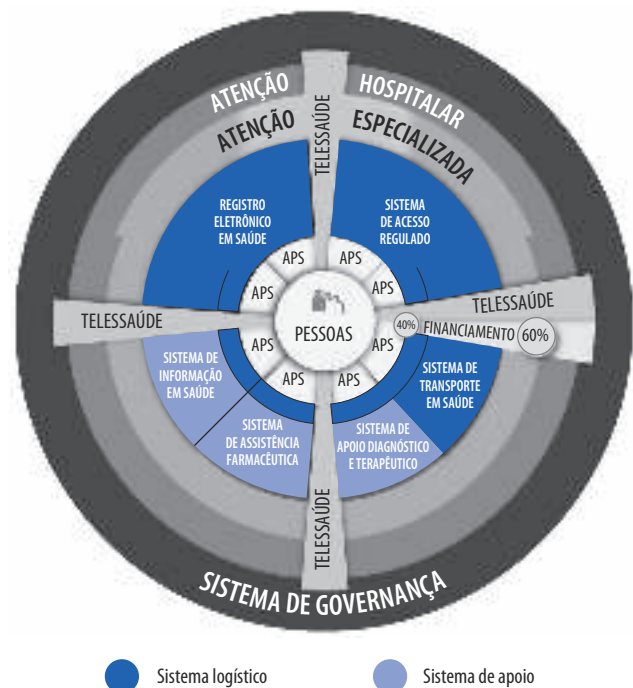


FIGURA 4.2 → Rede de Atenção à Saúde. 40% = até 40% de financiamento para atenção primária à saúde (APS); 60% = financiamento da atenção hospitalar, especializada e outros setores que não APS. Fonte: Harzheim.³

O importante é permitir o fluxo mais rápido das pessoas e suas informações de saúde até os pontos da rede capazes de resolverem de forma efetiva e eficiente seus problemas de saúde. Para isso, a reforma da APS iniciada em 2019 junto ao Ministério da Saúde foi um importante primeiro passo, mas sem uma reforma da atenção especializada e o fortalecimento da tecnologia de informação e da telemedicina/telessaúde não teremos um sistema de saúde apto a enfrentar as necessidades atuais e futuras.

É nesse ponto que pode ser apontada a essencial zona de convergência entre a ESF e as RAS: a responsabilização inequívoca de cada pessoa vinculada e assistida pela Saúde da Família. A ESF, orientada pelo princípio da responsabilidade sanitária e estruturada como modelo capaz de garantir a presença e a extensão dos atributos essenciais da APS (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade), é capaz de impulsionar e propagar as principais diretrizes para o funcionamento das RAS, entre as quais a mais cara de todas: a responsabilidade pelos indivíduos assistidos. Essa responsabilidade expressa-se com processos da ESF que passam por cadastramento e vinculação das pessoas, conhecimento de suas necessidades de saúde e condições de vida, assim como conhecimento acerca da exposição das pessoas a fatores de risco e sua estratificação de risco individual. Da mesma forma, o conhecimento do itinerário terapêutico no sistema de saúde é fundamental, incluindo informações sobre imunização, uso de medicamentos, realização de consultas, internações e procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

É fundamental que os mecanismos de financiamento do SUS garantam recursos suficientes e com metodologia efetiva e eficiente para fortalecer e salvaguardar o papel estruturante e de sustentabilidade da ESF no sistema de saúde.

Ademais, é necessário que, além da garantia de financiamento compatível com as atribuições e o potencial da APS, os mecanismos de alocação de recursos federais para a APS e respectivos repasses aos entes municipais sejam cuidadosamente estruturados a fim de que se constituam também como meio indutor do alcance de melhores resultados em saúde.

Os históricos desafios de financiamento

O SUS enfrenta desafios provenientes de uma agenda incompleta quanto à efetivação das diretrizes instituídas a partir de sua criação, há 31 anos, no tocante à garantia do acesso universal e equânime, de qualidade e com financiamento compatível à sua envergadura. Isso se soma aos desafios decorrentes do envelhecimento populacional e do aumento da carga de doenças crônicas e suas complicações, além das imprecisões no rateio tripartite do financiamento das ações, e relativo grau de ineficiência na utilização dos recursos financeiros pelos municípios. Todo esse cenário de desafios a serem enfrentados incide diretamente sobre

a APS, cujas questões reproduzem, em diferentes medidas, essas mesmas fragilidades.

Até 2019, o Brasil investia cerca de 9% de seu produto interno bruto (PIB) na saúde, colocando-se ao lado de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) quanto a esse parâmetro. Contudo, apenas 3,8% (42% do total) desse gasto é público, ficando o Brasil bastante atrás da média dos países da OCDE, que apresentam 73,2% dos gastos totais provenientes do setor público.²⁶ Essa relação ilustra o subfinanciamento relativo, visto que países com sistemas de saúde estruturados investem mais recursos públicos em suas ações e serviços.

No que diz respeito à fonte de recurso público investido, acrescentam-se ao desafio da limitação de recursos aspectos que envolvem o rateio da despesa em saúde pelos três entes federativos. Regulamentando a definição dos mínimos que cada ente deverá aplicar no conjunto de ações e serviços de saúde, podem-se mencionar a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, e a Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012, ordenamentos constitucionais que apontam a definição dos gastos em saúde, bem como o percentual mínimo a ser aplicado pelos municípios (15%), pelos Estados (12%) e pela União (até a LC nº 141, valor fixado no empenho do exercício anterior acrescido da variação nominal do PIB). Posteriormente, outros dispositivos legais reviram o mínimo a ser aplicado pela União. Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, a União passa a ser responsável pela aplicação de 15% da receita corrente líquida do ano de 2017, e nos subsequentes, o valor executado no ano anterior corrigido pela variação do índice de preços ao consumidor amplo (IPCA). Contudo, não há previsão legal dos mínimos a serem aplicados pelos três entes federativos para a APS. O que pode ser observado é que, sendo a execução das ações e serviços da APS de responsabilidade preponderante dos municípios, boa parte do que estes aplicam na saúde é destinada às ações e aos serviços da APS. Observando o perfil dos gastos em saúde em 2018, verifica-se que os municípios de até 20 mil habitantes aplicaram 67,5% dos seus gastos em saúde na APS.²⁷

No orçamento total do Ministério da Saúde previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2019, considerados os recursos de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), o orçamento atual destinado à APS correspondia a 16%, enquanto a média e alta complexidades alcançavam 40% do total de R\$ 118 bilhões de recursos federais para a saúde. Os países europeus com melhor desempenho em seus sistemas de saúde investem cerca de 10 a 18%,²⁸ ainda longe dos 40% propostos para um futuro sistema de saúde em que a APS substitua algumas atribuições da atenção especializada por meio da incorporação de tecnologias assistenciais e novas responsabilidades.

Considerando-se ainda os resultados em saúde que podem ser produzidos pela APS e pela ESF, e a superioridade desse modelo para organização de sistemas de saúde que precisam enfrentar a fragmentação do sistema, o envelhecimento populacional e a expansão da prevalência de agravos crônicos, ratifica-se o desafio da adequação da alocação do orçamento total da saúde para o modelo a ser priorizado

e com melhores respostas em saúde. Estima-se que países cujos sistemas estão orientados por uma APS forte, capaz de desenvolver o conjunto de atribuições e promover melhores resultados em saúde, deveriam ter entre 20 e 40% do recurso total da saúde destinado à APS (ver FIGURA 4.2).

O novo modelo de financiamento

Em 2019, 21 anos após a criação dos dois mecanismos principais de financiamento federal da APS – o PAB fixo e o PAB variável –, o Ministério da Saúde propôs e aprovou novo modelo de financiamento federal da APS (o Previne Brasil),^{15,29} tendo em vista os desafios atuais e as limitações dos mecanismos vigentes anteriormente.

Esse modelo almeja enfrentar o desafio de aumentar a cobertura populacional real da APS e ampliar sua efetividade de cuidado diante das condições de saúde e de doença comuns.

O modelo foi inspirado pela revisão dos mecanismos de financiamento de países que compõem a OCDE, e também pelas revisões sistemáticas que abordam a questão. Entre as tendências de mecanismos bem-sucedidos de financiamento da APS, observa-se a premência de manter modelos de financiamento com mecanismos mistos, que envolvam pagamento *per capita*, por desempenho e por incentivos específicos. Ressalta-se que a capitação ponderada contribui para ajustes das necessidades de saúde, dimensionamento adequado para os custos de provisão e incentivo à coordenação do cuidado de cada indivíduo, em vez de fragmentar os incentivos. O pagamento por desempenho contribui para o alcance de resultados e atende às mudanças no perfil epidemiológico a ser enfrentado pelos sistemas de saúde, aumentando a qualidade da atenção. Já os incentivos específicos são dirigidos para a implementação de estratégias específicas para a indução de algumas ações, como a saúde bucal e a residência em MFC.²⁹

A proposta institui um modelo de financiamento misto e equilibrado para a APS brasileira baseado em quatro eixos: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivos a ações e programas específicos, e provimento de profissionais.

O primeiro eixo, a capitação ponderada, assegura recursos financeiros para a população efetivamente coberta pelas equipes multiprofissionais de Saúde da Família da APS, ponderando-se o valor *per capita* a partir de critério de ajuste geográfico e individual. O valor de capitação, valor financeiro por pessoa cadastrada, é ajustado por características dos municípios, tanto de tipo (rural ou urbana) como de localização em relação a grandes centros (municípios remotos), e ajustado também por característica social dos indivíduos, com maior valor para aqueles que recebem benefícios sociais (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada e baixos valores de benefícios previdenciários). O quantitativo de pessoas a serem cadastradas e que efetivamente cada equipe de Saúde da Família acompanha também varia por princípios de equidade, sendo menor em municípios pequenos e pouco povoados (2 mil pessoas por equipe) e maior em municípios densamente povoados (4 mil pessoas por equipe).

O segundo eixo, pagamento por desempenho, responde, inicialmente, por 9% do modelo de financiamento. Os indicadores são apurados a partir de informações de processo e resultados verificados pelas informações transmitidas ao Sisab, e englobam indicadores de saúde da mulher e de gestantes, saúde da criança e condições crônicas, bem como indicadores globais de avaliação da atenção ofertada, com uso de instrumentos validados internacionalmente como o PCATool-Brasil e o PDRQ-9 (*Patient-Doctor Relationship Questionnaire-9*),^{30,31} que medem, respectivamente, a fidelização das pessoas aos serviços, a presença e a força dos atributos da APS e a qualidade da relação médico-paciente.

O terceiro eixo, incentivos a ações e programas específicos, assegura a manutenção de mecanismos de financiamento de programas já vigentes antes de 2019, como: equipes de Saúde Bucal, centros de especialidades odontológicas, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, Unidades Odontológicas Móveis, equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, equipes de Saúde da Família Fluviais, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, microscopistas, equipes de Consultório na Rua, equipes de Atenção Primária Prisional, equipes de Atenção à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde e Programa Saúde na Hora. Foram incluídos, pela primeira vez, incentivos à informatização e ao uso de prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde, bem como incentivo financeiro para a qualificação dos recursos humanos por meio de incentivo vinculado à oferta de residência em MFC, de enfermagem e de odontologia nas equipes de Saúde da Família.

O quarto eixo, provimento de profissionais, conta com a manutenção dos recursos financeiros de custeio dos agentes comunitário de saúde, atendendo responsabilidade legal de pagamento do piso salarial desses profissionais, e também dos profissionais da nova estratégia federal de provimento de médicos para a APS – o Médicos pelo Brasil.

Portanto, a expectativa é que o novo e atual modelo de financiamento amplie a cobertura real da ESF, sobretudo aos mais vulneráveis, alcançando não só o compromisso de promover o acesso, mas também de ter informações necessárias para ofertar o cuidado de modo adequado, contínuo e longitudinal a essas pessoas. Concomitantemente a isso, espera-se, ainda, aplicar melhor e de modo mais responsável e eficiente os recursos federais da saúde, e de modo que assegure maior autonomia e flexibilidade aos gestores municipais responsáveis pela implementação com mais qualidade das ações e serviços da APS para cada indivíduo e seu conjunto.

EVOLUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E RESULTADOS ALCANÇADOS

As múltiplas avaliações realizadas no âmbito da APS ao longo dos anos permitem descrever o percurso da ESF, incluindo os principais resultados alcançados. Em 2001, com 13.501 equipes implantadas em 3.778 (68%) municípios em todo o território nacional, no contexto de questionamentos sobre a sustentabilidade do então programa, o Ministério da

Saúde realizou um censo de todas as equipes existentes. Documentou uma implantação incipiente do programa no Brasil, uma vez que:³²

- 77% dos médicos estavam há menos de 1 ano nas equipes;
- apenas 81% das unidades tinham presentes todos os equipamentos considerados básicos naquele momento, com enormes variações regionais;
- 3% das unidades estavam sem pelo menos um consultório médico;
- 38% não dispunham de consultório de enfermagem;
- embora 93% das equipes odontológicas tivessem cadeira odontológica, 26% destas não tinham o instrumental completo;
- 30% das USFs estavam sem acesso a anti-hipertensivos e 60% sem acesso a antibióticos;
- somente 55% das equipes estavam com acesso a exames complementares básicos;
- apenas 47,3% estavam com disponibilidade de internação hospitalar especializada.

Em 2008, com 29.300 equipes de Saúde da Família implantadas, representando 50% de cobertura populacional brasileira, um novo estudo da estrutura da ESF no Brasil³³ mostrou, comparando com a pesquisa de 2001, que:

- 55% das USFs estavam em funcionamento há mais de 5 anos (era 4% em 2001);
- houve eliminação do percentual de unidades sem nenhum consultório médico por equipe e redução de 20% das unidades de saúde sem nenhum consultório de enfermagem por equipe;
- a quantidade de salas de vacina nas unidades de saúde aumentou 10% desde 2001 entre as duas pesquisas. Mas o mesmo inquérito também mostrou que:
- equipamentos de informática estavam presentes em apenas 25% das unidades (um aumento de 11% desde 2001);
- 7% do total das USFs estavam sem médico;
- 74% das 1.857 USFs avaliadas estavam abaixo do padrão mínimo de instalações, concentrados na baixa presença de sala específica para dispensar medicamentos e sala de expurgo.

Apesar da situação estrutural ainda bastante carente, um inquérito epidemiológico realizado em 2008-2009 demonstrou grande oferta de serviços da APS pelo SUS em amostra de mais de 20 mil pessoas representativa da população urbana.³⁴ Dos indivíduos entrevistados, 34,5% consultaram um médico nos últimos 3 meses, cerca de 75% destes em UBSs contra 25% na atenção especializada. A assistência domiciliar foi recebida por 2,9%, com 11,7% dos idosos recebendo atendimento domiciliar nos últimos 3 meses. Por outro lado, no mesmo período, 4,3% da população foi atendida em urgências/emergências e 1,3% tiveram uma internação hospitalar.

O crescimento na referência da Saúde da Família como serviço de escolha da população foi verificado novamente na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, que identificou 56% das pessoas cadastradas na Saúde da Família, com maior cobertura rural (71%) que urbana (50%), e maior

cobertura entre pessoas de baixa renda e menor escolaridade.³⁵ Esse maior cadastramento de famílias de baixa renda e menor escolaridade reforçava a dimensão da equidade da Saúde da Família.

Em 2004, com a adaptação de um instrumento desenvolvido na Johns Hopkins University, por Starfield e colaboradores, chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), validado no Brasil,³⁰ cujo objetivo é avaliar a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, ele passou a ser utilizado no Brasil, tanto para medir os atributos da APS como para comparar diferentes modelos de APS e verificar fatores associados ao desempenho dos serviços.³⁶ De maneira geral, a aplicação do PCATool-Brasil em usuários, em amostras municipais, ou com representatividade regional, tem mostrado que o atributo Acesso é o pior avaliado, estando abaixo do ponto de corte considerado de qualidade (6,6). Isso evidencia a necessidade de implantar formatos inovadores de cuidado das pessoas na APS, que melhorem o tempo de espera por consulta médica na APS, priorizando usuários com maior vulnerabilidade, formas não presenciais de contato com as equipes multiprofissionais, horário estendido e formas alternativas para agendamento de consultas, respeitando uma relação adequada de usuários e profissionais das equipes.

Pesquisas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)³⁷ investigaram a estrutura do ponto de vista dos benefícios da ESF. Em 2006, Macinko, Guanais e Souza mostravam uma redução, naquela época, de 4,5% na mortalidade infantil a cada 10% em aumento de cobertura da Saúde da Família.³⁸ Uma revisão sistemática de estudos sobre o impacto da ESF,¹⁴ de 1994 a 2016, demonstrou, entre outros, associação da maior presença da ESF com:

- redução da mortalidade infantil e da mortalidade em crianças com idade até 5 anos;
- redução de internações sensíveis;
- redução de desnutrição infantil;
- aumento de consultas de pré-natal.

Um estudo posterior, que utilizou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), criado pelo Projeto ICSAP-Brasil como instrumento para avaliação da qualidade da APS,^{39,40} demonstrou redução de 52,5% nos ICSAPs de crianças com idade < 1 ano na Bahia entre 2000 e 2012.⁴¹ Um estudo ecológico de óbitos do âmbito nacional demonstrou grande queda entre 2000 e 2013 em óbitos devido a essas condições sensíveis, bem como uma melhora na inequidade racial associada aos óbitos. As taxas de mortalidade pelas condições sensíveis, quando padronizadas por idade, caíram 37,9% no período na população negra/parda e 34,9% na população branca.⁴²

Finalmente, de 2000 a 2018, a taxa de mortalidade infantil caiu de 29 para 12,8 a cada 1.000 nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna caiu de 101 para 59,1 a cada 100 mil nascidos vivos. Ao longo desses anos, a ESF expandiu e se qualificou, e fica evidente sua associação com as quedas nessas duas causas altamente sensíveis à qualidade da APS. A **TABELA 4.2** mostra o crescimento da

TABELA 4.2 → Crescimento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) (2002-2018) e as melhoras em indicadores de saúde selecionados ao longo deste período

| INDICADOR | ANO | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 |
| Cobertura populacional (%) | 25 | 39 | 41 | 50,9 | 53,01 | 55,5 | 61 | 62,6 | 64 |
| Número de equipes de Saúde da Família | 13.501 | 21.061 | 24.173 | 29.769 | 32.243 | 33.899 | 39.426 | 41.061 | 43.016 |
| Taxa de mortalidade infantil* | 26,04 | 23,39 | 21,04 | 18,09 | 17,22 | 15,69 | 14,4 | 15,5 | 14,9 |
| Mortalidade materna [†] | 79 | 78 | 78 | 69 | 70 | 65 | 62,1 | 64 | 64,5 |
| Mortalidade prematura por DCNTs [‡] | 499 | 410 | 395 | 375 | 365 | 359 | 352 | 250 | 240 |

* Óbitos a cada 1.000 nascidos vivos.

[†] Óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.[‡] DCNTs, doenças crônicas não transmissíveis (a cada 100.000 habitantes).

cobertura da ESF e os benefícios em alguns indicadores de saúde selecionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS, por meio da ESF, reúne atributos e características capazes de organizar o funcionamento do SUS de modo mais racional e compatível com o atual perfil demográfico e epidemiológico, e com potencial de produzir melhores desfechos na saúde das pessoas, segundo apontamento de uma série de evidências científicas. Entretanto, ainda há necessidade de ampliar sua cobertura efetiva, aumentar a lista de ações ofertadas, monitorar e incentivar financeiramente a qualidade assistencial medida em nível individual, assim como incorporar mais tecnologias de cuidado a fim de ampliar a resolutividade da ESF. O foco da reforma da APS, iniciada em 2019, foi enfrentar esses e outros desafios.⁴³

O futuro do SUS depende da capacidade da sociedade brasileira de reformar e fortalecer a APS e a ESF.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2017.
- Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira ACS, D'Ávila OP, et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Rev Bras Med Fam Com. 2019;14(41):1881.*
- Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
- World Health Organization. Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [capturado em 4 abr. 2021]. Disponível em: https://www.who.int/pt/publications/whr08_pr.pdf?ua=1
- Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc. 2011;20(4):867-74.*
- Souza HM. Saúde de família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: MS; 2010. p. 30-5.
- Mello GA, Fontenella JBF, Demarzo MMP. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev. APS. 2009;12(2):204-13.*
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desenvolvimento humano e IDH [Internet]. Brasília: PNUD; 2021 [capturado em 4 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica [Internet]. Brasília: MS; 2021 [capturado em 15 mar. 2021]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
- Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med. 2013;10(5):396-400.*
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med. 2001;344(26):2021-5.*
- Rocha R, Soares R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ. 2010;19 Suppl:126-5*
- Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. Correction: the impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *Plos One. 2017;12(12):e0189557.*
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. Brasília: MS; 2019 [capturado em 1 abr. 2021]. Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. [Internet]. Brasília: MS; 2019 [capturado em 5 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>
- Brasil. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. [Internet]. Brasília: MS; 2019 [capturado em 5 abr. 2021]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20institui%20o,Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20\(USF\).](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20institui%20o,Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20(USF).)
- Barra TV, Alves RS, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev. Saúde Pública. 2019;53:38.*
- Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D'Ávila OP, Wollmann L, Martins C, Faller LA. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Cien Saude Colet. 2020;25(4):1313-26.*

20. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
21. Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
22. Pfeil, Juliana Nunes. Avaliação da regulação de consultas médicas especializadas baseadas em Protocolo + Teleconsultoria. [Dissertação em Epidemiologia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
23. World Health Organization. Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [capturado em 13 fev. 2021]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.
24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS/CONASS; 2010.
25. World Bank Group. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil [Internet]. Washington: World Bank Group; 2017 [capturado em 4 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.worldbankorg/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report-about:blank>
26. Brasil. Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde. [Internet] Brasília: SIOPS; 2020 [capturado em 15 mar. 2021]. Disponível em: <https://basedosdados.org/dataset/sistema-de-informacoes-sobre-orcamentos-publicos-em-saude-siops#:~:text=O%20SIOPS%20%C3%A9%20o%20sistema,sa%C3%BAde%20dos%20or%C3%A7amentos%20p%C3%ABlicos%20em>
27. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(616):e742-50.
28. Harzheim E, D'Avila O, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Martins CJ, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil.. *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1361-74.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 [Internet]. Brasília: MS; 2020 [capturado em 5 abr. 2021]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf
30. Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Feltz-Cornelis CMVD, et al. Adaptação transcultural do instrumento Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2018;52:71.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: MS; 2004.
32. Barbosa ACQ, coordenador. Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas – Estudo Amostral 2008 – avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil – monitoramento da implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
33. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Silveira DS, Siqueira FV, Maia MFS, et al. Projeto AQUARES – Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: Acesso e Qualidade da Atenção. Relatório Final. [Internet]. Pelotas: UFPel; 2010 [capturado em 4 abr. 2021]. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/aquares/wp-content/uploads/2013/01/AquaresFINAL-.pdf>
34. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AC. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2016;21(2):327-38.
35. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2017;22(6):1881-93.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). [Internet]. Brasília: MS; 2015 [capturado em 6 abr. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2015/prtl1645_01_10_2015.html
37. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018;42(spe 1):18-37.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária [Internet]. Brasília: MS; 2008 [capturado em 6 abr. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
39. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(6):1337-49.
40. Mendonça CS et al. A utilização do indicador internações por condições sensíveis à atenção Primária no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. Cap. 18, p. 527-68.
41. Pinto Junior EP; Aquino R; Medina MG; Silva MGCD. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *about:blankCad Saude Publica.* 2018;34(2):e00133816.
42. 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. *about:blankPLoS Med.* 2017;14(5): e1002306.
43. Harzheim E., Martins JSC, D'Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2354.

Capítulo 5

A PRÁTICA DE MEDICINA RURAL

Leonardo Vieira Targa

Magda Moura de Almeida

A saúde de populações rurais e urbanas apresenta características diferentes. A prática da medicina rural, portanto, exige habilidades e recursos diversos, além de imprimir peculiaridades próprias às características da atenção primária à saúde (APS). Isso assume maior importância em países como o Brasil, que apresenta grandes áreas rurais e enormes distâncias, relativo baixo índice de desenvolvimento de algumas regiões e grande desigualdade social.

O QUE É RURAL

Para tratar da saúde rural e da prática da APS nessas áreas, é importante conceituar o termo “rural”. Nem sempre é fácil definir se uma região ou população é rural ou não.^{1,2} Há áreas aparentemente rurais nos limites de grandes cidades, assim como pequenas áreas urbanizadas em regiões

predominantemente rurais que deixam dúvidas quanto à melhor forma de classificá-las.

No Brasil, pelo último censo oficial, 15% da população habitam áreas consideradas rurais, o que corresponde a mais de 30 milhões de pessoas.³ Deve-se ter em mente, no entanto, que essas contagens comumente subestimam as populações rurais da Região Amazônica. Além disso, existem aspectos questionáveis por trás da definição de uma área rural. Por exemplo, a sede de todo município, a despeito do tamanho ou da densidade populacional, é considerada urbana. Ao conceituar a ruralidade brasileira com base na combinação da densidade demográfica e do tamanho populacional, considerando rurais os municípios que apresentam simultaneamente < 50 mil habitantes e < 80 habitantes/km², 90% do território brasileiro, 80% de seus municípios e 30% de sua população (o dobro, portanto, do que figura nos dados oficiais) são essencialmente rurais. Então, o Brasil “inequivocamente urbano” corresponde a 57% de nossa população. Os restantes 13% da população caberiam em uma categoria intermediária, que pode ser denominada “rurbana”.^{4,5}

Essa classificação problemática, atrelada a uma legislação antiga e que tem dificuldades de acompanhar as mudanças sociais, está sendo revista pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e já deve impactar o novo censo demográfico de 2020. As mudanças propostas, aumentando a importância da densidade demográfica e criando novas categorias intermediárias entre rural e urbano, bem como os conceitos de regiões remotas e adjacentes, têm potencial de redesenhar a geografia brasileira e impactar as políticas específicas para essas regiões. Em estudos nos quais essa metodologia foi utilizada, constatou-se que a maior parte dos municípios brasileiros é predominantemente rural (60,4%), sendo 54,6% adjacentes a áreas urbanas de maior hierarquia e 5,8% rurais remotos.⁶

A discussão conceitual pode estender-se, mas, para os motivos deste capítulo, importa destacar:⁷

- rural não é sinônimo de agrícola e nem tem exclusividade sobre este;
- rural é multissetorial (pluriatividade) e multifuncional (as funções produtiva, ambiental, ecológica e social);
- as áreas rurais têm densidade populacional relativamente baixa;
- não há um isolamento absoluto entre os espaços rurais e as áreas urbanas – pelo contrário, a grande interação entre eles torna ainda mais relevante para todos a saúde das populações rurais, onde, por exemplo, são produzidos os alimentos e captadas as águas para as cidades.

Apesar de características comuns, diferentes áreas do meio rural são marcadas por imensa diversidade, sobretudo em um país como o Brasil.

A DEFASAGEM RURAL-URBANA EM RELAÇÃO À SAÚDE

Existe, mundialmente, uma defasagem de profissionais de saúde em zonas rurais e remotas. No Brasil, a Região Norte apresentava, em 2018, uma taxa de 1,16 médico para cada

1.000 habitantes, enquanto, na Região Sudeste, a média era de 2,81 médicos para cada 1.000 habitantes (FIGURA 5.1). O Estado do Maranhão detém a menor razão (0,85 médico para cada 1.000 habitantes) e o Distrito Federal, a maior (4,35), seguido por Rio de Janeiro (3,55) e São Paulo (2,81). Em números totais, impressiona que mais da metade dos médicos (54%) do País esteja na Região Sudeste, onde moram 41% da população brasileira. Verificam-se também desigualdades internas aos estados da federação, tendo as grandes metrópoles as maiores concentrações de médicos. Segundo o Conselho Federal de Medicina, o conjunto das capitais apresenta a razão de 5,07 médicos registrados para cada 1.000 habitantes, enquanto, no País como um todo, o número é 1,28. Portanto, 55% dos médicos brasileiros estão nas capitais, onde vivem 23% da população brasileira⁸ (FIGURA 5.2).

Em 29% dos municípios brasileiros, a população residente em área rural supera a urbana. A menor população rural encontra-se na Região Centro-Oeste, e a maior, na Região Nordeste (47%). Dados do segundo ciclo avaliativo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Ministério da Saúde, mostram que a Estratégia Saúde da Família (ESF) permanece sendo uma

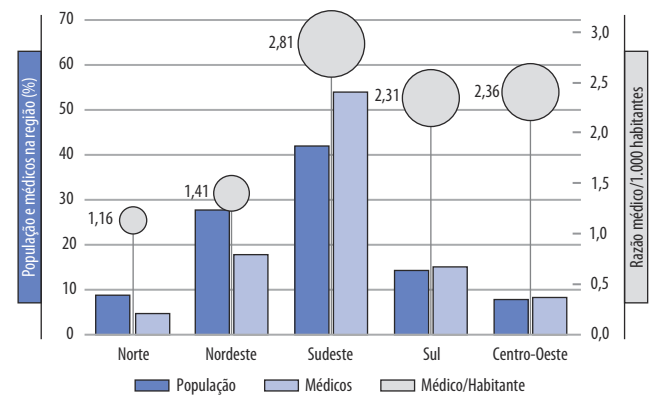


FIGURA 5.1 → Distribuição de médicos e população nas grandes regiões do Brasil. Fonte: Scheffer M e colaboradores.⁸

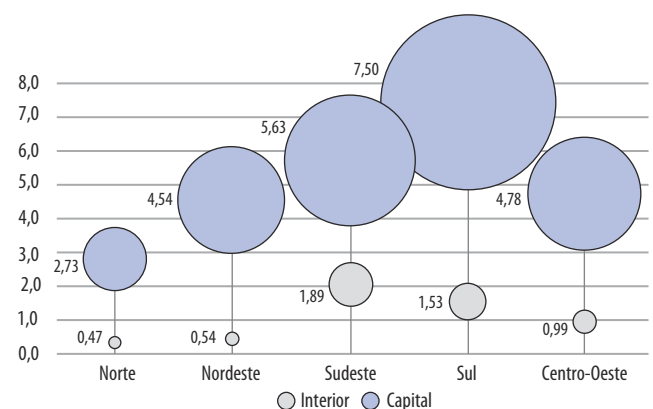


FIGURA 5.2 → Distribuição de médicos a cada 1.000 habitantes entre capitais e interior, em grandes regiões do Brasil, 2018. Fonte: Scheffer M. et. al., Demografia Médica no Brasil 2018.

importante ferramenta para a redução das iniquidades de saúde. Os dados indicaram que 39% das equipes da ESF realizam atendimento a comunidades rurais ou tradicionais. As comunidades tradicionais específicas mais beneficiadas são assentados da reforma agrária (20%), pescadores (11%) e ribeirinhos (8%). Contudo, apenas 32% dessas equipes possuem transporte disponível para viabilizar o atendimento à população.⁹

Os determinantes socioambientais e da saúde são piores em áreas rurais em relação às áreas urbanas. Soares e colaboradores analisaram os municípios mais rurais (MMRs) e os municípios mais urbanos (MMUs) em relação ao Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, aos censos do IBGE, à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação. São significantes as diferenças em relação à mortalidade infantil, à esperança de vida ao nascer, à proporção de pobres (34,4% vs. 18,6%), ao analfabetismo (11,1% vs. 7,9%) e ao percentual da população com idade ≥ 18 anos com ensino fundamental completo (31,7% vs. 42,9%). A taxa de analfabetismo entre as mulheres rurais é levemente inferior (21,1%) que entre os homens (24,48%).¹⁰

Nos MMRs, ainda é alta a prevalência de pessoas que habitam domicílios com paredes, abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados, e sem energia elétrica. O material predominante na construção das paredes externas é a alvenaria (48,9%); contudo, o Maranhão (39,8%), o Pará (14,6%) e o Ceará (12,8%) ainda apresentam altas prevalências de domicílios construídos com taipa não revestida. O uso de madeira aparelhada é mais frequente nas Regiões Sul e Norte do Brasil.

Em 10,4% dos domicílios de áreas rurais, não existe banheiro ou sanitário; 37,4% dos domicílios despejam seus dejetos em fossas rudimentares, em valas, ou direto em rios, em lagos ou no mar. Não existe acesso à coleta de lixo; portanto, 47,3% do lixo domiciliar é queimado ou enterrado. Como agravante de insegurança hídrica e alimentar, dentre os domicílios que não utilizam a rede geral de distribuição de água (82%), 68,8% também não possuem filtro d'água.

Isso reflete em índice de desenvolvimento humano mais baixo nas áreas rurais (IDH 0,586) do que nas áreas urbanas (IDH 0,750). A proporção de pessoas com idade ≥ 18 anos com autoavaliação de saúde boa ou muito boa é mais alta nas áreas urbanas (68% vs. 55,1%), desmitificando a ideia da melhor qualidade de vida do campo. Há de se ressaltar que a maior parte da população rural depende exclusivamente do sistema público de saúde (94%), enquanto em áreas urbanas essa proporção é menor (68%).¹¹

A modificação no perfil nutricional e epidemiológico reflete no perfil de morbimortalidade da população rural, que também é acometida por doenças crônicas não transmissíveis. Há menor adesão ao consumo recomendado de hortaliças e frutas (31,2 vs. 38,2%) e maior prevalência de tabagismo (17,4 vs. 14,6%). Por outro lado, há menor prevalência de consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias (10,3 vs. 14,2%) e menor consumo de refrigerante (13,1 vs. 23,6%). Em relação à atividade física, ela é praticada com

menor frequência no lazer (13,8 vs. 23,8%); porém, nas áreas rurais, as pessoas são mais ativas no trabalho, com maior prevalência de realização de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física no trabalho (21,1 vs. 12,9%). A proporção de pessoas com idade ≥ 18 anos que têm sintomas de angina nos graus 1 e 2 (de acordo com a versão resumida da escala de Rose) é maior na área rural (5,2% vs. 4,0% e 9,4% vs. 7,3%, respectivamente). A proporção de pessoas com idade a partir de 18 anos que perderam todos os dentes também é maior nas populações rurais (15% vs. 10%). Esse indicador é reflexo também da desigualdade de acesso à escova de dente, à pasta de dente e ao fio dental para a limpeza dos dentes, que é de apenas 30% na população domiciliada em zona rural.¹¹

A má distribuição de recursos humanos e serviços é refletida em indicadores de acesso: 37% das pessoas não foram ao médico no último ano nas áreas rurais *versus* apenas 27% nas áreas urbanas.¹¹

Por outro lado, pode-se constatar que grande parte dos municípios que apresentam os mais altos índices de qualidade de vida ou de desenvolvimento humano é predominantemente rural.¹² A ocupação agrícola, mesmo nas regiões mais fortemente rurais, pode encontrar-se em queda, mas algumas regiões rurais fazem parte das zonas mais dinâmicas de vários países. A pluriatividade é uma característica cada vez mais forte dessas áreas e faz parte de um conjunto de transformações complexas que hoje estão em curso e que apresentam consequências não apenas para os mercados de trabalho, mas também para as formas de funcionamento das unidades familiares e sua saúde.¹³

A PRÁTICA DA MEDICINA RURAL

A prática do cuidado à saúde e o próprio sistema de saúde apresentam características diferentes em áreas rurais.¹⁴⁻¹⁶ Pode-se constatar que alguns problemas de saúde e fatores de risco são mais encontrados em zonas rurais do que em urbanas, como as intoxicações agudas, subagudas e crônicas por agrotóxicos,¹⁷⁻¹⁹ os acidentes com animais peçonhentos e plantas tóxicas,²⁰ e os acidentes decorrentes de certos riscos ocupacionais.²¹

O trabalho das populações rurais frequentemente está relacionado com exposições climáticas, físicas, químicas e orgânicas, além do risco de operações com máquinas específicas como serras, tratores, etc.²² O fato de o trabalho ser muitas vezes realizado próximo ou no próprio local de moradia também está relacionado com riscos.²¹

O trabalho dos profissionais de saúde também apresenta, tecnicamente, características distintas. Entre elas, é possível destacar o relativo isolamento de outros colegas,²³ o que exige o desenvolvimento de certas habilidades, como:

- interpretação de exames sem laudos de especialista. É frequente a indisponibilidade total ou eventual de especialistas para laudos de eletrocardiogramas e radiografias, por exemplo;
- realização de procedimentos que seriam encaminhados para outros profissionais em grandes cidades. Muitos pacientes preferem realizar procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e

terapêuticos em suas próprias localidades, mesmo que disponham de referência apropriada. Não é incomum a recusa a procedimentos se não forem feitos localmente;

- **familiaridade com o manejo inicial de emergências. A distância e o tempo entre o primeiro atendimento e o da equipe apropriada para o tratamento definitivo, inclusive de saúde mental e traumas, costumam ser maiores do que em grandes centros;**
- **ampliação da escala de habilidades em relação ao cuidado das fases do ciclo vital, incluindo atenção à gestante e à sua família, puericultura, puerpério, atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso e cuidados durante o fim da vida;**
- **ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sociofamiliar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural.**

Não são somente as características técnicas que mudam na prática rural, mas também há o relativo isolamento profissional do ponto de vista social. Muitos médicos convivem com seus pacientes, além de atendê-los em uma parte do dia. Isso implica maior flexibilização de horários e capacidade de negociar papéis e limites, e isso tem implicações também para a família do profissional.²³

Questões éticas afloram dessas características de vida e trabalho.²⁴ O médico rural deve prestar atenção a questões de sigilo e privacidade. Sendo uma parcela de seu convívio social dividida com as pessoas com quem trabalha, nem sempre será fácil separar o que é de conhecimento público e o que é informação profissional. Alguns problemas podem ser ocultados ao médico com maior intensidade, como algumas doenças sexualmente transmissíveis, abuso sexual, violência, drogadição.²⁵ Os casos de violência são especialmente complexos pela proximidade e possibilidades de envolvimento do profissional e de sua família, conforme sua interferência seja percebida.²⁶

O respeito às diferenças e a capacidade de adaptação do profissional e de sua família também podem levantar questões. A adoção ou não de certos costumes e hábitos pode aproximar ou afastar médico e população e acontece naturalmente; entretanto, pode ser necessário negociar alguns aspectos culturais com vistas à manutenção da privacidade e da personalidade do profissional. Essas questões são mais frequentes quando se trabalha com minorias étnicas.²⁷ Da mesma forma, em uma pequena localidade, é comum que as relações pessoais do médico se deem, por exemplo, com o farmacêutico ou dono da farmácia e os laboratórios. É necessário profissionalismo e ética para que as relações profissionais não sofram influência dessa proximidade. Isso também ocorre com colegas e gestores, administradores públicos e privados.

Outra questão é a de que a comunidade conhecerá seu médico ao longo do tempo. Assim, alguém poderá, com o passar do tempo, saber o que dizer para ter maior chance de ganhar um antibiótico ou uma licença-trabalho. Saberá, possivelmente, em que áreas o médico é “mais fraco” ou tem tendência a encaminhar mais o paciente para especialistas e urgências.²⁸

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREAS RURAIS

Acesso ou porta de entrada e longitudinalidade

Nas zonas rurais, o nível primário é ainda mais importante como porta de entrada do sistema de saúde do que nas cidades.²⁹ Em algumas localidades, o posto de saúde é o único ponto próximo de acesso ao sistema de saúde. Enquanto nas áreas urbanas a porcentagem média de pessoas com planos privados é de 29,7%, nas áreas rurais esse número cai para 6,4%, sendo grandes as diferenças entre as regiões do País.¹¹

Quando se pensa em acesso à saúde rural, logo vêm à mente as dificuldades de transporte e as grandes distâncias. Criatividade e flexibilidade têm sido necessárias em regiões rurais do País, como uso de embarcações servindo como postos de saúde móveis, equipes itinerantes e para transporte de pacientes. A estratégia de treinamento de agentes comunitários de saúde nas mais diversas realidades é uma forma de ampliação do acesso. Recentemente, bicicletas foram distribuídas como maneira de facilitar o trabalho. Há necessidade de individualização no momento de decidir sobre recursos desse tipo, devendo-se utilizar, em alguns lugares, jipes de tração, barcos, etc.

Os mesmos desafios de acessibilidade também serão obstáculos para a longitudinalidade. A atenção domiciliar constitui prática de grande importância para diminuir a fragmentação da atenção e o foco nos episódios de doença grave.³⁰ O menor número de alternativas de acesso ao sistema de saúde e as distâncias facilitam, por outro lado, a longitudinalidade.

Muitas atividades rurais apresentam periodicidades específicas no ciclo diário, relacionadas com as estações ou as condições climáticas. Certos tipos de trabalho, uma vez iniciados, preferencialmente não deverão ser interrompidos. Outros serviços são mais bem realizados à noite, como o carregamento para transporte de aves de criação, o que exige alteração do ciclo circadiano ou diminuição do sono total, já que esse serviço com frequência complementa a renda do trabalho diário. Outros serviços exigem grandes deslocamentos, o que altera ou impede temporariamente a possibilidade de contato com o serviço de saúde. Essa é uma das dificuldades do médico de APS em áreas rurais onde uma parcela expressiva da população deve se deslocar para trabalhar, inclusive para áreas urbanas mais ou menos próximas. Muitas vezes, essas pessoas não têm acesso a um serviço de saúde do trabalhador que dê cobertura aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários e precisam ausentar-se do trabalho para acessar as equipes que estão nas áreas rurais onde moram e, portanto, para a qual estão designadas pela regulamentação territorializada do sistema de saúde.

A saúde de grupos nômades e de trabalhadores rurais temporários são capítulos específicos da medicina rural e representam grande desafio por sua maior exposição a fatores de risco, doenças e fragmentação do cuidado.³¹

Integralidade e coordenação

A integralidade talvez seja a característica de significado mais variado da APS. De qualquer forma que se conceitue, entretanto, ela apresentará nuances e desafios para as zonas rurais. Do ponto de vista de acesso a recursos de saúde, como exames, procedimentos, especialistas, internações, etc., em que a integralidade é assumida como um aspecto da oferta de serviços, vê-se que as equipes de saúde rural são menores em geral do que as das grandes cidades, e há um número mais limitado de outros profissionais bem como médicos de outras especialidades. São necessárias redes regionais de referências nesses locais, assim como estruturas logísticas de transporte e acompanhamento dessas pessoas. Até o presente, esse tem sido um ponto crítico dentro da atenção à saúde no Brasil. Em algumas regiões, acessar outros níveis de atenção dentro do sistema de saúde é possível somente em barcos e, em outras, apenas por transporte aéreo (o que também limita o número de pessoas). Recursos recentemente disponíveis e cada vez mais utilizados, como dispositivos de consultoria à distância (telessaúde), prontuários informatizados e fax, entre outros, tendem a diminuir essas dificuldades, mas em muitos casos o contato direto com especialistas ou acesso a recursos diversos é insubstituível.

A integralidade diz respeito também a uma ampliação de foco da atenção ao processo patológico individual e de uma intervenção biomédica pontual para uma compreensão ampliada do processo de saúde-doença e intervenção continuada e abrangente do ciclo de vida da pessoa, suas redes familiares e comunitárias. Sendo assim, a reflexão dos fenômenos históricos, das peculiaridades regionais, das formas de inserção global das comunidades, das formas como as redes naturais e sociais se estabelecem no âmbito rural e de suas relações com a produção de saúde-doença deve estar sempre presente no cotidiano das equipes de saúde.³²

Outras peculiaridades da prática rural que dizem respeito a essas características da APS são a utilização mais frequente do contato direto com outros médicos que trabalham na região, tanto por telefone quanto pessoalmente, promovendo a troca de informações, e a menor rede burocrática que organiza os sistemas locais, facilitando o acesso direto às pessoas que tomam as decisões ou dispõem das informações necessárias e que podem abrir exceções em casos especiais. O papel de coordenador do médico de APS fica evidente por um lado, mas, por outro, pode ser desafiado pelo acesso direto, por parte do usuário, a outros especialistas, em função de menor dificuldade de contato com estes em hospitais, emergências e consultórios privados.

Centralização na família e na comunidade

Em geral, as zonas rurais apresentam valores mais tradicionais do que as grandes cidades.²³ A forma como funciona, em determinada localidade, o conceito de família tem impacto no modo como o médico de APS utilizará instrumentos e técnicas de trabalho, como o genograma e as consultas para abordagem de casais e famílias. A forma de intervenção e as expectativas em relação às condutas e aos papéis dentro

do núcleo familiar precisam ser “calibradas” para as diferentes comunidades, além de individualmente. É necessário lembrar que certa naturalização do conceito de família³³ é realizada com frequência, em que uma família nuclear com pai, mãe e filhos é vista como forma ideal de família, o que nem sempre condiz com a realidade e com outras culturas. É conhecida também a necessidade de adaptação da teoria da terapia de família para a realidade nacional e para diferentes classes sociais (ver Capítulo Abordagem Familiar).³⁴ Entretanto, para algumas comunidades rurais mais tradicionais, essas adaptações podem ser facilitadas por uma relativa rigidez de modelos de família e normalidade locais.

A família dos idosos rurais é a principal fonte de recurso e apoio contra a escassez geral de serviços sociais e de saúde, e, como tal, deve ser foco de políticas públicas sociais e de saúde adequadas às particularidades dessa população.³⁵

Da mesma forma, o conceito e o sentimento de comunidade, muitas vezes discutíveis nas grandes cidades, podem ser muito fortes. Se o processo de delimitação de áreas de abrangência das equipes respeitar esse fenômeno, pode-se criar um ambiente muito propício para intervenções comunitárias. É comum que haja grande participação comunitária em reuniões de conselhos locais de saúde ou reuniões pontuais para tratar de problemas específicos. O trabalho com grupos, em especial para idosos e pessoas que tenham certa flexibilidade de horários, costuma ser gratificante, inclusive por abrir uma possibilidade a mais de lazer e convívio nas regiões que dispõem de poucas opções.

As atividades intersetoriais são potencialmente facilitadas pelo tamanho reduzido das estruturas e das instituições, mas podem estar mais dependentes das personalidades individuais dos responsáveis por elas, o que nem sempre é produtivo. Assim, o médico rural tem grande facilidade de acesso, em geral, à(s) escola(s) local(is), a postos de trabalho, a igrejas, etc., e deve usar isso em favor da comunidade na qual trabalha.

Competência cultural

Em zonas rurais, a grande diversidade brasileira pode ser ainda mais aparente. Conceitos diferentes de saúde, doença e prevenção deverão ser conhecidos e manejados habilmente pelo médico rural, com vistas a não ferir a autonomia das pessoas para quem trabalha. A medicina, assim como todas as formas de ciência aplicada, apresenta forte poder modificador das formas de vida tradicionais. O médico deve estar ciente do poder silenciador³⁶ sobre culturas diversas que sua atividade apresenta e dos resultados com frequência imprevistos gerados por ela. O trabalho com cuidadores tradicionais e tratamentos não formalmente científicos pode ser ainda mais explícito do que nas grandes cidades. Conflitos desnecessários devem ser evitados, bem como uma postura arrogante perante outros saberes.²³

Conhecer um pouco da história dos conceitos de cultura e identidade e suas várias definições e ter uma noção geral das discussões da filosofia e da antropologia da ciência, assim como da problemática entre natureza e cultura, podem ser de grande valor para o médico em geral, porém mais especificamente para o profissional que trabalha com grande diversidade e formas de vida muito distantes da sua de origem.³⁷

O cuidar da saúde realizado pelo médico de APS em áreas rurais precisa ser compreendido como algo além de uma simples transposição das práticas médicas em um local diferente. Mais do que uma troca de cenários, há necessidade de aprimoramentos tendo em vista, conforme mencionado, as características especiais da saúde das populações rurais; as peculiaridades da forma de organização do sistema de saúde; e a necessidade de adequação do perfil exigido para o profissional de saúde rural. Isso implica uma formação diferenciada desses profissionais que contemple essas diferenças, e o suporte continuado deles após sua inserção nas comunidades rurais.

COMO MELHORAR A DEFASAGEM RURAL-URBANA

O Working Party on Rural Practice, da World Organization of Family Doctors,³⁸ estabelece os seguintes princípios para o fortalecimento da medicina rural:

- a infraestrutura necessária para a implementação de atenção à saúde integral de áreas rurais, remotas e com dificuldades de acesso deve ser de alta prioridade para os governos nacionais;
- a natureza específica da prática rural, incluindo a mais ampla gama de habilidades necessárias para os médicos rurais, deve ser reconhecida pelos governos e pelas organizações profissionais;
- o núcleo de competências da prática geral/de família deve ser ampliado pela provisão de habilidades adicionais para prática rural especificamente apropriadas às localidades determinadas;
- o *status* dos médicos rurais deve ser elevado por uma abordagem coordenada que envolva planos de carreira, educação e treinamento, aumento de incentivos e melhoria das condições de trabalho. Essas medidas devem ser financiadas e apoiadas pelos governos, comunidades e organizações profissionais, reconhecendo o papel vital do médico rural;
- o médico rural e outros profissionais de saúde devem auxiliar a comunidade na avaliação, na análise e no desenvolvimento de serviços de saúde que sejam voltados para as necessidades locais, sem deixar de reconhecer a importância da abordagem voltada ao paciente no nível individual;
- os modelos de serviços em saúde rural devem ser avaliados e promovidos em parceria com as comunidades rurais e em cooperação com as autoridades de saúde regionais e nacionais;
- os médicos rurais devem adotar a filosofia da APS como fundamental para a saúde de comunidades rurais;
- deve haver representação feminina em todas as instâncias expressivas nas quais as decisões forem tomadas.

De forma importante, a literatura mostra que o estabelecimento de políticas voltadas para a interiorização e a retenção de profissionais em áreas rurais e remotas deve ser o objetivo central a ser perseguido,³⁸⁻⁴⁴ de modo que essa questão seja prioritária em planos nacionais de governo.

A análise dos fatores que influenciam essa decisão por parte dos profissionais é um passo-chave para a compreensão da complexidade do problema e para guiar possíveis intervenções (FIGURA 5.3). A Organização Mundial da Saúde sugere que as abordagens para ele sejam realizadas intersetorialmente.⁴⁵

Nos últimos anos, políticas nacionais têm desafiado esse problema de forma corajosa – embora extremamente polêmica. O Programa Mais Médicos aparentemente reduziu a falta de profissionais médicos, embora constata-se uma tendência forte a substituir profissionais que trabalhavam na Saúde da Família⁴⁶ inicialmente por bolsistas estrangeiros, com direitos limitados e por tempo restrito. Essa preferência internacional foi sendo corrigida com a inclusão de uma proporção progressivamente maior de médicos brasileiros, mas ainda não consegue gerar fixação desses profissionais médicos ao longo do tempo. Se, por um lado, o déficit médico em algumas regiões parece ter sido aliviado, o efeito colateral da substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal foi constatado. Outra crítica comum foi a ocupação de vagas onde não havia carência de médicos previamente. As grandes diferenças de remuneração em relação aos médicos regularmente contratados (passam do triplo em algumas regiões) e outras vantagens, como tempo reservado para estudo e



Origem e valores

Ter sido criado em ambiente rural, valores, altruísmo

Aspectos familiares e da comunidade

Disponibilidade de escola para os filhos, identificar-se com o espírito da comunidade, recursos na comunidade

Aspectos financeiros

Salários, benefícios, tipo de vínculo

Aspectos relacionados com a carreira

Oportunidades de educação permanente, supervisão, cursos para aperfeiçoamento pessoal, plano de carreira

Condições de vida e de trabalho

Infraestrutura, ambiente de trabalho, acesso a tecnologia e medicamentos, condições de moradia

Serviço obrigatório

Ser obrigado a prestar serviços no local

FIGURA 5.3 → Fatores relacionados com a decisão tomada por um profissional de saúde de trabalhar em áreas rurais. Fonte: World Health Organization.⁴⁶

auxílio-moradia, jamais garantidos aos médicos brasileiros que optaram por regiões rurais ou remotas anterior ou paralelamente a essas políticas também acabaram competindo com a contratação e com a residência médica em áreas ligadas à APS. Apesar dessas críticas à maneira como foi conduzida a cooperação internacional nesse caso específico, é importante ressaltar que esse pode ser um instrumento importante para o recrutamento de recursos humanos em saúde para situações restritas, quando outras formas de lidar com o problema não obtiverem sucesso, respeitando as recomendações internacionais.^{47,48}

As etapas mais recentes dessas políticas indutoras incluíram modificações na formação médica, estando de acordo com estratégias recomendadas internacionalmente para o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde.⁴⁵ Nos últimos anos, o número de vagas em cursos de medicina aumentou bastante, com ênfase em APS, e com a criação de cursos médicos fora dos grandes centros. Entretanto, preocupa o grande número de instituições privadas, em relação às públicas, a grande concentração de novos cursos em áreas onde já existiam antes, em estados altamente industrializados e populosos, associada à falta de apoio a essas localidades, bem como o número de alunos por equipe de saúde e ausência de hospitais com condições para garantir a qualidade da formação.⁴⁹ Recentes propostas anunciadas pelo governo brasileiro, relacionadas com a revisão da qualidade de cursos e reclassificação dos municípios candidatos a receber médicos federalizados, parecem tentar melhorar essas distorções, mas ainda é cedo para avaliar seu impacto real.

De maneira geral, o trabalho em áreas rurais é estimulante e altamente gratificante para o profissional de saúde. Ele apresenta desafios em relação aos problemas de saúde encontrados, às formas de atuação profissional e às características do sistema de saúde, como visto ao longo do capítulo. Alguns dos motivos que contam para a opção pela medicina rural são a inserção comunitária mais intensa, o contato com modos de vida diferentes em relação aos das grandes cidades, um certo senso de aventura ou vocação, a vontade de estar próximo da natureza ou de experimentar novas alternativas e o fato de poder dar mais atenção à família ou ainda desfrutar de alguns incentivos oferecidos a médicos em lugares remotos.⁵⁰ Os recentes avanços nos meios de comunicação e informação, bem como a melhora da qualidade de vida em diversos locais anteriormente isolados, têm reforçado a ideia de que pode ser uma boa opção viver e trabalhar em áreas rurais e pequenas cidades.

REFERÊNCIAS

- Couper I. The rural doctor. In: Mash B, editor. Handbook of family medicine. 2nd ed. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa; 2006. p. 298-315.
- Ando N, Targa L, Almeida A, Silva DS, Barros E, Schwalm F et al. Declaração de Brasília – “O conceito de rural e o cuidado à saúde”. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(19):142-4.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [capturado em 1 dez. 2019]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
- Veiga JE. Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula. 2. ed. Campinas: Autores Associados; 2003.
- Marques MIM. O conceito de espaço rural em questão. Terra Livre. 2002;18(19):95-112.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
- Kageyama A. Desenvolvimento rural: conceito e medida. Cad Ciênc Tecnol. 2004;21(3):379-408.
- Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: 2º ciclo [internet]. 2013[capturado em 23 jun. 2019]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>.
- Sarmento RA, Moraes RM, Viana RTP de, Pessoa VM, Carneiro FF. Determinantes socioambientais e saúde: O Brasil rural versus o Brasil urbano. Tempus Actas de Saúde Colet. 2015;9(2):221-35.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. 2013 [capturado em 24 jun. 2019]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_xls.shtm.
- Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento [Internet]. Brasília: PNUD; 2011 [capturado em 1 fev. 2011]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/home/>.
- Schneider S. A pluriatividade na agricultura familiar. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003.
- Yawn BP, Bushy A, Yawn RA, editors. Exploring rural medicine: current issues and concepts. Thousand Oaks: Sage; 1994.
- Loue S, Quill BE, editors. Handbook of rural health. New York: Kluwer Academic; 2001.
- Targa LV. Área Rural. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p 498-507.
- Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília: OMS/OPAS; 1996.
- Levigard YE, Rozemberg B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. Cad Saude Publica. 2004;20(6):1515-24.
- Peres F, Moreira JC. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23 Supl 4:S612-21.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2. ed. Brasília: FUNASA; 2001.
- Lessenger JE, editor. Agricultural medicine: a practical guide. New York: Springer; 2006.
- Fehlberg MF, Santos I dos, Tomasi E. Prevalência e fatores associados a acidentes de trabalho em zona rural. Rev Saude Publica. 2001;35(3):269-75.
- Yawn BP. Rural medical practice: present and future. In: Yawn BP, Bushy A, Yawn RA, editors. Exploring rural medicine: current issues and concepts. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 1-16.
- Bushy A, Rauh JR. Ethics dilemmas in rural practice. In: Yawn BP, Bushy A, Yawn RA, editors. Exploring rural medicine: current issues and concepts. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 271-86.

25. Broughton DD. Recognition and evaluation of child abuse. In: Yawn BP, Bushy A, Yawn RA, editors. Exploring rural medicine: current issues and concepts. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 73-82.
26. Murty S. No safe place to hide: rural family violence. In: Loue S, Quill BE, editors. Handbook of rural health. New York: Kluwer Academic; 2001. p. 277-94.
27. Baer RD, Nichols J. Ethnic issues. In: Loue S, Quill BE, editors. Handbook of rural health. New York: Kluwer Academic; 2001. p. 73-102.
28. Gervas J, Pérez Fernández M. El médico rural en el siglo XXI, desde el punto de vista urbano. Rev Clín Electrónica Aten Primaria. 2007;14:1-5.
29. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Cien Saude Colet. 2002;7(4):687-707.
30. Targa LV. Atenção domiciliar à saúde. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, editor. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora; 2006. p. 71-106.
31. Goldberg BW, Napolitano M. The health of migrant and seasonal farmworkers. In: Loue S, Quill BE, editors. Handbook of rural health. New York: Kluwer Academic; 2001. p. 103-18.
32. Targa LV. Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
33. Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde Soc. 2005;14(2):50-9.
34. Fernandes CLC, Curra LCD. Ferramentas de abordagem da família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, editor. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora; 2005. p. 11-41.
35. Morais EP de, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2):347-83.
36. Nader L, editor. Naked science: anthropological inquiry into boundaries, power, and knowledge. New York: Routledge; 1996.
37. Yawn BP, Bushy A. Making your practice palatable for your Patients: cultural competency. In: Yawn BP, Bushy A, Yawn RA, editors. Exploring rural medicine: current issues and concepts. Thousand Oaks: Sage; 1994. P. 253-70.
38. World Organization of Family Doctors. Wonca Working Party on Rural Practice. Policy on rural practice and rural health 2001. 2nd ed. Traralgon Victoria: Monash University School of Rural Health; 2001.
39. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural Remote Health. 2009;9(2):1060.
40. Auer K, Carson D. How can general practitioners establish 'place attachment' in Australia's Northern Territory? Adjustment trumps adaptation. Rural Remote Health. 2010;10(4):1476.
41. MacDowell M, Glasser M, Fitts M, Nielsen K, Hunsaker M. A national view of rural health workforce issues in the USA. Rural Remote Health. 2010;10(3):1531.
42. Elliott T, Bromley T, Chur-Hansen A, Laurence C. Expectations and experiences associated with rural GP placements. Rural Remote Health. 2009;9(4):1264.
43. Peña S, Ramirez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean rural practitioner programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. Bull World Health Organ. 2010;88(5):371-8.
44. Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Junior N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32)p. 292-4.
45. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.
46. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. 2016;21(9):2675-84.
47. Wonca Working Party on Rural Practice. A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: the Melbourne Manifesto [Internet]. Melbourne: Wonca; 2002 [capturado em 24 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.ruralhealth.org.au/document/melbourne-manifesto-code-practice-international-recruitment-health-care-professionals>.
48. World Health Organization. Migration of health workers: the WHO code of practice and the global economic crisis [Internet]. Geneva, 2014 [capturado em 24 jun. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf.
49. Conselho Federal de Medicina. Radiografia das escolas médicas do Brasil [Internet]. 2019 [capturado em 17 jun. 2019]. Disponível em: <http://webpainel.cfm.org.br/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=Radiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico%2FRadiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico.qvw&host=QVS%40scfm73&anonymus=true>.
50. Savassi LCM, Almeida MM de, Floss M, Lima MC. Saúde no caminho da roça. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

LEITURAS RECOMENDADAS

World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention [internet]. Geneva: WHO; 2010 [capturado em 26 ago 2011]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf

Importante publicação da Organização Mundial da Saúde sobre recursos humanos e saúde rural.

Rural and Remote Health. Disponível em: <http://www.rrh.org.au>
Site de uma das mais importantes publicações em medicina rural.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) – Grupo de Trabalho de Medicina Rural. Disponível em: <https://sites.google.com/site/gtmedicinairural/home>

Site que apresenta links, documentos importantes, publicações, eventos, fotografias e vídeos sobre medicina e saúde rural.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) – Grupo de Trabalho de Medicina Rural – Declaração de Brasília

Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Declaração de Brasília. Disponível em: <https://sites.google.com/site/gtmedicinairural/home/documentos/declaracao-de-brasil>

Documento que trata do conceito de rural no contexto brasileiro e apresenta a missão e os objetivos do grupo.

Wonca – Global Family Doctor – Grupo de Trabalho Internacional em Medicina Rural da Associação Mundial de Médicos de Família. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/aboutwonca/working_groups/rural_training/wonca_ruralprac.htm

Site que disponibiliza documentos, informação sobre eventos e links internacionais.