



REVISTA

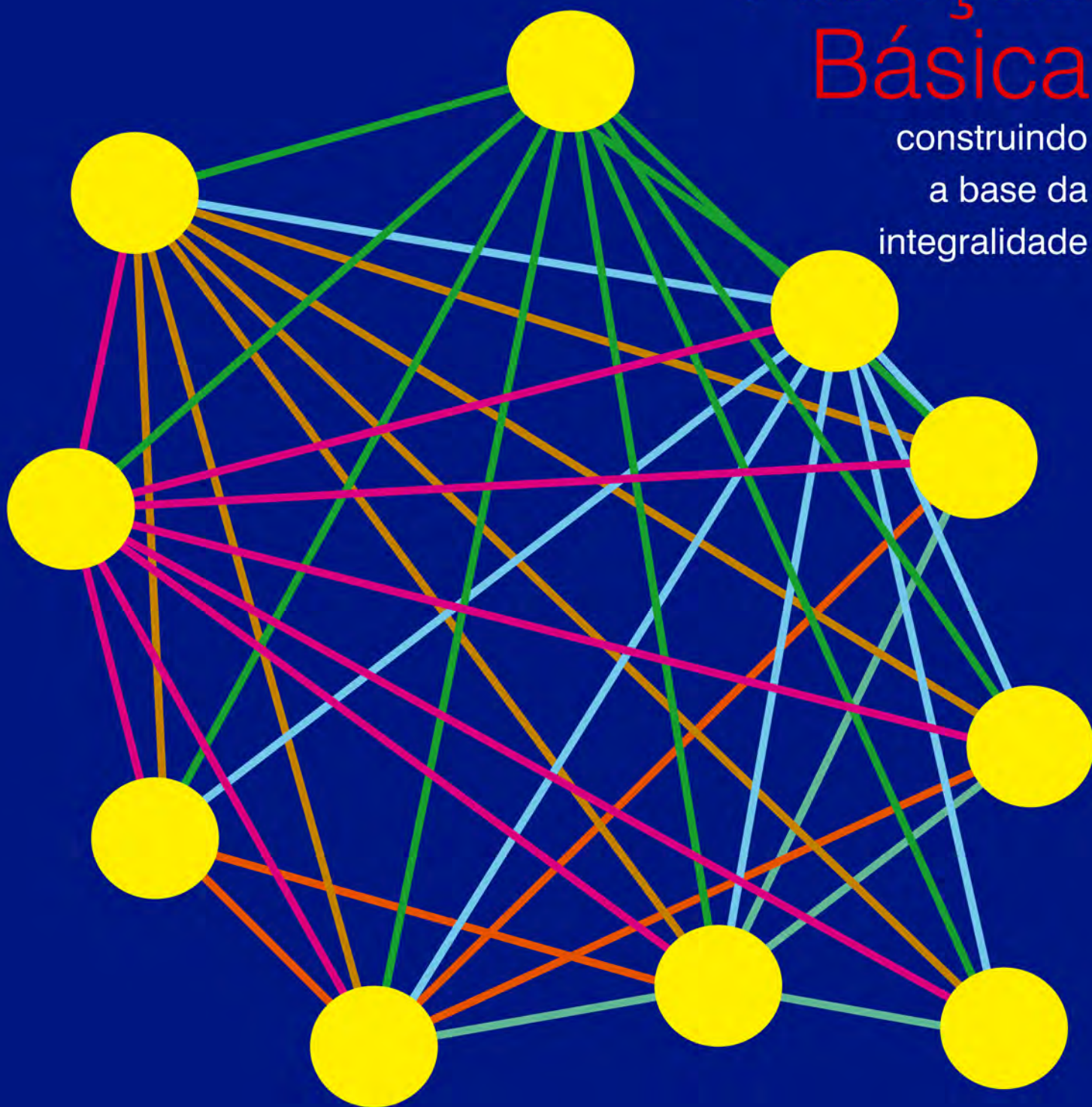
Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

RIO DE JANEIRO, N. 51 - ISSN 0103-4383 - OUTUBRO 2014

Atenção Básica

construindo
a base da
integralidade



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013-2015)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013-2015)

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

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

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

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Celeste de Souza Rodrigues - Coordenadora Geral de Informação e Monitoramento das Redes de Atenção à Saúde
Maria Thereza Rodrigues da Cunha - Consultora Nacional da OPAS-OMS (descentralizada para a SAS/MS)

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

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

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Ana Maria Costa (RJ)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Giovanni Berlinguer - Università La Sapienza, Roma, Itália
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez - Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo

INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



Apoio

Ministério da Saúde



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 51 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, OUTUBRO 2014

4 EDITORIAL | EDITORIAL

8 APRESENTAÇÃO | INTRODUCTION

ARTIGO DE DEBATE | DEBATE ARTICLE

14 **Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?**

Primary Care as network ordinator and care coordinator: is it still utopia?

Helvécio Miranda Magalhães Junior, Hêider Aurélio Pinto

ARTIGO DE DISCUSSÃO |
DISCUSSION ARTICLE

30 **Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial**

Primary Health Care and care coordination in care network

Ligia Giovanella

38 **Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde: comentários ao artigo de Magalhães Jr. e Pinto**

Primary Care in Health Care Networks: comments on Magalhães Jr. and Pinto's article

Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, Ana Maria Costa

ARTIGOS | ARTICLES

43 **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**

The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: several faces of an innovative policy

Hêider Aurélio Pinto, Allan Nuno Alves de Sousa, Alcindo Antônio Ferla

58 **Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?**

Home Care in Unified Health System (SUS): what Melhor em Casa Program represented?

Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Mariana Borges Dias

72 **Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde**

Nutritional transition and the organization of care in food and nutrition in Primary Health Care

Patricia Constante Jaime, Leonor Maria Pacheco Santos

-
- 86** **Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011**
Evaluation of the normative structure of the National Oral Health Policy – Brasil Sorridente, from 2003 to 2011
Moacir Paludetto Junior, Leonor Maria Pacheco Santos, Marcio Florentino Pereira, Gilberto Alfredo Pucca Junior
- 105** **O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica**
Mais Médicos Program and the strengthening of Primary Care
Hêider Aurélio Pinto, Mozart Julio Tabosa Sales, Felipe Proença de Oliveira, Regina Brizolara, Alexandre Medeiros de Figueiredo, Jerzey Timóteo dos Santos
- 121** **Estratégia de cuidado na Atenção Especializada Ambulatorial: qualificação e ampliação do acesso**
Care strategy in Secondary Care: qualification and increasing of access
José Eduardo Fogolin Passos, Luciana Moraes Rocha, Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
- 129** **Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para redução dos óbitos por dengue**
Integrity and integration of health services: challenges to reduce dengue deaths
Rodrigo Fabiano do Carmo Said, Giovanini Evelim Coelho, Olavo de Moura Fontoura, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena, Matheus de Paula Cerroni
- 145** **Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**
Primary Care and Continuing Health Education: scenario appointed by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB)
Hêider Aurélio Pinto, Alcindo Antônio Ferla, Ricardo Burg Ceccim, Alexandre Ramos Florêncio, Izabella Barison Matos, Mirceli Goulart Barbosa, Nilva Lucia Rech Stédile, Angelo Pagot Zortea

Por uma Atenção Básica para o SUS

A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE pela Constituição Brasileira de 1988 trouxe o desafio da universalização e da integralidade da saúde, entendida nos aspectos da promoção, prevenção e da recuperação. Para isso, seguindo a tendência internacional, desde os anos noventa, o SUS optou por um modelo de saúde organizado a partir da Atenção Básica (AB), que deve operar integrando o conjunto dos demais serviços e níveis de cuidado, garantindo o acesso oportuno, integral e de qualidade a toda população.

Em virtude disso, nas últimas décadas, o tema tem estado presente, cada vez mais, na agenda das políticas governamentais do setor saúde no Brasil, de modo que podemos dizer, hoje, que o discurso da prioridade da Atenção Básica se tornou um consenso tanto entre gestores de diferentes entes federados como na produção científica do campo da saúde coletiva.

Desde 2011, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) tem efetivamente marcado a agenda não apenas do conjunto do MS e da comissão intergestores tripartite, mas também da presidência da república, particularmente, com o Programa Mais Médicos, que levou mais de 14 mil médicos para a Atenção Básica, por meio de um importante enfrentamento político-estratégico para o SUS.

As persistentes tentativas de identificação dos gargalos, problemas e desafios da Atenção Básica e, ao mesmo tempo, a busca de alternativas de estratégias técnico-políticas de enfrentamento têm marcado uma atuação das instâncias gestoras do SUS sob a coordenação do Ministério da Saúde.

Sob essa perspectiva, foi realizada a revisão e a incorporação de diretrizes e normativas da PNAB, ajustando-a às diversidades territorial e cultural do país e, ao mesmo tempo, assumindo o objetivo da promoção da equidade. Novos formatos de equipes foram criados, como, por exemplo, as equipes especiais para a população ribeirinha e os consultórios na rua para aqueles grupos populacionais que vivem nas ruas. O desafio é manter para essas equipes especiais, destinadas a populações específicas, as diretrizes essenciais comuns ao conjunto das equipes de AB: territorialização, adscrição de clientela, trabalho em equipe, acolhimento, vínculo, gestão do cuidado, porta de entrada preferencial da rede etc.

Uma iniciativa importante nesse período foi a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), cujos resultados têm permitido uma vasta produção acadêmica que contribui efetivamente para mudanças e intervenções fundamentadas na AB. O PMAQ tem potencial de contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica, analisando e selecionando as lógicas de contratualização, direcionando estratégias de apoio e Educação Permanente, realizando avaliação e definindo incentivos financeiros parametrizados por diferentes graus de desempenho.

Os estudos que hoje se tornam possíveis a partir do banco de dados gerados pelo PMAQ permitem delinear os desafios para a qualificação da AB no Brasil. Sem dúvida, trata-se de uma iniciativa voltada para ampliar a qualidade e diferenciar o padrão de financiamento por qualidade praticada. Ressalte-se, ainda, a revisão e o aumento do financiamento da Atenção Básica, incorporando critérios de equidade no piso de Atenção Básica fixo e agregando componentes, como, por exemplo, o critério de qualidade. Neste sentido, vale lembrar que o

orçamento federal da Atenção Básica, apesar do contexto geral de subfinanciamento do SUS, foi ampliado e cresceu proporcionalmente mais do que o de outras áreas, chegando a quase 20% do orçamento do MS.

Registra-se, ainda nesse período, o programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações de reforma, ampliação, construção e informatização, atingindo mais de 25 mil unidades no Brasil, a revisão de diretrizes e parâmetros dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), bem como a universalização do seu financiamento para todos os portes de municípios brasileiros.

De diversos modos e em diferentes tempos, tais mudanças – desencadeadas, em âmbito nacional, a partir de interpretações sobre as realidades de prioridades políticas, de esforços de negociação e pactuação tripartite, bem como de traduções (tecnológicas, normativas e operacionais) – já podem ter diversos dos seus efeitos e resultados observados nas diferentes realidades do país, assim como na visibilidade pública da Atenção Básica. E, provavelmente, vários efeitos e impactos poderão ser identificados nos próximos anos.

Por outro lado, considerando que o compromisso último das políticas não se restringe à cristalização delas mesmas, já que devem estender-se ao público ao qual se destinam, com a produção de mais vida e saúde, é fundamental que esse conjunto de iniciativas também possa ser avaliado, problematizado e analisado criticamente pelos diversos atores envolvidos no setor. Sob essa perspectiva, outros olhares e análises poderão sinalizar a necessidade de consolidação, de ajustes, de novos objetos das políticas, de novos desafios a serem enfrentados pelo SUS, tanto pelo Ministério da Saúde como pelas secretarias estaduais e municipais, assim como no cotidiano do trabalho em saúde, já que este é também influenciado diretamente pelas políticas, mesmo considerando a relativa autonomia constatada na micropolítica das relações de trabalho e do processo de cuidado em saúde.

Ana Maria Costa

Presidenta do Cebes

Fausto Pereira Santos

Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS

Eduardo Alves Melo

Diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS

For Primary Care for SUS

THE CREATION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) by the Brazilian Constitution from 1988 brought up the challenge of integrality and universalization of health, under the aspects of promotion, prevention and recovery. Following an international trend since the 90's, SUS has opted for a Primary Care organized health model, which has to operate integrating other services and levels of care, guaranteeing a qualified and integral access to the whole population.

Hence, the theme has been each time more present on Brazilian governmental policies agendas in the last decades, which allows us to state that Primary Care priority idea has become a regularity, something consensual between managers of many different federated beings and collective health.

Since 2011, National Policy for Primary Care (PNAB) has been present not only on MS and tripartite intermanager commission, but also on the presidency agenda, particularly with Mais Médicos Program, which brought more than 14 thousand doctors into Primary Care, through an important political-strategic movement for SUS.

The persistent attempts to identify the bottlenecks, problems and challenges to Primary Care and, at the same time, the search for alternatives to technical-political coping strategies have been present in the role of management instances of SUS, coordinated by the Health Ministry.

Under this perspective, PNAB rules and norms were incorporated and reviewed, being adjusted to the country's territorial and cultural diversity and, at the same time, setting the aim to the promotion of equity. New team formats were created, such as special teams for riverine population and street offices to the populational groups who live on the streets. The challenge is to maintain essential Primary Care guidelines to these special teams, such as: territorialization, client ascription, teamwork, care management, preferential network entrance etc.

An important initiative on this period was the creation of the National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ), which results have permitted a comprehensive academic production that contributes effectively to changes and interventions based on Primary Care. PMAQ has potential to contribute to the strengthening of Primary Care, analysing and selecting contracting logics, directing support a continuous education strategies, evaluating and defining financial stimuli characterized by different performance levels.

The studies nowadays possible based on the database created by PMAQ allow us to track the challenges to Primary Care qualification in Brazil. It is, undoubtedly, an initiative aimed on increasing quality and differentiating the standard of funding based on practiced quality. Are to be noted the review and increase of Primary Care funding, absorbing equity criteria on Primary Care fixated basis and adding components like quality criterion. It is worth remembering that the federal funding to Primary Care, despite SUS' general subfunding context, was increased and proportionally grew more than other areas, up to almost 20% of the Ministry budget.

In this period, the requalifying program of Primary Health Care Units (UBS), with reconstruction, extension, construction and informatization actions, reaching more than 25 thousand units in Brazil, the review of guidelines and parameters of Family Health Support Cores

(Nasf), as well as the universalization of their funding to Brazilian municipalities of all sizes.

In many ways and different times, such changes – deployed nationwide, from interpretations about political priority realities, negotiation efforts and tripartite pacts, as translations (technological, normative and operational) – may already have their effects and results recognized in the country different realities, as in Primary Care public visibility. Probably, many effects and impacts may be identified in the upcoming years.

On the other hand, considering that the ultimate commitment of policies is not restricted to their own cristalization, as they should comprehend the public to whom they are destined, with the production of more life and health, it is fundamental that this group of initiatives may also be evaluated, problematized and analysed by the many players involved in the sector. Under this perspective, other analyses may signal the need for consolidation of adjustments of new policy objects, new challenges to be tackled by SUS, by both the Ministry of Health and municipal or state secretariats, as well as in daily work in health, as this is directly influenced by policies, even if we consider the relative autonomy in work and health care process relations.

Ana Maria Costa

Cebes president

Fausto Pereira Santos

Health Care Secretary – SAS/MS

Eduardo Alves Melo

Director of Primary Care Department – DAB/SAS/MS

Apresentação

ESTA REVISTA É FRUTO DE UM TRABALHO CONJUNTO do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde com os objetivos de apresentar e debater o conjunto das políticas que vêm sendo implementadas para a organização do processo de cuidado na Atenção Básica (AB) e suas necessárias articulações com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Concebido para ser analisado por debatedores convidados, o primeiro artigo ‘Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?’, de autoria de Helvécio Miranda Magalhães Junior e Hêider Aurélio Pinto, analisa as normativas governamentais e a literatura especializada quanto ao papel esperado para que a Atenção Básica seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora das RAS e a coordenadora do cuidado. Analisando significados e sentidos dos conceitos de ‘porta de entrada’ e de ‘ordenação do cuidado’, oferece uma discussão sobre o quanto os serviços e as equipes de Atenção Básica (eAB) têm cumprido esse papel. Para isso, analisa dados secundários. Entre eles, as informações originadas da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Como primeira debatedora, a Professora Dra. Lígia Giovanella apresenta o texto ‘Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial’, no qual reafirma os inegáveis avanços na Atenção Básica no Brasil na última década, expressos na ampliação da oferta, do acesso, da disponibilidade de serviços de procura regular e no expressivo aumento de recursos financeiros. Apesar de todas as evidências e impactos na situação de saúde da população brasileira, a debatedora adverte que persistem importantes problemas de integração da rede assistencial e da garantia de acesso à Atenção Especializada (AE) no SUS, na rede regionalizada.

Os debatedores, Professores Drs. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza e Ana Maria Costa, também reforçam os inegáveis avanços na Atenção Básica sem que a cultura de atenção primária tenha sido sedimentada na sociedade nacional, nos profissionais e nos serviços de saúde. Justamente por isso, ainda não consolidou o seu papel como base de organização dos serviços e do modelo de atenção à saúde. Por essa razão, chama atenção sobre o significado da Atenção Básica no conjunto da rede de atenção, que deve, permanentemente, buscar atingir a integralidade, definida como princípio constitucional para o SUS.

O segundo artigo apresentado, sob o título ‘O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora’, tem como autores Hêider Aurélio Pinto, Allan Nuno Alves de Sousa e Alcindo Antônio Ferla e tem como eixo o processo de formulação do PMAQ-AB. Sob essa perspectiva, utiliza as ferramentas clássicas de análise de políticas aplicadas à nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir de alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação, concluindo que houve um incremento real nos recursos destinados à Atenção Básica no âmbito do financiamento federal, e identificando a presença de inovações no que se refere ao conteúdo da política, à mobilização local e até mesmo à presença de uma cultura de monitoramento e avaliação a partir do uso de

indicadores de autoavaliação e de avaliação externa.

Para discutir o atendimento domiciliar, os autores Aristides Vitorino de Oliveira Neto e Mariana Borges Dias participam deste número com o artigo ‘Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?’, no qual analisam a proposta do governo federal para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, constante do Programa Melhor em Casa. Para os autores, o Programa Melhor em Casa, apesar de suas fragilidades, representou um considerável avanço no fortalecimento e na expansão da Atenção Domiciliar no Brasil e teve como efeito importante a inserção do cuidado domiciliar na agenda do SUS.

Para analisar a organização da atenção e do cuidado da Atenção Básica, com foco na questão da alimentação e da nutrição, as autoras Patricia Constante Jaime e Leonor Maria Pacheco Santos apresentam o artigo ‘Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde’, discutindo e analisando as ações de alimentação e nutrição que são desenvolvidas na Atenção Básica. Tomando a referência da transição nutricional na população brasileira, o artigo descreve o padrão de consumo alimentar e o estado nutricional dos brasileiros, ao mesmo tempo que discorre sobre as ações desenvolvidas para a organização do cuidado em alimentação e nutrição. Mediante essas análises, as autoras identificam os principais desafios da referida agenda, que, em última instância, está relacionada à garantia dos direitos humanos à saúde e à alimentação.

Na sequência, e prosseguindo nas abordagens focalizadas, a saúde bucal é apresentada e analisada pelos autores Moacir Paludetto Junior, Leonor Maria Pacheco Santos, Marcio Florentino Pereira e Gilberto Alfredo Pucca Junior. O título do quinto artigo é ‘Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011’. Afirmam os autores que são expressivas as mudanças ocorridas na última década na saúde bucal a partir da implementação pelo SUS do Programa Brasil Sorridente, iniciado em 2003, que se tornou política prioritária do governo federal e uma ação orçamentária específica no Plano Plurianual 2004-2007. O estudo qualitativo avaliativo abordou a PNSB e os seus instrumentos normativos, publicados pelo governo federal entre os anos de 2003 e 2011, o que permitiu conclusões acerca da construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, com um robusto arcabouço normativo, como leis e decretos que garantissem a sua continuidade com base legal.

Para a abordagem de um dos problemas mais difíceis a se enfrentar, e que assume um caráter estruturante para o SUS, a questão dos recursos humanos é discutida no artigo ‘O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica’, escrito por Hêider Aurélio Pinto, Mozart Julio Tabosa Sales, Felipe Proenço de Oliveira, Regina Brizolara, Alexandre Medeiros de Figueiredo e Jerzey Timóteo dos Santos. O trabalho apresenta uma análise da insuficiência de médicos no País e avalia as iniciativas governamentais contidas na Lei 12.871, que cria o Mais Médicos. Sob essa perspectiva, analisa a situação atual da implantação do PMM na formação e na atuação de médicos intercambistas, a mudança da formação na graduação, a residência médica e aquelas iniciativas que envolvem o incremento e a reorientação da abertura de novas vagas na graduação e na residência.

O artigo seguinte trata da Atenção Especializada, sob o título ‘Estratégia de cuidado na Atenção Especializada Ambulatorial: qualificação e ampliação do acesso’. Os autores José Eduardo Fogolin Passos, Luciana Moraes Rocha e Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos analisam os desafios a partir da ampliação do acesso pela expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), que requereu novos programas de atenção à saúde. Assumindo que a Atenção Especializada não foi proporcionalmente expandida, os autores desenharam uma proposta de novo modelo,

pautado na regionalização, que seja organizado a partir das necessidades das pessoas e das inovações gerenciais, cujo financiamento deve ser próprio e adequado.

O relato da experiência do Ministério da Saúde no combate à dengue, a partir de 2011, é apresentado no próximo artigo: 'Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para redução dos óbitos por dengue', de autoria de Rodrigo Fabiano do Carmo Said, Giovanini Evelim Coelho, Olavo de Moura Fontoura, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena e Matheus de Paula Cerroni. Segundo os autores, para atingir a integralidade, realizaram atividades de revisão das normas técnicas, adoção de estratégias diferenciadas de capacitação e promoveram a integração das ações de vigilância e atenção à saúde no controle da dengue.

Finalmente, este número termina com um artigo apresentado por Hêider Aurélio Pinto, Alcindo Antônio Ferla, Ricardo Burg Ceccim, Alexandre Ramos Florêncio, Izabella Barison Matos, Mirceli Goulart Barbosa, Nilva Lucia Rech Stédile e Angelo Pagot Zortea. Intitulado 'Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)', apresenta e analisa o processo de Educação Permanente do PMAQ-AB. Nesse artigo, a análise da política nacional de educação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde é caracterizada como prática de ensino-aprendizagem inserida no trabalho, e conta, ainda, com iniciativas de apoio direto ao trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), como é o caso do Telessaúde. Analisa dados que evidenciam que, no País como um todo, aproximadamente 81% das eSF tiveram participação em atividades educativas, e que cerca de 76% delas consideraram que contemplavam suas necessidades e demandas. No Telessaúde, principalmente, a teleconsultoria, a segunda opinião formativa e o telediagnóstico. Mostrando a sua real expansão e abrangência, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é, hoje, ferramenta imprescindível à Atenção Básica. Ao apontar limites e desafios, apresenta um conjunto de questões a serem enfrentadas no futuro próximo.

Com esse conjunto de artigos expositores de grande diversidade de aspectos sobre a Atenção Básica, o Cebes e a SAS/MS vos convidam à leitura.

Ana Maria Costa

Presidenta do Cebes

Presentation

THIS MAGAZINE IS THE PRODUCT OF A JOINT EFFORT between Brazilian Centre for Health Study (Centro Brasileiro de Estudo de Saúde) and Health Attention Secretariat (Secretaria de Atenção à Saúde) from the Health Ministry, aimed on presenting and debating the policies which are being implemented in order to organize the care process in Primary Care (AB) and its articulations with Health Care Networks (RAS).

Conceived to be analysed by guest debaters, the first article ‘Primary Care as a network ordinator and care coordinator: is it still utopia?’, whose authors are Helvécio Miranda Magalhães Junior and Hêider Aurélio Pinto, analyses governmental regulations and specialized literature as the role needed in order to make Primary Care become the system main entrance, the ordinator of Health Care Network and care coordinator. Analysing the meanings of ‘main entrance’ and ‘care ordination’, it offers a discussion about how much services and Primary Care teams (eAB) have played this role. Secondary data are taken into consideration. Amongst them, information created by National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ).

As first debater, Professor Ligia Giovanella presents the text ‘Primary Health Care and care coordination in care network’, on which she stresses the undeniable advances in Primary Care in Brazil on the last decade, represented by the increase in offer, access, regularly needed services availability and an expressive increase on financial resources. Despite of all evidence and impact on Brazilian population’s health situation, the debater adverts that important integration problems persist between the care network and the ensuring of access to specialized care(AE) in sus, on regionalized network.

The debaters, Professors Luis Eugenio Portela Fenanades de Souza e Ana Maria Costa, also reassures the undeniable advances in Primary Care without the sedimentation of primary care culture on national society, health professionals and health services. Because of this, it has not yet consolidated its role as both service and health care model organization basis. Ana Maria calls attention to the meaning of Primary Care on care networks, which should, permanently, seek for integrality, defined as a constitutional principle for SUS.

The second article presented, entitled ‘The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: several faces of an innovative policy’ written by Hêidar Aurélio Pinto, Allan Nuno Alves de Sousa and Alcindo Antônio Ferla uses as axle PMAQ-AB’s formulation process. Under this perspective, it utilizes classic political analysis tools applied to the new National Policy for Primary Care (PNAB), based on some results from its first three years of deployment, concluding that there was a real increase on the resources destined to Primary Care, considering federal funding, and identifying the presence of innovations on what refers to policy content, local mobilization and even the presence of a monitoring and evaluation culture based on the use of self-evaluation and external evaluation indicators.

In order to discuss home-based care, the authors Aristides Vitorino de Oliveira Neto and Mariana Borges Dias become part of this edition with the article ‘Home care in Unified Health System (SUS): what Melhor em Casa Program represented?’ on which they analyse the proposal made by the federal government to Home-based care in the Unified Health

System, part of Melhor em Casa Program. For the authors, Melhor em Casa Program, despite its weaknesses, has represented a considerable advance in the expansion and strengthening of Domestic Care in Brazil and had as effect the insertion of home-based care in the agenda of SUS.

Focused on feeding and nutrition, the authors Patricia Constante Jaime and Leonor Maria Pacheco Santos analyse Primary Care's both attention and organization in the article 'Nutritional transition and the organization of care in food and nutrition in Primary Health Care', discussing and analysing the feeding and nutrition actions that are developed in Primary Care. Taking Brazilian population's nutritional transition as a reference, the article describes the pattern of feeding consumption and the Brazilians' nutritional status, at the same time it talks about the actions taken for the organization of care in feeding and nutrition. Given these analyses, the authors identify the main challenges of the aforementioned agenda that is ultimately related, to guaranteeing human rights to health and feeding.

Next, moving through focused approaches, oral health is presented and analysed by the authors Moacir Paludetto Junior, Leonor Maria Pacheco Santos, Marcio Florentino Pereira and Gilberto Alfredo Pucca Junior. The fifth article title is 'Evaluation of the normative structure of the National Oral Health Policy – Brasil Sorridente, from 2003 to 2011'. The authors state that the changes occurred in oral health in the last decade since the deployment of Brasil Sorridente Program by SUS in 2003 are expressive. The program has become a Federal Government priority policy and a specific budget action in the 2004-2007 multiannual plan. The qualitative study approached PNSB and its normative instruments, published by the federal government between 2003 and 2011, what allowed for conclusions about the construction of an oral health policy with more solid bases, with laws and decrees that guarantee its continuity with legal conformity.

To address one of the hardest problems, which also plays a structural role on SUS, human resources are discussed in the article 'Mais Médicos Program and the strengthening of Primary Care', written by Hêider Aurélio Pinto, Mozart Julio Tabosa Sales, Felipe Proença de Oliveira, Regina Brizolara, Alexandre Medeiros de Figueiredo and Jerzey Timóteo dos Santos. The paper presents an analysis of the insufficiency of doctors in the country and evaluates the governmental actions from law 12.871, which creates Mais Médicos. Under this perspective the article analyses the current situation of PMM's deployment on graduation and work of exchange doctors, the change on graduation, medical residency and those actions involving increase and reorientation of the opening of new vacancies in both graduation and residency.

The following article talks about specialized care, and is entitled 'Care strategy in Secondary Care: qualification and increasing of access'. The authors José Eduardo Fogolin Passos, Luciana Moraes Rocha and Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos analyse the challenges to the increase of access through the expansion of Family Health Strategy (ESF), which required new health attention programs. Acknowledging that Specialized Health was not proportionally expanded, the authors sketch a proposal of a new model, based on regionalization, and organized having people's and management innovations needs as basis, with an own adequate funding.

The relate of Ministry of Health's experience on combat to dengue fever, since 2011, is presented on the next article: 'Integrality and integration of health services: challenges to reduce dengue deaths', written by Rodrigo Fabiano do Carmo Said, Giovanini Evelim Coelho, Olavo de Moura Fontoura, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena and Matheus de Paula Cerroni. According to the authors, in order to achieve integrality, technical regulations review activities were carried out, along with the adoption of differentiated capacitation strategies, promoting

the integration of surveillance actions and health attention on the control of dengue fever.

This edition is closed with an article presented by Hêider Aurélio Pinto, Alcindo Antônio Ferla, Ricardo Burg Ceccim, Alexandre Ramos Florêncio, Izabella Barison Matos, Mirceli Goulart Barbosa, Nilva Lucia Rech Stédile and Angelo Pagot Zortea. Entitled 'Primary Care and Continuing Health Education: scenario appointed by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB)', presents and analyses PMAQ-AB's Permanent Education process. In this article, the analysis of SUS national education and development policy is characterized as a teaching-learning practice inserted in work, and counts on direct support actions to the work of Family Health teams (eSF), as it happens with Telessaúde. It analyses data that show that, in the country as a whole, approximately 81% of eSF participated on educational activities and that around 76% of those considered that their needs and demands were met. On Telessaúde, mostly, teleconsulting, second opinion and tele-diagnosis. Showing its real expansion and scope, Permanent Education in Health (EPS) is, nowadays, essential tool to Primary Care. By setting limits and challenges, a group of questions to be answered in a close future are presented.

With this group of diverse expository articles about basic care, Cebes and SAS/MS invite you to read.

Ana Maria Costa

Cebes president

Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?

Primary Care as network ordinator and care coordinator: is it still utopia?

Helvécio Miranda Magalhães Junior¹, Hêider Aurélio Pinto²

RESUMO O artigo identificou que, tanto em normativas governamentais quanto na literatura especializada, espera-se que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado. Aprofundou os significados destes conceitos e buscou verificar o quanto os serviços e as equipes de Atenção Básica (eAB) cumprem, de fato, este papel, a partir da análise dos dados secundários do banco de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do questionário aplicado pelo Ministério da Saúde (MS) aos gestores de municípios que participaram do primeiro ciclo do PMAQ e da pesquisa realizada pela Ouvidoria do MS com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, o artigo buscou, ainda, identificar políticas do próprio MS que buscam fortalecer a AB nestes papéis, fazendo uma busca especial entre aquele conjunto de ações que, internacionalmente, são reconhecidas como pró-coordenação.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção à saúde.

ABSTRACT This article has identified that in governmental rules and in specialized literature, Primary Care (AB) is expected to be the system main entrance, Health Care Network (RAS) ordinator and healthcare coordinator. It extended the meaning of these concepts and aimed on verifying how much of a role Primary Care Teams' services play, based on the analysis of secondary data collected from the database of National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) external evaluation, from a questionnaire from Health Ministry (MS) answered by the city managers who took part on both PMAQ's first cycle and the research held by MS with Unified Health System (SUS) users. The article also tried to identify MS policies that made Primary Care stronger in these roles, performing a special research through the group of actions known internationally as pro-coordination.

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
helveciomiranda@gmail.com

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
heiderpinto.saude@gmail.com

KEYWORDS Primary Health Care; Unified Health System; Health care.

Introdução

A partir de 2011, em um processo de aprofundamento e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o MS realizou uma série de medidas que, pode-se afirmar, reposicionaram o papel e a importância da AB no conjunto das políticas do governo federal.

Duas importantes evidências disso podem ser percebidas no aumento expressivo do financiamento federal da AB repassado aos municípios (mais de 100%, de 2010 a 2014) e no inédito investimento na ampliação e na qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o lançamento, em 2011, do Requalifica UBS (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO).

A criação, também em 2011, do PMAQ (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) e a formulação e regulamentação legal, em 2013, do Programa Mais Médicos (PINTO ET AL., NESTE NÚMERO), mobilizaram os mais variados recursos para enfrentar os nós críticos que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da AB no País (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Por fim, uma série de atos normativos, tanto da Presidência quanto do MS, afirmaram o papel e o lugar da AB no conjunto das redes de saúde e no SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011B), que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabeleceu que a AB deva ser um elemento essencial e indispensável da região de saúde. Definiu ainda a AB como ‘porta de entrada’ do sistema e ordenadora do acesso ‘universal e igualitário’ às ações e aos serviços de saúde da rede. O conjunto das portarias que instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), posteriores ao decreto, reconheceram este papel da AB, de porta de entrada e de primeiro contato preferencial do sistema (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A nova PNAB (BRASIL, 2011C), pactuada e publicada em 2011, define a AB como um conjunto de ações de saúde com o objetivo

de desenvolver uma atenção integral que melhore a situação de saúde das pessoas, amplie a autonomia dos usuários e enfrente os determinantes de saúde das coletividades. Deve articular práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais deve assumir a responsabilidade sanitária e utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas, que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Prevê que seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, e reafirma os princípios e atributos de ‘contato preferencial dos usuários’, principal ‘porta de entrada’ e ‘centro de comunicação’ da RAS. Aponta ainda que, para efetivar a integralidade, deve realizar ‘gestão do cuidado’ do usuário ‘coordenando o cuidado’ do mesmo no conjunto da RAS, mesmo quando ele necessita ser cuidado em outros Pontos de Atenção (PPAA).

Ante todas essas questões, cabe formular as seguintes perguntas: O que significa ser a AB ordenadora da rede e coordenadora do cuidado? O quanto a AB, na realidade, cumpre ou não este papel? Que políticas públicas nacionais foram desenvolvidas para fazê-la avançar nessa direção? Problematicaremos estas questões neste artigo.

O que é ordenar a rede e coordenar o cuidado? Isso é um papel da AB?

Chueiri (2013) entendeu que a ordenação do cuidado a partir da AB pressupõe que o planejamento dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado e organizado levando-se em conta as necessidades de saúde da população, que, por sua vez, têm na AB seu local

privilegiado de identificação. Na AB, além do conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e socioambiental da população, a identificação das necessidades seria realizada através da análise da demanda, do conhecimento do território, da comunidade, do vínculo e da relação longitudinal com a população.

A coordenação do cuidado é para Chueiri, ao considerar os conceitos de Starfield (2002), McDonald (2010) e da PNAB (BRASIL, 2011C), uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa, com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede, com o objetivo de garantir que o usuário receba o cuidado que necessita. Englobaria assim, parte dos conceitos de acesso e integralidade.

Hartz e Contandriopoulos (2004) formulam conceito semelhante entendendo que se trata da coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), em sua proposta de reorganização dos sistemas nacionais de saúde, é a AB que deve ser pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, pela posição de centralidade que deve ter na constituição das redes de cuidado. Posição reforçada por Starfield (2002), para quem cabe à AB coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde.

Críticos a isso, Cecílio *et al.* (2012) entendem que, apesar de todos os esforços, parece nunca se ter plenamente alcançado a promessa colocada na AB, de funcionar como porta de entrada preferencial para o conjunto dos serviços de saúde. Segundo os estudos do grupo, há uma importante distância entre a

idealidade dos modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado.

Já Almeida *et al.* (2010) formulam um conceito que parte da compreensão de que a coordenação do cuidado seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. Porém, reafirmam a importância da adoção de políticas que ampliem progressivamente o papel da AB nesse atributo. Para elas, a coordenação entre níveis assistenciais seria a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Os conceitos mencionados acima não diferem significativamente entre si, contudo, há uma polêmica sobre se a AB deve e consegue, ou não, ser a ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Entendemos que a AB deva ser a porta de entrada preferencial do sistema, mas não exclusiva, conforme normatiza o próprio Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Para nós, o sistema deve ser ordenado em função das necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população de um território determinado e a AB tem papel destacado na identificação, no manejo e na transformação destas necessidades. E, com Almeida *et al.* (2010), compartilhamos a ideia de que a coordenação do cuidado deve ser um atributo do sistema, tendo a AB papel importante na garantia desse atributo, mas também não exclusivo. Todos os serviços têm que buscar a integralidade e contribuir para que o usuário tenha seu cuidado coordenado de forma sistêmica. Há ainda uma maior responsabilidade naquele serviço que realiza cuidado prolongado, seja Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS), maternidade, equipe de Atenção Domiciliar, ambulatório de reumatologia, enfermaria de oncologia etc.

Que elementos podem nos ajudar a analisar o grau em que a AB ordena a rede e coordena o cuidado?

Buscaremos, no presente artigo, analisar em que grau a AB consegue ordenar a RAS e coordenar o cuidado, e identificaremos ações da Política Nacional de Saúde (PNS) que tentam fazer com que a AB avance nesta direção. Partindo dos conceitos trabalhados na seção anterior, identificamos nos resultados da avaliação do primeiro ciclo do PMAQ evidências de como e quanto a AB cumpre os atributos de ordenação e coordenação.

Para Pinto, Souza e Ferla (2014), o PMAQ é um amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – que objetiva a promoção de mudanças no processo de trabalho, com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a um processo de auto-avaliação e avaliação em várias dimensões, vinculadas ao repasse de recursos em função do desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados. Para esses autores, o programa sugere e valora diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e prioridades definidas por cada coletivo local. Cumpre ainda o papel de avaliar o grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e pela PNS.

Conforme Pinto, Souza e Florêncio (2012), o primeiro ciclo do PMAQ, que compreendeu o biênio 2011-2012, teve a participação e a avaliação de 17.202 eAB (cerca de 53% das existentes no período), de aproximadamente

71% dos municípios do País. Foram entrevistados cerca de 65 mil usuários no processo de avaliação realizado por equipes de avaliadores ligados a mais de 40 universidades públicas e à Fiocruz e suas unidades descentralizadas. Com efeito, trabalhar os resultados da avaliação do PMAQ talvez seja o melhor modo disponível de compor um quadro transversal de 53% das eAB do País que aponte o grau em que as mesmas buscam ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado. Assim, este artigo trabalhará com dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ no seu primeiro ciclo, cujo trabalho de campo foi realizado em 2012.

Com relação à amplitude do conceito de ordenação que consideraremos para a identificação de dados no PMAQ, tomaremos a dimensão da ordenação do acesso à RAS, conforme o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que enfatiza a dimensão relacionada ao acesso às UBS e delas, a outros serviços da RAS, dimensão melhor avaliada no programa.

Utilizaremos também o relatório da ‘Pesquisa de satisfação dos usuários do SUS: Atenção Básica e urgência/emergência’ (BRASIL, 2012), realizada pelo MS na segunda metade de 2011, que ouviu 28.449 cidadãos e avaliou acesso, uso e satisfação dos usuários com os serviços ofertados nas UBS e nas urgências e emergências.

No que diz respeito à coordenação do cuidado, buscamos, na avaliação do PMAQ, elementos relacionados direta ou indiretamente com esse atributo, em especial nas seções denominadas ‘Equipe de Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde’ e ‘Integração da Rede de Atenção à Saúde: Ordenamento e Definição de Fluxos’ (BRASIL, 2011E). É nestas seções que o programa busca, ao mesmo tempo, afirmar a importância, induzir que as eAB avancem nessa direção e avaliar como estavam e o quanto avançaram.

Além disso, identificamos na PNS estratégias que buscam fortalecer a AB na perspectiva dos atributos estudados neste artigo. Para isso, levamos em conta a sistematização de Almeida *et al.* (2010), identificando estratégias utilizadas pelos processos de reforma para potencializar a capacidade dos sistemas de saúde, de melhorar a coordenação entre níveis assistenciais. Almeida *et al.* (2010) destacaram a organização dos fluxos para Atenção Especializada (AE), hospitalar e de urgência/emergência; o estudo sistemático dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da AB; o desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica, como protocolos, inclusive, de acesso à AE; o monitoramento das filas de espera para AE; a garantia de acesso e utilização dos serviços de apoio à diagnose e à terapia e consultas especializadas; a integração de instrumentos de comunicação e referência entre os serviços de saúde; a estrutura e organização do sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados da rede de serviços; e o grau de tomada de decisão na AB e mobilização de decisão compartilhada de recursos a partir dela.

É com base nessas contribuições que vamos identificar ações do MS, após publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e da PNAB, que apontam para ações que enfrentam os problemas e avançam para o fortalecimento da AB nos atributos considerados.

Por fim, utilizaremos também o resultado do questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes entre o primeiro e o segundo ciclo do PMAQ. Respondido por gestores de 2.336 municípios (59% do total de participantes do primeiro ciclo), traz a percepção dos mesmos sobre o que avançou em suas UBS, comparando com o período imediatamente anterior à adesão (SOUZA, 2013).

O quanto a AB cumpre ou não os papéis de ordenação e coordenação e que estratégias o MS vem desenvolvendo para fortalecê-la nesta direção?

Porta de entrada preferencial da RAS?

Sob o ponto de vista da rede de serviços de AB disponível no País, há condições desta mesma AB ser, de fato, a ‘porta de entrada’ da RAS: o PMAQ mostrou que o Brasil tinha quase 40 mil UBS em 2012 (SOUZA, 2013), distribuídas em todos os municípios do País. Mas o serviço mais capilarizado do SUS está geograficamente acessível aos usuários? A pesquisa com os usuários (BRASIL, 2012) mostrou que sim, quando 87% deles responderam que demoravam até 30 minutos para chegar à UBS mais próxima e apenas 4% gastavam mais de uma hora.

Mas os usuários que buscam, conseguem realmente usar o serviço? A mesma pesquisa mostrou que 85% dos entrevistados foram atendidos, ao menos uma vez nos últimos 12 meses, em uma UBS, enquanto que nos serviços de urgência este número foi de 40%. Outro achado importante da pesquisa se refere ao tempo de espera para ser atendido na UBS após ser escutado e identificar a necessidade da consulta: 51% dos usuários foram atendidos no mesmo dia; para 19%, esse tempo foi de até 1 semana; para outros 15%, entre 1 semana e 1 mês; e, por fim, 13% só conseguiram ser atendidos após 1 mês.

É difícil analisar estes números, tanto pela falta de padrão e linha de base nacional para o tema quanto pelo fato de cada tempo de espera ter que ser avaliado em função de urgência, risco e oportunidade de atendimento da necessidade de saúde que motivou a procura pela consulta. Contudo, podemos

fazer três afirmações: o significativo número de consultas no mesmo dia sugere uma UBS com porta aberta e capacidade de ofertar atendimento conforme a necessidade aguda do usuário; por outro lado, mais de 30 dias é um tempo excessivo para se aguardar uma consulta em uma AB que pretende ser porta de entrada preferencial; contudo, é um indicador razoável o fato de que 85% dos usuários tenham conseguido ser atendidos antes desse tempo.

É possível identificar duas ações do MS que impactam nos aspectos tratados até o momento. O Requalifica UBS, criado em 2011, que garantiu recursos para a ampliação da rede de UBS com a construção de 10 mil novas unidades e a ampliação da área física de outras nove mil (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOELNER, NO PRELO). O Brasil já tinha uma UBS para cada cinco mil pessoas, e com o programa poderá chegar a uma para cada quatro mil. Outra ação é a implantação do acolhimento (BRASIL, 2011A), que objetiva qualificar o acesso, considerando critérios de risco e vulnerabilidade na definição do tempo e do modo de se atender o usuário. São ações normativas, como a PNAB (BRASIL, 2011C), passando pela oferta de apoio técnico e institucional à implantação, até o fato de a implantação do acolhimento ser um dos padrões induzidos, avaliados e valorizados pelo PMAQ.

Pinto, Souza e Ferla (2014) mostraram que o incremento da implantação do acolhimento é um dos mais perceptíveis efeitos do PMAQ: 80% das eAB afirmam ter implantado o acolhimento e 88% dos gestores relataram grande ou moderada redução nos tempos de espera nas UBS das eAB participantes do PMAQ, percentual próximo aos que apontaram ampliação forte ou moderada da quantidade de pessoas atendidas.

Sabemos que um fator fundamental para a legitimidade dos serviços de saúde é sua capacidade de atender de modo oportuno a demanda de um usuário, em especial, acolher os sofrimentos agudos dos usuários que

buscam o serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Assim, a implantação do acolhimento, tanto por qualificar o acesso quanto por ampliar a legitimidade da UBS, faz a AB avançar na perspectiva de ser a porta de entrada preferencial da RAS.

A AB coordena o cuidado dos usuários atendidos nas UBS?

O PMAQ buscou analisar tanto a coordenação do cuidado daqueles usuários cujo cuidado é desenvolvido na própria UBS quanto os que precisam, em algum momento, de ações desenvolvidas em outros serviços da RAS. Percebemos que o programa usou como analisador tanto elementos verificáveis da organização do atendimento de usuários que precisavam de cuidado continuado – fossem gestantes, crianças com menos de dois anos de idade ou pessoas com doenças crônicas – quanto entrevistas com usuários que se encaixavam nessas condições (BRASIL, 2011E).

Identificar, na análise do cuidado aos usuários com problemas crônicos, potências e deficiências na coordenação do cuidado e na ordenação do acesso à rede é uma percepção e opção metodológica presente também, de modos diferentes, nos estudos tanto de Giovanella (2011) quanto de Cecílio *et al.* (2012). Para Giovanella, os agravos crônicos têm prevalência crescente e são pouco responsivos à atenção médica contemporânea, caracterizada como fragmentada, excessivamente especializada e organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico. Para responder melhor aos agravos crônicos, é necessário que os serviços de saúde sejam mais integrados e coordenem melhor o cuidado. Para Giovanella, é justamente nesta tentativa que, em todo o mundo, têm se desenvolvido estratégias de coordenação do cuidado e de regulação do acesso aos demais PPAA da RAS. Já Cecílio *et al.* (2012)

optaram metodologicamente por entrevistar e reconstruir as trajetórias de cuidado de usuários ‘grandes utilizadores’ dos serviços de saúde, o que recaiu, na maioria das vezes, em usuários com condições crônicas.

O PMAQ interrogou em que medida as eAB conheciam, acompanhavam, estratificavam risco e programavam suas ações para os usuários e grupos que precisam de cuidado continuado. Identificou-se que 61% das eAB tinham registro das gestantes de alto risco no território e 77% programavam as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em função da estratificação de risco dos usuários, mas só 48% mostraram ter registro das pessoas com HAS com maior risco e gravidade. Esses números se mostraram semelhantes para as pessoas com *diabetes mellitus* (DM), sendo, respectivamente, 77% e 52%. Quando foram interrogados se já saíam da consulta com a próxima marcada, 58% dos usuários com HAS e 55% dos com DM responderam negativamente.

O acompanhamento desses usuários piora quando é necessário realizar ações em outros PPAA. Apenas 38% das eAB disseram, e conseguiram comprovar, que mantêm registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros PPAA. Tratando-se de um grupo mais clássico de programação e mais ‘protocolável’, como é o caso da prevenção, controle e tratamento do câncer de colo, 77% das eAB conseguiram mostrar que possuem registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e 62% mostraram que realizavam o seguimento dessas usuárias após a realização do tratamento em outro PPAA.

Os resultados mostram que há clara deficiência na coordenação do cuidado e também na gestão clínica de casos que necessitam de cuidado continuado. Embora essas ações sejam, há muito tempo, pauta dos processos formativos e também de protocolos, o que percebemos é que há uma diferença importante entre ‘o que deveria ser’ e ‘o como ocorre de fato’.

Há, no MS, uma aposta na organização do cuidado às doenças crônicas não só pela prevalência e pela importância, mas por ela demandar outro tipo de cuidado com mais vínculo, mais investimento na autonomia do usuário, com maior fortalecimento da dimensão pedagógica, maiores níveis de integralidade e maior coordenação do cuidado e articulação entre os serviços – um potencial importante para integrar a AB à AE sob uma nova perspectiva (MAGALHÃES JUNIOR *ET AL.*, 2013). Portanto, uma atenção que interroga a prática de cuidado e exige mais da clínica, da organização da atenção e gestão do cuidado, aconteça ela na AB ou num serviço da AE.

O PMAQ já é uma iniciativa que busca avançar nessas dimensões, mas, além dos padrões que ele induz à implantação, existe uma série de iniciativas que envolvem desde estratégias de comunicação entre profissionais de diferentes PPAA, passando pela Educação Permanente dos profissionais, até a implantação de novos dispositivos de regulação do acesso. Veremos isso nas próximas seções.

A capacidade da AB de ordenar o acesso à RAS

Utilizando o PMAQ para avaliar como têm acontecido, nos serviços de AB, algumas das estratégias pró-coordenação do cuidado sistematizadas por Almeida *et al.* (2010), identificamos que apenas 56% das eAB possuíam documentos que normatizavam referências e fluxos entre AB e AE para os atendimentos de usuários. Buscando induzir a prática de orientação dos encaminhamentos com base na pactuação de fluxos e critérios entre serviços da RAS, o PMAQ identificou que apenas 43% das eAB possuíam documento cujo objeto era a orientação sobre a priorização de casos a serem encaminhados. Perguntadas se coordenavam a fila de espera e acompanhavam os usuários com HAS e DM que necessitavam de consultas e exames

na AE, o pequeno número de 28% e 21% das eAB, respectivamente, respondeu positivamente à questão e conseguiu demonstrar isso aos avaliadores.

Nas entrevistas do PMAQ realizadas com os usuários, encontramos que 69% dos entrevistados que precisaram acessar outros serviços disseram que a UBS ‘sempre’ consegue marcar a consulta necessária com outros profissionais ou especialistas; outros 19% responderam que ‘algumas vezes’; e apenas 13%, que ‘nunca’. Perguntados, em sequência, sobre o modo de obter esse acesso, 14% dos usuários disseram ter saído da UBS com a consulta já agendada; para outros 49%, a consulta foi marcada pela UBS e eles foram informados disso posteriormente; e para 37%, a consulta teve que ser marcada pelo próprio usuário em outro serviço, em uma central ou de outro modo.

Os dados mostram importante acesso a ações de diagnóstico e tratamento na AE dos usuários com problemas que exigem cuidado continuado. Contudo, o modo como acontece este acesso e a insuficiência de construções normativas que orientem o acesso e o trânsito dos usuários na rede, parecem revelar uma AB que, na maior parte dos casos, não está organizada para ordenar o acesso aos demais PPAA da RAS.

A implantação desses dispositivos é mais do que a formulação ou implantação de documentos e procedimentos técnicos, que poderiam ser adaptados de outros municípios. Exige a construção e a pactuação real de fluxos, critérios e normas de comunicação, acesso e cuidado entre serviços e profissionais (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003). Além disso, para que a ordenação do cuidado seja feita a partir da AB, é necessário empoderar os profissionais e gerentes das unidades básicas de saúde para que possam tomar decisões que resultem na garantia de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis em outros pontos de atenção da rede (ALMEIDA ET AL., 2010). Esses e outros achados

apresentados à frente, a princípio, mostram que tal empoderamento é minoritário. Por hora, assim como observaram Cecílio *et al.* (2012), parece que predomina a opção de depositar em outro local do sistema, que não a AB, a decisão de ‘como’ e ‘quem’ segue a linha do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2002).

Coordenação do cuidado, comunicação e troca de saberes na RAS

Chueiri (2012) defendeu que, além de fluxos organizados, é necessário acesso à informação e diálogo entre profissionais e serviços para dar condições às eAB de se responsabilizarem pelo cuidado do usuário no seu caminhar pela RAS. Também Almeida *et al.* (2010) destacaram que diversos estudos mostram que as condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para a organização e gestão do cuidado. Para elas, o investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como a informatização dos prontuários e outras medidas que garantam a continuidade informacional, são iniciativas pró-coordenação importantes em diversas experiências. Apontam que o desafio parece ser integrar esse investimento à AE e aos demais prestadores, tanto privados como de outras esferas de governo.

Considerando essas contribuições e compreendendo a importância de se combinar estratégias e dispositivos para avançar nos atributos debatidos neste artigo, selecionamos mais uma vez nos resultados do PMAQ elementos que mostram como está a AB hoje, segundo esta perspectiva. Os dados da avaliação mostram uma AB pouquíssimo informatizada – apenas 14% das eAB mostraram ter prontuário eletrônico. De outro lado, dos locais informatizados, 79% estavam integrados a outros serviços da RAS, o que possibilita troca de informações entre profissionais e serviços, úteis à coordenação do cuidado.

A pouca informatização se reflete na falta de informação, por exemplo, sobre usuários de maior risco encaminhados para outros PPAA. Apenas 38% das eAB mostraram manter registro desses usuários, o que reforça que, uma vez que o usuário foi encaminhado à AE, tem-se dificuldade de coordenar o cuidado do mesmo e até de acompanhar a situação deste usuário para saber se conseguiu realizar a consulta, procedimento ou tratamento necessário.

Contudo, sabemos que mesmo sem prontuário eletrônico e sem registro sistemático, podemos ter situações em que este cuidado é coordenado, ou ao menos acompanhado, através de múltiplas formas de diálogo entre os profissionais de diferentes serviços. Nesta linha, o PMAQ também perguntou sobre a frequência do contato que os profissionais da AB mantinham com os da AE para troca de informações relacionadas ao cuidado. Apenas 15% disseram que faziam isso ‘sempre’. Outros 52% responderam ‘algumas vezes’ e expressivos 33% responderam ‘nunca’. Quando a pergunta a esse mesmo profissional foi invertida, ou seja, qual a frequência que os profissionais da AE comunicavam com eles, os números pioraram: o ‘sempre’ caiu para apenas 6%; ‘algumas vezes’ chegou a 42%; e ‘nunca’ atingiu expressivos 52%. Os três modos mais frequentes que foram relatados através dos quais esta comunicação era realizada foram: o instrumento de referência e contrarreferência (em 83% das eAB), a discussão de casos (35%) e a realização de reuniões técnicas com especialistas da rede (26%).

Assim, se antes vimos a insuficiência de bases normativas para que a coordenação e a troca acontecessem, agora identificamos também a insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre os profissionais dos diferentes PPAA para que se efetivem lógicas de coordenação do cuidado, ou ainda, cuidado compartilhado ou, pelo menos, acompanhamento do

cuidado.

Os dados do PMAQ mostram que os usuários também percebem a insuficiente continuidade das informações. Mesmo quando atendidos na mesma UBS, 32% disseram que os profissionais nunca lembram os acontecimentos da última consulta. Por outro lado, 48% disseram que ‘sempre’ lembram e outros 16%, que lembram só ‘às vezes’. Quando se perguntou aos usuários se quando foram atendidos por outros profissionais fora da sua UBS, sua eAB conversou com eles sobre o atendimento, 47% disseram que não; 13% disseram que só algumas vezes; e 40% responderam que todas as vezes.

O PMAQ focou ainda nos casos mais complexos, tentando revelar os modos como os profissionais de diferentes serviços dialogam, trocam saberes, compartilham decisões, buscando a qualificação da atenção e a coordenação do cuidado. Assim, quando perguntou se, para resolver os casos mais complexos, os profissionais da AB recebiam apoio de outros profissionais, 89% das eAB responderam que sim. Quando interrogados sobre quem realizava esse apoio, 64% das eAB disseram que o recebiam de profissionais dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf), equipe multiprofissional prevista na PNAB cuja função é realizar apoio matricial às eAB através de discussão de casos, realização de interconsulta, cuidado compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos e realização de atividades de Educação Permanente, e apoio à organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014). Dentre as eAB, 48% apontaram que já haviam recebido apoio dos CAPS, o terceiro mais citado. Mas, a maioria (76%), afirmou ter recebido apoio de especialistas da rede, estivessem eles na própria UBS, em outra, ou em serviços especializados ou só com esta atribuição designada pela gestão.

O PMAQ buscou saber também quais eram os profissionais desses serviços que apoiavam as eAB. Dentre os profissionais

do Nasf, se destacaram: psicólogo (54% das eAB referiram ser apoiadas por eles), fisioterapeuta e nutricionistas (ambos com 50%) e assistente social (42%). No CAPS, o destaque foi para: psicólogo (20% das eAB), psiquiatra (19%) e assistente social (16%). Por fim, entre os especialistas da RAS, chama a atenção o apoio do: ginecologista (62% das eAB), pediatra (54%), fisioterapeuta (50%), psicólogo e assistente social (ambos citados por 49% das eAB).

Nos casos do Nasf e do CAPS, podemos imaginar que parte significativa destes profissionais realiza o apoio matricial previsto como diretriz destes serviços (BRASIL, 2014). Já no caso dos especialistas da rede, seria necessário um aprofundamento sobre o quanto desse ‘apoio’ ocorre nos moldes do apoio matricial e o quanto se deve ao simples apoio para atender usuários encaminhados ou mesmo à discussão de alguma conduta. Fato é que a AB se mostrou muito mais multiprofissional e com presença bem maior de médicos das especialidades básicas do que um olhar apenas sobre as equipes de Saúde da Família faria crer.

Com o intuito de identificar ações da PNS que buscam enfrentar essas dificuldades, em primeiro lugar, é perceptível o esforço do MS para a informatização das UBS (BRASIL, 2011D) e na implantação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2013). A partir de 2011, foram disponibilizados recursos, fundo a fundo, para investimento na informatização. Em 2013, foi disponibilizado, gratuitamente, um prontuário eletrônico público, o eSUS AB. E em 2014, está prevista a ligação de 14 mil UBS, com banda larga, custeada pelo MS (SOUSA, 2013). Essas ações, além de facilitarem a Educação Permanente, a pesquisa e a comunicação com outros profissionais e serviços da RAS, buscarão viabilizar o uso do eSUS, que foi desenvolvido com uma série de funcionalidades dirigidas justamente à gestão do cuidado, do cuidado compartilhado, da coordenação do cuidado e até da microrregulação, a partir da

AB (SOUSA, 2013).

Outra estratégia que mobiliza esforços importantes do MS, por todo o papel esperado apontado acima na qualificação do cuidado e na Educação Permanente e no diálogo dos profissionais, é a indução à implantação dos Nasf. Além do reforço à implantação, da ampliação do escopo e do aumento do custeio – que fez com que se saísse de aproximadamente 1,7 mil Nasf, em dezembro de 2010, para mais de três mil, três anos depois (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOELNER, NO PRELO) –, foi realizado importante investimento na orientação técnica e na oferta de cursos de formação para os profissionais do Nasf.

Além disso, o MS vem estimulando e expandido também o Telessaúde como estratégia importante para o desenvolvimento de ações de apoio matricial, formação e Educação Permanente, apoio clínico e a teleconsultoria, propriamente dita, visando à melhoria da qualidade do atendimento, à ampliação da resolubilidade e do escopo de ações ofertadas pelas eAB, e à mudança das práticas de atenção e organização do processo de trabalho (BRASIL, 2011D). Aposto em uma estratégia que busca dar mais porosidade à relação da AB e da AE, circulando saberes em vez de usuários, de modo que se favoreça o aprendizado, amplie a resolubilidade, desenvolva o cuidado compartilhado mediado por TIC e evite cada vez mais encaminhamentos à AE.

Os resultados dessa estratégia já são perceptíveis. Pinto *et al.* (2014), trabalhando os dados do PMAQ relacionados à Educação Permanente (EP), identificaram que 29% das eAB que responderam realizar ou participar de alguma atividade de EP, disseram usar o Telessaúde. Foi a atividade de EP mais citada pelas eAB e com uma avaliação muito positiva dos resultados.

Conclusão

Os dados trabalhados neste artigo nos

mostram uma AB, em 2012, com UBS distribuídas em todo o território nacional, conhecidas pelas pessoas, perto de suas casas e que são, de fato, as portas de entrada mais acessadas dentre os serviços do SUS. Há uma facilitação crescente do acesso ao serviço e seus tempos de espera, já razoáveis, apresentam redução, tanto pelo grande investimento na ampliação da oferta quanto pela indução da implantação de dispositivos organizacionais de qualificação do acesso, como o acolhimento. Portanto, as estratégias em desenvolvimento reforçam ainda mais o papel da AB como porta de entrada preferencial do SUS.

Outro fator importante para que um usuário busque uma UBS é justamente a expectativa de que seu problema seja resolvido na própria, ou que a mesma possa ajudá-lo a acessar o serviço que supostamente resolveria seu problema, portanto, ela deve ser também resolutiva e porta de entrada para outros serviços do sistema. A pesquisa realizada com os usuários (BRASIL, 2012) mostrou que 60% dos que foram atendidos na UBS consideraram que sua demanda foi resolvida. Outros 25%, que ela foi resolvida parcialmente e, para apenas 14%, ela não foi resolvida. Expressivos 74% dos usuários recomendariam a UBS em que são atendidos para um familiar ou amigo, sendo que 38% avaliam o serviço como bom e muito bom; 35% como regular; e 28% como ruim ou muito ruim. Essa avaliação positiva da UBS se repete também nas entrevistas do PMAQ quanto à aprovação do serviço, que ultrapassa 80% entre os usuários.

Entretanto, isso não pode esconder problemas importantes, que precisam ser enfrentados para que a AB avance mais nos atributos discutidos neste artigo. Há, ainda, um escopo de ações ofertado pelas UBS que precisa ser ampliado. O PMAQ mostrou que, além das consultas básicas que todas oferecem, uma média entre 80% e 100% das UBS oferta ações de imunização, dispensa medicamentos, entrega exames de análises clínicas solicitados por ela mesma, desenvolve

ações dos clássicos programas de saúde do adulto, da mulher, da gestante e da criança e, agora, já atende também aos casos agudos. Vale destacar que 90% dos usuários entrevistados afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para HAS ou DM gratuitamente, sendo 69% desses retirados na própria UBS, e apenas 19% dos usuários apontaram dificuldades em receber e saber na UBS sobre os resultados dos exames realizados.

Por outro lado, uma série de procedimentos importantes, relativamente comuns e que poderiam ser oferecidos nas UBS eram oferecidos por menos da metade delas, fazendo com que muitos usuários fossem obrigados a buscar um serviço de urgência. Foram os casos de lavagens de ouvido e drenagens de feridas e abscessos (realizadas por apenas 35% das UBS), suturas de ferimentos (31%) e retiradas de unhas (25%).

Apresentamos, no artigo, ações do MS que tentam enfrentar essas limitações e fomentar a ampliação do escopo de ações da AB, tais como o próprio PMAQ e o Requalifica UBS, que financiou a construção de salas de procedimentos/observação em UBS já existentes e definiu este tipo de ambiente como padrão nas novas financiadas pelos MS (SOUSA, 2013). No questionário aplicado aos gestores, vimos que para 90% deles houve ampliação dos procedimentos ofertados nas UBS em que havia equipes participantes do PMAQ. Porém, será necessário comparar as mudanças ocorridas nas UBS nos quase dois anos que separam a avaliação do primeiro e do segundo ciclos para que se possa fazer afirmações mais conclusivas.

Os resultados mostram também condições evidentemente insuficientes para a realização da coordenação do cuidado dos casos que demandam cuidado continuado, mesmo quando seu tratamento ocorre somente na UBS. Esse é um resultado preocupante, quando percebemos que é justamente esse tipo de cuidado que será cada vez mais demandado com o envelhecimento

da população, com o aumento da carga de doenças crônicas, com a progressão da obesidade e do sedentarismo e com o aumento da prevalência das doenças mentais e do uso abusivo de drogas.

A situação piora quando a AB é exigida no seu papel de ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado ao longo da linha deste cuidado. A despeito de toda intenção e discurso, os dados revelaram que as AB, de modo geral, ainda não estão organizadas nem empoderadas para estes dois papéis: pouco informatizadas e sem informação suficiente para acompanhar o usuário; têm poucos instrumentos e modos de comunicação com outros profissionais e serviços; não dispõem de normas, fluxos e mecanismos que lhes permitam gerir e decidir o encaminhamento do usuário; têm insuficiência de instrumentos de acompanhamento do usuário quando ele é encaminhado para outro ponto de atenção, e muito menos de acompanhamento da coordenação do cuidado.

Em compensação, a AB é cada vez mais multiprofissional, a informatização é crescente, o uso das TIC para o diálogo já é relevante e cada vez há mais facilidade para utilizar estratégias de comunicação e compartilhamento de decisões com estratégias como o apoio matricial e a Educação Permanente, através, em especial, de dispositivos como os Nasf e o Telessaúde.

Além disso, com tudo o que foi discutido neste artigo, fica evidente que há, por parte da PNS, um diagnóstico cada vez mais preciso e abrangente produzido por uma série de iniciativas de avaliação e pesquisa sistemáticas, desenvolvidas a partir de 2011. Mostramos também que, para cada elemento identificado como nó crítico, há tanto ações de qualificação do diagnóstico como estratégias, em desenvolvimento e implantação, que visam ao enfrentamento do problema e cujos impactos deverão ser avaliados nos próximos anos.

Vale fazer por fim, quatro observações:

em primeiro lugar, vimos que, de um lado, a AB é a principal porta de entrada do sistema, mas, de outro, ela precisa ainda ser organizada, preparada e empoderada para se tornar a principal ordenadora do acesso à RAS e para ter condições, tanto de gerir o cuidado do usuário atendido exclusivamente por ela quanto de assumir papel mais importante na coordenação do cuidado quando o usuário percorre a RAS. Reforçamos que nossa compreensão de que o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário exige que cada serviço deva se organizar e se articular para isto, ainda que o papel da AB, neste contexto, deva ser destacado conforme o debatido acima. Em segundo lugar, em decorrência da observação anterior, é necessário que a política de AE seja qualificada não só em termos de ampliação e otimização de oferta, mas também no que diz respeito ao seu modelo de cuidado e de relação em rede. É fundamental que sejam implantados dispositivos, tais como: territorialização e regionalização; referência e apoio matricial às UBS vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a AB de fluxos, critérios e modos de cuidar; comunicação, informação e regulação compartilhada; equipes incumbidas de analisar, monitorar e gerir o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado na AE – em especial, de usuários com alto risco e necessidade de cuidado continuado –, com atribuição de transferir o vínculo para as eAB sempre que for possível e melhor para o usuário. Em terceiro, é importante destacar que, por utilizar dados majoritariamente do PMAQ, este artigo captou macro e meso processos na maioria das vezes relacionados à organização do processo de trabalho, aos modos como esse se cristaliza e pode ser percebido e interrogado em uma avaliação da natureza do PMAQ. Isso não faz com que os autores desconheçam ou relevem a necessidade de que, para a AB avançar nos atributos necessários, é preciso, além de contar com tudo o que foi dito, ter eAB mobilizadas, motivadas, com

capacidade de realizar e gerir esses processos na micropolítica (MERHY, 2002) cotidiana do processo de trabalho de cada um desses serviços.

Por fim, não são poucos os estudos que percebem e reforçam o papel cada vez mais importante dos usuários que vêm se responsabilizando e tentando coordenar o seu próprio cuidado, fazendo escolhas entre serviços, construindo pactos e compartilhando informações com diferentes profissionais, mudando fluxos e desenhando caminhos nas redes. Assim, pensar em coordenação

do cuidado cada vez mais significa investir na autonomia dos usuários; ter equipes que tenham, no diálogo, no fazer pedagógico e na corresponsabilização pelo processo de cuidado, elementos centrais de sua atuação; e, isso tudo, sem perder o compromisso de que cada equipe, serviço e sistema tem que buscar ser o mais responsável possível pela coordenação do cuidado do usuário, mesmo que se invista em sua autonomia e que essa coordenação seja compartilhada entre equipes, serviços e usuários/profissionais. ■

Referências

ACIOLE, G.G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/06/2011>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 15

jun. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=15/01/2010>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 out. 2013d. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Câmara dos Deputados. Sessão: 259.3.54.O, 04 de setembro de 2013. *Discursos e Notas Taquigráficas*. Alexandre Padilha, Ministro de Estado da Saúde. Brasília, DF, 2013f. Disponível

em: <<http://www.camara.gov.br/internet/sitaqweb/resultadoPesquisaDiscursos.asp?txOrador=alexandre+padilha&txPartido=&txUF=&dtInicio=&dtFim=&txTexto=&txSumario=&basePesq=plenario&CampoOrdenacao=dtSessao&PageSize=50&TipoOrdenacao=DESC&btnPesq=Pesquisar#>>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família – Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas, Competência por Unidade Geográfica, janeiro/2007 a janeiro/2013. Brasília, 2014c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n° 22, de 31 de março de 2014. Adesão de Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 01 abr. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/Edital-22-MM-municipios-31-03-2014.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Informações sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun. 2011d. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n° 2.087, de 1° de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2 set. 2011c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/>

[imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011](http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011)>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Portaria Normativa MEC n° 3, de 01 de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013e. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/02/2013&jornal=1&pagina=23&totalArquivos=120>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. Resolução n° 439, de 7 de abril de 2011 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html>. Acesso em 01 de maio de 2014. Brasília, 2011a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério Da Saúde. Edital n° 38, de 8 de julho de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 09 jul. 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-38-2013-maismedicos-.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Edital n° 50, de 16 de agosto de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 ago. 2013c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-50.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). Resultados da 110ª Pesquisa CNT/Sensus – Relatório Síntese, 23 a 27 de Dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20Sensus/2010/110%20Sintese.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Resultados da 111ª Pesquisa CNT/Sensus – Relatório Síntese, 07 a 12 de Agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20Sensus/2011/rel.sintese111.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Pesquisa CNT/MDA nº 115 – setembro de 2013. Disponível em: <http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/relatorio_pesquisa_cnt_mda_115_10092013.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Pesquisa CNT/MDA nº 118 – abril de 2014. Disponível em: <<http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/Relatorio%20SINTESE%20-%20CNT%20ABRIL2014%20-%20R118%20-%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

COHN, A. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abraco, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Demografia Médica no Brasil*: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. *Estatística de médicos*: Inscrições principais ativas, 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Demografia Médica no Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/Demografia_medica_paulista.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

COSTA, G.; DAGNINO, R. (Org.). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n3/05.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

FIGUEIREDO, A. M. *Resultados do Programa Mais Médicos*: ampliação de vagas na graduação e residência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 18 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS (FNP). Movimento ‘Cadê o Médico?’. 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>>. Acesso em: 22 maio 2014.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O Trabalho em Saúde*: abordagens quantitativas e qualitativas. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. *Estimativas de população*, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)*: Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Divulgados resultados finais do Revalida 2011*. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/todas-noticias?p_p_auth=aqLyAMw3&p_p_id=56_INSTANCE_d9Q0&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_colId=column-2&p_p_col_pos=2&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_d9Q0_groupId=10157&p_r_p_564233524_>.

articleId=83829&p_r_p_564233524_id=84013>. Acesso em: 25 maio 2014.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. D. Construção de agendas e inovações institucionais. *Estud. sociol. Araraquara*, v. 15, n. 29, p.369-396, 2010.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World health statistics 2011*. OMS, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 maio 2014.

———. *World health statistics 2012*. OMS, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 22 maio 2014.

PINTO, H. A. *Nova Política Nacional de Atenção Básica: mais acesso e qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, H.; MAGALHAES JR., H.; KOERNER, R. A *evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014*. No Prelo.

PINTO, L.; TAVARES-NETO, J. *Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil*. No Prelo.

SANTOS, L.; PINTO, H. *A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_3521_0_a-saude-da-familia-de-cara-nova.html>. Acesso em: 22 maio 2014.

html>. Acesso em: 22 maio 2014.

SALES, M. J. T. *1ª Audiência Pública da Comissão Mista da Medida Provisória nº 621/2013*, 03 de setembro de 2013. Brasília, DF: Senado Federal, 2013a. 47 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=135661&tp=1>>. Acesso em: 25 maio 2014.

———. *Resultados da Adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 42 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

SINGER, A. V. *Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOUSA, C. M.; SOUZA, A. A. (Org.). *Jornadas de junho: repercussões e leituras*. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2013. Disponível em: <<http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/Jornadas%20de%20Junho%20-%20Repercuss%C3%B5es%20e%20Leituras.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2.ed. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. *Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde*: [Relatório Técnico de Projeto]. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

———. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. *Sinais de mercado: Admissões por 1º Emprego Formal (RAIS/TEM) e Egressos de medicina (Censo da Educação Superior do INEP)*, 2011. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm3/>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial

Primary Health Care and care coordination in care network

Ligia Giovanella¹

São inegáveis os avanços na Atenção Básica no Brasil na última década, com ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviços de procura regular e ampliação de recursos financeiros. Há evidências de que a expansão da Estratégia Saúde da Família teve impactos positivos sobre a saúde da população, com redução da mortalidade infantil (AQUINO *ET AL.*, 2008), da mortalidade cardio e cerebrovascular (RASELLA *ET AL.*, 2014) e de internações por condições sensíveis à atenção primária (MACINKO *ET AL.* 2011; GUANAIS; MACINKO, 2009). Todavia, persistem importantes problemas de integração da rede assistencial e da garantia de acesso à Atenção Especializada no SUS, na rede regionalizada, conforme necessidade (GIOVANELLA *ET AL.*, 2009).

A coordenação dos cuidados é um desafio contemporâneo e uma preocupação crescente, compartilhada por gestores de sistemas de saúde em diversos países, principalmente frente à necessidade de melhorar a qualidade da atenção aos agravos crônicos. O cuidado de doentes crônicos implica utilização simultânea de serviços de diversas complexidades, resultando em interdependência interorganizacional e exigindo a coordenação intra e entre níveis de atenção.

A responsabilidade pela coordenação dos cuidados de saúde tem sido atribuída aos serviços de atenção primária e considerada uma dimensão central de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta e de qualidade (KRINGOS *ET AL.*, 2010; STARFIELD *ET AL.*, 2005). Coordenação refere-se à capacidade dos prestadores de atenção primária – que, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), são as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou equipes de Atenção Básica (eAB)/ Unidades Básicas de Saúde (UBS) – de coordenar o uso de serviços de outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas para garantir a continuidade assistencial. A coordenação resulta em melhor qualidade da atenção e reduz custos (KRINGOS *ET AL.*, 2010). Ao proporcionar seguimento adequado, minimiza riscos de erros, previne complicações e melhora a segurança dos pacientes (DAVIS *ET AL.*, 2014). Está relacionada à continuidade dos cuidados nos seus componentes: de longitudinalidade – uma relação ao longo do tempo entre o usuário e o prestador de serviços de atenção primária –; de continuidade informacional com informações clínicas disponíveis oportunamente para qualquer prestador e comunicação entre prestadores; e de continuidade relacional – referente à qualidade da relação longitudinal entre usuário e prestador (KRINGOS *ET AL.*, 2014).

Assim, a coordenação é inseparável de estratégias de integração horizontal e vertical do sistema de saúde e da organização da rede assistencial. Integração, coordenação e continuidade são processos interdependentes, que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na

¹ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro, Brasil. giovanel@ensp.fiocruz.br

atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado. A integração se expressa na organização da rede assistencial do sistema de saúde por meio de diversos instrumentos gerenciais e normativos de definição de fluxos, sistemas de informação e territorialização. A coordenação se realiza no cuidado individual, exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção com articulação de diferentes ações e comunicação entre prestadores. Concretiza-se na experiência do paciente, que reconhece a atenção prestada como contínua, oportuna e adequada às suas necessidades de saúde (GIOVANELLA ET AL., 2009).

Esses importantes desafios para o SUS são foco de análise acurada no artigo de Helvécio Miranda Magalhães Junior e Hêider Aurélio Pinto. O artigo é muito bem-vindo, pois aborda problemas da Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, tema crucial para a garantia de atenção oportuna e serviços de saúde de qualidade no Sistema Único de Saúde. Os autores, dirigentes do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, compartilham a preocupação de gestores e legisladores de diversos países com sistemas públicos universais de saúde e reconhecem a incipiência da coordenação dos cuidados e os obstáculos para a ordenação da rede assistencial a partir dos serviços de Atenção Básica em nosso País.

O artigo é, também, muito bem-vindo por tratar-se de análise elaborada pelos próprios gestores do Ministério da Saúde, a partir de dados e informações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu primeiro ciclo, implementado em 2012. Essa apropriação pelos atores/gestores sobre as ações que desenvolvem sinaliza que a avaliação realizada no PMAQ-AB tem potencial para informar a política nacional a partir de um processo

de reflexão da própria gestão sobre a avaliação realizada. Indica um caráter mais estratégico da avaliação proporcionada pelo PMAQ, superando objetivos restritos de avaliar o desempenho das equipes para estabelecer repasses financeiros, com potencialidade de gerar mudanças no processo – ao fornecer informações para a tomada de decisão para melhoria da atenção – e fomentar o debate acerca da condução da Política de Atenção Básica no País (FAUSTO ET AL., 2014).

A abrangência da avaliação da Atenção Básica realizada pelo PMAQ-AB permite reconhecer e analisar diversas características da oferta, infraestrutura, prestação e organização das ações nos serviços de Atenção Básica, principalmente das equipes de Saúde da Família, e aspectos da articulação desse nível assistencial com serviços especializados. Para o artigo, os autores gestores selecionam adequadamente variáveis e constroem indicadores que possibilitam analisar a assunção pelas equipes de Saúde da Família (denominadas, genericamente, de equipes de Atenção Básica) do papel de coordenadoras do cuidado e ordenadoras da rede.

Parabenizo os autores por se debruçarem sobre uma dimensão da atenção primária, reconhecidamente deficiente, com análise crítica que ilumina novas dimensões do debate sobre os significados e as possibilidades de a Atenção Básica vir a ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, como proposto na política nacional. Ademais, os autores/atores/gestores, de certa forma, prestam contas de suas ações. Atualizam o leitor sintetizando uma série de iniciativas, estratégias e investimentos do Ministério da Saúde para enfrentar os graves problemas identificados e ampliar o escopo da AB no País.

Cabe alertar que, ao analisar dados do

PMAQ-AB, é necessário reconhecer os limites dessas informações (considerados os vieses na amostra de profissionais e usuários) e um dos objetivos do Programa, que é a transferência de recursos financeiros segundo o desempenho das equipes. A amostra das equipes não é aleatória, representativa do total das equipes do País, e, nesse primeiro ciclo, é de se supor que as equipes que aderiram são aquelas de melhor desempenho, o que favorece resultados mais positivos do que para o conjunto das eAB do País. Outro aspecto a considerar é a representatividade da amostra dos usuários e sua forma de seleção. A amostra de usuários é, por conveniência, não representativa do conjunto de usuários das equipes que aderiram, e não foi estabelecida uma sistemática para a seleção dos usuários na UBS, o que pode incorrer em um conjunto de usuários entrevistados com avaliações mais positivas e/ou que desfrutaram de relação diferenciada com as equipes (FAUSTO ET AL., 2014). Esses limites não invalidam a análise dos dados do PMAQ. Tão somente essa presumível maior positividade dos resultados deve ser considerada ao extrair conclusões, o que é reconhecido pelos autores do artigo.

Minha concordância com a maior parte das análises e constatações dos autores torna difícil destacar pontos para provocar um debate. Assim, estando de acordo com a maioria das análises feitas por Helvécio Magalhães Jr. e Hêider Pinto, gostaria de discutir alguns dos resultados, somando ponderações.

UBS como porta de entrada preferencial: todavia, ainda pouco aberta e resolutiva

Uma das primeiras condições para a coordenação dos cuidados e ordenação da rede, a partir da AB, está em que tais serviços

se constituam em serviços de procura regular e na porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Os autores mostram que as quase 40 mil UBS existentes no País conformam uma rede extensa e capilarizada, são de fácil acesso e podem ser a porta preferencial ao SUS.

Reconhecem, apropriadamente, a importância do atendimento oportuno para a legitimidade do serviço de saúde e afirmam ser a UBS uma porta aberta, pois metade dos usuários (51%) foi atendida no mesmo dia. Todavia, para 28%, essa espera foi de mais de uma semana, o que pode ser um tempo excessivo, a depender da necessidade. O tempo máximo para obter consulta em atenção primária no Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai é de 24 horas (ISAGS ET AL., 2012), e no serviço nacional de saúde inglês de 48 horas. Metas similares poderiam ser incluídas no SUS como critério de desempenho.

Por outro lado, outras variáveis do PMAQ mostram que um terço dos usuários entrevistados, para marcar consulta, precisam fazer fila e pegar ficha antes da UBS abrir, e somente cerca de um quarto informam que a marcação de consultas pode ser feita a qualquer hora do dia, indicando importantes barreiras de acesso à consulta. Provavelmente, em muitas UBS, permanece a definição de dias específicos para agendar consulta para usuários que não se enquadram em grupos prioritários, com excessiva estruturação da demanda indicando certa rigidez programática (GIOVANELLA ET AL., 2009).

Seria também necessário avaliar as barreiras de acesso para o atendimento oportuno, colocadas por estratégias de acolhimento. Ainda que se observem avanços na escuta, é comum Unidades de Saúde da Família com forte controle da demanda: outros 34% dos usuários entrevistados no PMAQ relataram que a marcação de consultas pode ser feita

apenas em alguns horários. Valeria indagar se a expansão do acolhimento com uma primeira escuta não conformaria uma barreira adicional, a depender da qualificação do profissional que o realiza.

O acolhimento, ao mesmo tempo que humaniza o serviço, ao garantir uma primeira escuta, pode significar barreira de acesso ao atendimento médico na UBS, sinalizando a reconhecida insuficiência de oferta desse profissional. Outros dados do censo das UBS, realizado em todo Brasil pelo PMAQ, mostram que em 13% das cerca de 38 mil UBS ativas no País não havia médico, em 2012 (o que pode ter mudado após a implantação do Programa Mais Médicos). Ademais, são, em geral, muito pequenas. Em 69% das UBS, atua apenas um médico, e são pouco equipadas (por exemplo, apenas metade das UBS coleta material para exames), o que pode incidir na sua resolutividade e na qualidade do cuidado prestado.

Certamente, as estratégias em desenvolvimento pelo MS, informadas pelos autores, com importante investimento em melhoria de infraestrutura e alcance de elevada proporção de UBS por habitante (uma UBS/cinco mil habitantes), reforçam o papel da AB como porta de entrada preferencial do SUS. Todavia, a questão da UBS como serviço de primeiro contato de procura regular, porta aberta e resolutiva que oferece atenção em tempo oportuno, ainda não está bem equacionada.

Deficiente coordenação dos cuidados dos usuários atendidos na UBS

Os autores mostram a existência de claras deficiências na coordenação dos cuidados (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014), com insuficiente gestão do cuidado, programação de ações e acompanhamento de pacientes crônicos que

necessitam de cuidado continuado, seja na própria UBS e/ou com uso de diversos serviços (AP e AE). Reconhecem importantes diferenças entre o que deveria ser e o que ocorre de fato. Esse reconhecimento por importantes dirigentes ministeriais pode ser promissor no sentido de se empreenderem novas estratégias. Uma preocupação de integrar a AB à AE em nova perspectiva é mencionada pelos autores, contudo, essa perspectiva inovadora não é desenvolvida no texto. Em que consiste a nova perspectiva? Está sendo implementada em algum município? Valeria o desenvolvimento de projetos-piloto acompanhados de pesquisa avaliativa para testar as possibilidades de coordenação?

Baixa capacidade da AB de ordenar o acesso às RAS

Os autores concluem, apropriadamente, que a AB, em geral, não está organizada para ordenar o acesso aos demais pontos de atenção. Há insuficiência de base normativa para essa coordenação e insuficiência de mecanismos de diálogo e comunicação entre profissionais da AB e da AE.

Os resultados do PMAQ mostram, contudo, importantes avanços na responsabilização da UBS pela marcação de consultas especializadas: 63% dos usuários relataram que, quando necessitam ser encaminhados ao especialista, a consulta especializada é marcada pela própria UBS, o que ademais de reforçar a função de filtro (*gatekeeper*) da AB para acesso à Atenção Especializada, indica alguma responsabilização das equipes pela garantia da continuidade e é um indicador tradicional de coordenação (DAVIS ET AL., 2014). Todavia, as equipes pouco monitoram as listas de espera, mesmo de pacientes portadores de agravos crônicos prioritários, como hipertensão ou diabetes, e desconhecem os tempos de espera, uma vez que estes

raramente são publicizados. Com a difusão do uso do Sistema de Regulação (Sisreg), atualmente, é possível conhecer os tempos de espera, e seria necessário publicizá-los em cada município e região de saúde para proporcionar o debate, nas instâncias de participação social do SUS, desse problema tão mencionado, mas tão pouco analisado.

A ordenação da rede, a partir da APS, é condicionada pela disponibilidade de oferta adequada de Atenção Especializada. Esse aspecto, de extrema relevância para a garantia de cuidados coordenados, é destacado pelos autores em suas conclusões: a necessidade de qualificação da política de AE, com ampliação e otimização de oferta, e as mudanças no modelo de cuidado e inserção na rede. Os autores sugerem territorialização da AE com apoio matricial às UBS vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a AB de fluxos e modos de cuidar; comunicação, informação e regulação compartilhada; e equipes de AE para gestão de casos.

A ampliação e a otimização de oferta de AE exigem melhoria da oferta pública de estabelecimentos de AE e de atenção hospitalar, que é insuficiente. Diferentemente de outros Serviços Nacionais de Saúde, onde, em geral, os estabelecimentos são predominantemente públicos (por exemplo, 83% dos leitos na Espanha e 94% no Reino Unido são públicos), uma característica do SUS é o predomínio de prestadores privados na Atenção Especializada, hospitalar e de diagnose e terapia. Por exemplo: dois terços dos leitos no País são privados (ainda que 72% sejam disponíveis ao SUS); 78% dos endoscópios digestivos são privados e apenas 40% estão disponíveis para o SUS; 87% dos tomógrafos são privados e somente 38% estão disponíveis para o SUS (SOLLA; CHIORO, 2012). A privatização da AE impacta as possibilidades de otimização da oferta e sua adequação às necessidades de saúde, bem como a contractualização de prestadores privados agrega

obstáculos para a ordenação da rede. A não universalização da assistência especializada, com dificuldades de acesso à AE, principalmente no interior, torna o cuidado especializado alvo de práticas clientelistas, moeda de troca eleitoral (vereador acompanha os pacientes no transporte sanitário entre municípios) (SANTOS, 2012).

Ainda que tenham ocorrido investimentos em Atenção Especializada no SUS, nos últimos anos, reforçamos, concordando com os autores, a necessidade de aprovação de uma política nacional de Atenção Especializada regionalizada, para ampliar a oferta pública de serviços especializados no SUS, condição para uma melhor ordenação da rede.

Um novo ator coordenador na AE (gestor de casos?) é sugerido pelos autores:

equipes incumbidas de analisar e monitorar o acesso e a qualidade do cuidado de usuários com alto risco e necessidade de cuidado continuado, e gerir a continuidade do cuidado na AE ou 'devolver' e transferir o vínculo para as eAB (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014 P. 25).

Essa equipe gestora de casos pode ser necessária para pacientes graves ou com multimorbidade, mas não substitui as eAB em sua função de coordenação para a grande maioria dos pacientes. Aqui, vale lembrar a importância de ampliar o papel dos profissionais de enfermagem na coordenação dos cuidados, tanto para gerir o cuidado do usuário cuidado apenas na UBS como daquele usuário que necessita ser atendido em diversos pontos de atenção. A experiência internacional mostra que as enfermeiras de atenção primária cada vez mais assumem funções clínicas, proporcionando atenção de qualidade similar àquela prestada pelo médico, como também funções de coordenação com gestão clínica e de casos, gerenciando o cuidado na rede (LAURANT ET AL., 2009; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Comunicação na RAS

Um aspecto crucial para a coordenação é a continuidade informacional. Os dados mostram baixa informatização das equipes: somente 14% dispõem de prontuário eletrônico, e apenas 11% utilizam prontuários eletrônicos compartilhados com a AE. A comunicação entre profissionais da AE e da AB é incipiente. Mais da metade dos profissionais da AB responderam que nunca foram contatados por especialistas. Ademais, entre estes, a forma de contato mais frequente são os instrumentos de referência e contrarreferência, o que indica alguma continuidade informacional quando os pacientes necessitam ser atendidos por diferentes pontos de atenção, embora com baixo potencial de comunicação.

Essa é uma realidade que pode ser modificada. Experiências de outros países mostram que implementar medidas de coordenação dos cuidados referentes à continuidade informacional não é uma quimera. Em países com tradição de atenção por *General Practitioners* (GP), a grande maioria dos GP informa que, quando refere o paciente para o especialista, recebe sempre ou quase sempre um relatório com todas as informações relevantes, como por exemplo no Reino Unido (87%), Holanda (89%), França (96%). Isto é, recebem a nossa ausente contrarreferência. No Reino Unido, 86% dos GPs recebem sempre ou quase sempre uma notificação de que seu paciente foi atendido em uma emergência, e 79% de que teve alta hospitalar (DAVIS ET AL., 2014). Essas certamente são medidas passíveis de implementação, que melhoram a continuidade assistencial.

A modo de conclusão

Mas por que tanta preocupação com a coordenação? Principalmente, porque a

coordenação é um importante componente da qualidade; e, secundariamente, porque permite maior eficiência no uso dos recursos. A coordenação do cuidado resulta em melhor qualidade da atenção ao proporcionar seguimento adequado, solucionar o problema no nível mais apropriado, prevenir complicações, melhorar a segurança dos pacientes e reduzir intervenções desnecessárias. Há evidências sólidas de que para a melhoria da qualidade, como afirma Roland (2012), não há solução mágica. A melhoria da qualidade resulta de um conjunto de intervenções múltiplas, diversificadas, sustentadas ao longo do tempo por meio de implementação de diretrizes clínicas, auditorias com *feedback*, Educação Permanente, pagamentos por desempenho, publicização de resultados, valorização profissional e fortalecimento do profissionalismo e da ética profissional.

Com propriedade, Helvécio Magalhães Jr. e Hêider Pinto reconhecem a pouca clareza do que significa ser a APS a coordenadora do cuidado e a ordenadora da rede, seja no debate político ou acadêmico. Identificam uma “polêmica se a AB deve e consegue ou não ser a o-rdenadora da RAS e coordenadora do cuidado.” (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014 P. 16). Os autores se posicionam frente a essa polêmica. Entendem que a Atenção Básica tem papel importante, mas não exclusivo na assunção desses papéis. Reconhecem que os serviços de Atenção Básica devem ser a porta preferencial do sistema, mas salientam que a coordenação do cuidado deve ser um atributo do sistema, ordenado em função das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Contudo, as deficiências encontradas não podem ser argumento para declarar a impossibilidade de a AB coordenar cuidados. Não podem ser tomadas como a comprovação de que os serviços de atenção primária não conseguem coordenar a atenção. Certamente, essa

não é uma função exclusiva da AB, e, a depender da necessidade de saúde, outros serviços devem assumir a coordenação. Experiências de outros países com sistemas universais mostram que os serviços de atenção primária podem assumir tais funções. Pesquisa sobre o desempenho dos sistemas de saúde, realizada em 13 países, mostra resultados positivos para a maioria dos indicadores de coordenação pelo médico generalista de atenção primária (*General Practitioner - GP*) (DAVIS ET AL., 2014). Comparativamente, há, ainda, muito a avançar no SUS no fortalecimento da coordenação por prestadores de atenção primária, especialmente na continuidade informacional e na maior comunicação na interface entre AP e AE.

Entendo, como também reconhecem os autores, que a ordenação da rede assistencial é um atributo da organização do sistema de saúde, da integração da rede, como argumentamos com colegas em outras análises (GIOVANELLA ET AL., 2009; ALMEIDA ET AL., 2010). Para além de um jogo de palavras, entendo, porém, que a RAS deve ser ordenada a partir da APS, o que é distinto de a APS ser a ordenadora da rede. Assim, serviços da APS participam, mas não é sua função ordenar a rede. A ordenação da rede resulta de um conjunto de instrumentos normativos e gerenciais (na presença de oferta especializada suficiente), a cargo dos gestores do sistema das diversas esferas. A ordenação da rede, a partir da APS, implica organização e integração do sistema de saúde, com territorialização e definição dos serviços de AB como porta de entrada preferencial, com função de filtro para acesso à Atenção Especializada conforme a necessidade. A integração da APS à rede assistencial (ou, em outros termos, a ordenação da RAS a partir da APS) é essencial para a garantia da atenção conforme a necessidade no SUS. É crucial

para que a APS não se constitua apenas em um pacote básico de serviços no primeiro nível de atenção para populações em situação de pobreza, como reiteradamente preconizado por agências internacionais para países em desenvolvimento, que negam a possibilidade de construção de sistemas públicos universais como pretendido pelo SUS.

Por fim, saliento que a análise crítica primorosa aqui realizada por dirigentes do MS é muito promissora, pois pode orientar a implementação do PMAQ em seu segundo ciclo, agora em curso, no sentido de fortalecer a fase 4 de acompanhamento e desenvolvimento, estabelecendo processos sistemáticos de discussão dos resultados da avaliação externa por parte dos gestores municipais de AB e cada equipe, para definição de intervenções para melhoria da coordenação e da qualidade da atenção prestada. Os critérios utilizados nos instrumentos do PMAQ induzem, e os resultados analisados pelos autores indicam, diversas intervenções possíveis, a partir da reflexão de cada equipe, cada município, cada região de saúde, que podem melhorar a coordenação do cuidado e a ordenação da rede assistencial. Esses resultados reforçam a necessidade de o PMAQ, em sua fase 4, possibilitar tempo suficiente para implementar intervenções e projetos de melhoria da qualidade, de Educação Permanente, em temas específicos, e apoio institucional, como parte de uma nova contratualização para incremento de qualidade, antes de iniciar um novo ciclo. Incentivos adicionais para a implementação de projetos-piloto de novos modelos assistenciais, com funções de coordenação fortalecidas, e novas atribuições para os profissionais das eAB, acompanhados por pesquisas avaliativas, podem ser um caminho para a criação de soluções inovadoras. ■

Referências

- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 99, p. 87-93, 2008.
- DAVIS, K. et al. *Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. 2014 Update. New York: The Commonwealth Fund, 2014.
- FAUSTO, M. C. R. et al. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo do PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 289-309.
- GIOVANELLA, L. et al. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Vitória (ES). [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes; DAPS; ENSP; Fiocruz, 2009.
- GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. *J Manag Prim Health Care*, Recife, v. 5, n. 1, p. 101-113, 2014.
- GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*, Philadelphia, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.
- INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (ISAGS). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012.
- KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC HSR*, London, v. 10, n. 1, p. 65-78, 2010.
- LAURANT, M. et al. *Substitution of doctors by nurses in primary care (Review)*: The Cochrane Collaborations. Nova Jersey: John Wiley & Sons, 2009.
- MACINKO, J. et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*, v. 101, n.10, p. 1963-70, 2011.
- RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, London, v. 348, g4014, 2014.
- ROLAND, M. Pay-for-Performance: not a magic bullet. *Ann Intern Med*, Philadelphia, v. 157, n. 12, p. 912-913, 2012.
- SANTOS, A. M. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. 2013. 332f. Tese (Doutorado em Ciências). – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, New Jersey, v. 83, p. 457-502, 2005.

Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde: comentários ao artigo de Magalhães Jr. e Pinto

Primary Care in Health Care Networks: comments on Magalhães Jr. and Pinto's article

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza¹, Ana Maria Costa²

Um dos grandes desafios para a Atenção Básica é justamente consolidar o seu papel frente às redes de atenção regionalizadas. Este texto comenta o interessante artigo apresentado por Magalhães Jr. e Pinto, em que os autores discutem se a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde está cumprindo o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado à saúde.

O papel da Atenção Básica no SUS e junto à rede é uma questão de mais alta relevância, tanto pelo fato de as redes integradas de serviços de saúde, cujo eixo estruturante seja a Atenção Básica, serem reconhecidas como a principal estratégia para melhorar a qualidade dos serviços, tornando-os mais efetivos (MENDES, 2011; 2012), quanto pelo significativo investimento que o Ministério da Saúde tem feito para o fortalecimento da Atenção Básica.

Para responder à pergunta sobre o papel ordenador da rede e coordenador do cuidado, próprios da Atenção Básica, os autores buscaram informações sobre o cumprimento dos atributos de ordenação e coordenação pela Atenção Básica nos resultados da avaliação do primeiro ciclo (2011-2012) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Tomando como referência de análise a sistematização feita por Almeida *et al.* (2010), o artigo procura identificar o desenvolvimento de estratégias de melhoria da coordenação entre diferentes níveis assistenciais pela Atenção Básica como critério para verificação do cumprimento do papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Encontraram, em síntese, os seguintes resultados:

- (1) os serviços de Atenção Básica são os mais presentes e bem distribuídos no território nacional, e o atendimento, na maioria dos casos, ocorre no mesmo dia em que o serviço é procurado;
- (2) a Atenção Básica não consegue coordenar o cuidado das pessoas atendidas nas unidades básicas, considerando-se que apenas um terço das equipes de Atenção Básica (eAB) mantém registro dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção e que apenas metade mantém o registro de hipertensos e diabéticos mais graves;
- (3) a Atenção Básica tampouco consegue coordenar o acesso aos demais pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), apesar de 68,5% daqueles que precisaram utilizar outros serviços terem dito que a unidade básica 'sempre' consegue marcar a consulta necessária com outros profissionais ou especialistas;

¹ Doutor em Saúde Pública pela Université de Montreal (UdeM) – Montreal (Quebec), Canadá. Professor adjunto na Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). luiseugeniodesouza@ig.com.br

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil. Presidenta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). dotorana@gmail.com

(4) há pouca comunicação ou troca de saberes entre os profissionais da Atenção Básica e os da Atenção Especializada. Apenas 14,5% dos profissionais da Atenção Básica disseram que ‘sempre’ trocavam informações com colegas da Atenção Especializada, e 33% responderam ‘nunca’. No entanto, quando perguntados se para resolver os casos mais complexos recebiam apoio de outros profissionais, 88,5% das equipes de Atenção Básica responderam que sim.

Em conclusão, os autores afirmam que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema, mas não é a principal ordenadora do acesso à rede de serviços nem tem condições de coordenar o cuidado do usuário.

Vale acrescentar que os autores mencionam, ao longo de seu artigo, referências teóricas para o estudo de redes de serviços e da Atenção Básica, assim como iniciativas do Ministério da Saúde que visam ao fortalecimento da Atenção Básica e de seu papel ordenador da rede e coordenador do cuidado.

Se o artigo, em geral, é bem desenvolvido e elaborado, além de convincente em seus argumentos, há pontos que merecem mais discussão.

Em primeiro lugar, não está claro se a Atenção Básica constitui ou não a principal porta de entrada das RAS. Os resultados apresentados mostram que as unidades básicas são os serviços de mais fácil acesso e os mais utilizados, mas, por outro lado, esses resultados também apontam que as unidades de Atenção Básica não coordenam o acesso a outros pontos de atenção à saúde que integram a rede nem estão integradas às unidades de Atenção Especializada.

Dito de outro modo, a Atenção Básica é onde o usuário se apresenta mais frequentemente, mas, a partir desse ponto, não é adequadamente acompanhado na própria unidade nem adequadamente encaminhado a outro serviço. Nessa situação, pode-se

caracterizar a Atenção Básica como ponto de entrada, mas, mediante esses resultados, está distante de ser caracterizada como coordenadora do cuidado à saúde.

Em segundo, os autores ressaltam inferências que merecem ser relativizadas, como no caso da afirmação de que a Atenção Básica não coordena o acesso aos demais pontos das RAS. Tal afirmação é contraditória quando 68,5% dos usuários dizem que a unidade básica ‘sempre’ consegue marcar a consulta em serviços especializados quando necessário. Ou, ainda: pode-se inferir que há pouca comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e da Atenção Especializada, quando 88,5% das equipes de Atenção Básica informam que recebem apoio de outros profissionais para resolver os casos mais complexos?

O PMAQ interrogou em que medida as eAB conheciam, acompanhavam, estratificavam risco e programavam suas ações para os usuários e grupos que precisam de cuidado continuado. Identificou-se que 61,3% das eAB tinham registro das gestantes de alto risco no território e 76,5% programavam as consultas e os exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em função da estratificação de risco dos usuários, mas só 48,4% mostraram ter registro das pessoas com HAS com maior risco e gravidade. Números que se mostraram semelhantes para as pessoas com *diabetes mellitus* (DM), sendo, respectivamente, 76,5% e 52%. Quando foram interrogados se já saíam da consulta com a próxima marcada, 58,1% dos usuários com HAS e 54,9% dos com DM responderam negativamente.

Na verdade, ao ressaltar a leitura dos dados e as respectivas inferências de que a AB ainda não está organizada para ordenar o acesso aos demais pontos de atenção das RAS, os autores questionam a fragilidade da comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os demais pontos das redes pela ausência de mecanismos formais e pela

insuficiência de construções normativas para orientação e sistematização do acesso e trânsito dos usuários na rede.

Em terceiro, as relações que os autores estabelecem entre certos resultados e certas iniciativas do MS mereceriam ser mais desenvolvidas e melhor fundamentadas pelos resultados do estudo. Por um lado, não são fornecidas ao leitor informações suficientes para julgar se, de fato, o Requalifica e a implantação do acolhimento foram determinantes da facilidade de acesso e utilização dos serviços de Atenção Básica. Por outro, apenas informar que, no MS, há ‘certa aposta na organização do cuidado às doenças crônicas’ ou, ainda, que há investimentos na informatização, na expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e no Telessaúde não confere suficiência de argumentos para compreender a situação.

Em quarto lugar, ao mesmo tempo que deve ser valorizado esse tipo de estudo, deve-se salientar que não é fácil responder à questão do cumprimento, pela Atenção Básica, do papel ordenador da rede e coordenador do cuidado da saúde. Encontram-se, na literatura especializada, muitos artigos e trabalhos de caráter prescritivo, mas poucos, como esse, são descritivos e analíticos. Na verdade, faltam marcos de referência conceitual que orientem os estudos e viabilizem o acúmulo de conhecimentos sobre a temática.

Certamente, por essa razão, o próprio Ministério da Saúde, por meio de parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, selecionou e contratou pesquisadores para a elaboração de estratégias de avaliação de redes de serviços centradas na Atenção Primária à Saúde (MEDINA ET AL., 2014).

A partir de uma exaustiva revisão bibliográfica, Medina *et al.* (2014) propõem que a análise das redes centradas na atenção primária seja estruturada em cinco dimensões: população e território; organização de serviços; modelo de atenção; infraestrutura e financiamento; e informação, educação e

comunicação. Em cada dimensão, um conjunto de critérios permite que se faça uma avaliação abrangente da rede de serviços, em geral, e da centralidade da Atenção Básica, em particular.

Assim, no que se refere à população e ao território, recomenda-se avaliar a adesão de clientela, a participação social e a satisfação dos usuários, entre outros critérios. Quanto à organização de serviços, sugere-se observar o trabalho em equipe, a garantia de encaminhamento para a Atenção Especializada, o apoio matricial, a governança etc. No que tange ao modelo de atenção, propõe-se que se analise o uso de protocolos clínicos, a presença de gerentes de caso e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, entre outros aspectos. No que toca a infraestrutura e o financiamento, recomenda-se verificar a abrangência do financiamento e a Educação Permanente dos profissionais etc. Por fim, quanto a informação, educação e comunicação, propõe-se analisar o intercâmbio entre profissionais, a promoção do autocuidado e o respeito à autonomia dos usuários, entre outros critérios.

Provavelmente, a análise dos dados obtidos pela avaliação do primeiro ciclo do PMAQ teria se beneficiado da adoção, por Magalhães Jr. e Pinto, de um marco de referência de escopo mais abrangente como esse.

Por fim, não há dúvida de que os resultados e a discussão trazidos por Magalhães Jr. e Pinto representam uma importante contribuição ao debate, ao demonstrarem a significativa expansão da cobertura da Atenção Básica no país, assim como os limites de sua efetividade, sobretudo em um perfil epidemiológico, como o brasileiro, marcado pela elevada prevalência de doenças crônicas que requerem o cuidado contínuo e a atenção integral.

Para finalizar esses comentários, é importante ressaltar e valorizar o avanço da Atenção Básica na expansão do acesso aos

cuidados primários de saúde. Essa franca expansão da cobertura tem produzido impacto importante, com evidente redução de interações por causas evitáveis e o controle das doenças crônicas. Entretanto, os estudos avaliativos devem considerar que ainda sobrevivem desigualdades com relação à Atenção Básica no país e, sob essa perspectiva, explorar os distintos aspectos dessas desigualdades, considerando os temas relacionados ao financiamento, à gestão e aos recursos humanos, particularmente, a contratação e fixação das equipes de Saúde da Família nas regiões longínquas e mais pobres do país.

Desde os anos noventa, quando foi adotada a Estratégia Saúde da Família (ESF) – que assim foi denominada para se contrapor à criação de mais um programa vertical – ocorreu um virtuoso mas preocupante ‘ciclo da atenção primária’. Virtuoso, justamente, por ter permitido a expansão do acesso, e preocupante por ainda não ter provocado as mudanças efetivas e necessárias no modelo de atenção e tampouco na formação de profissionais de saúde adequados para essa tarefa. Esse artigo mostra mudanças quanto ao primeiro aspecto do modelo de atenção, e diversos estudos em curso certamente irão avaliar as recentes mudanças provocadas na formação de profissionais médicos induzidas pelo Mais Médicos e constantes das novas Diretrizes Curriculares para Medicina.

O baixo poder que ainda têm os profissionais da Atenção Básica para o exercício do papel do ordenamento da rede e da

coordenação do cuidado de saúde requer complexas mudanças, para além do enfrentamento e da desconstrução do baixo prestígio social que ainda hoje tem a atenção primária, e que é responsável pelo sentido atribuído à Atenção Básica como medicina simplificada, de baixa complexidade ou de ‘segunda classe’, e que ainda sobrevive no setor.

As conclusões deste estudo expõem as fragilidades persistentes da própria atenção primária das ESF e a sua crítica desarticulação com os demais níveis de atenção, que, por sua vez, interroga a prática de cuidado e exige mais da clínica, da organização da atenção e gestão do cuidado, aconteça ela na Atenção Básica ou em um serviço da Atenção Especializada e em toda a rede.

Os tempos futuros reservam escolhas definitivas para o sistema de saúde e ao próprio modelo de atenção e à Atenção Básica. Conforme as projeções para as próximas décadas, o perfil epidemiológico e demográfico, o Brasil terá uma população predominantemente idosa, e, naturalmente, o maior desafio para a saúde envolverá a eficiência de um modelo de saúde público e universal, para dar conta do contingente das doenças crônicas subjacentes ao envelhecimento populacional. Sob essa perspectiva, o desafio da consolidação do papel reitor da Atenção Básica envolverá, simultaneamente, estratégias para a incorporação de inovações tecnológicas, com ênfase na atenção domiciliar, e, ao mesmo tempo, perseguir e consolidar a missão das UBS para ordenar a rede e coordenar o cuidado em saúde. ■

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

MEDINA, M. G. et al. *Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis* (Produto 3). Projeto de cooperação entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Instituto de Saúde

Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ATN/OC-12233-BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios. Salvador, 2014.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

———. *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. 512 p.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora

The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy

Hêider Aurélio Pinto¹, Allan Nuno Alves de Sousa², Alcindo Antônio Ferla³

RESUMO O presente artigo contextualiza a formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), analisa diferentes papéis do programa na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reunindo alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação. Os dados analisados compõem o banco de dados do PMAQ-AB e indicadores de financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo perceber um incremento nos recursos destinados no âmbito federal à Atenção Básica e um percurso inovador no que se refere ao conteúdo da política, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação embasada na utilização de indicadores de autoavaliação e de Avaliação Externa.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Política de saúde.

ABSTRACT *The present article contextualizes the formulation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, known as PMAQ-AB), analyzes different roles of the program in the new National Policy of Primary Care (Política Nacional de Atenção Básica, known as PNAB), bringing together some of the results in their first three years of implementation. The analyzed data comprises the database of the PMAQ-AB and indicators of federal financing of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, known as SUS), allowing to realize an increase in resources at the federal level to Primary Care and an innovative course in relation to the content of the policy, the local mobilization and the production of a monitoring and evaluating culture grounded on the use of indicators of self-assessment and External Evaluation.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health evaluation; Health policy.*

* Artigo originalmente publicado na revista Saúde em Debate, v. 38, n. especial, p. 358-372, 2014.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. heiderpinto.saude@gmail.com

² Mestre em Ciência Política pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. allan.sousa@saude.gov.br

³ Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Coordenador Nacional da Rede Unida – Porto Alegre (RS), Brasil. alcindoferla@gmail.com

Introdução

A Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011B), criou o PMAQ-AB e instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa.

O MS afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, chamada pelo nome/mote de ‘Saúde Mais Perto de Você’, o PMAQ-AB é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2011C). A aposta é na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica (AB) e as potencialidades locais.

A amplitude e a ousadia dos objetivos do PMAQ-AB podem ser percebidas ao lermos suas diretrizes, expostas na Portaria nº 1.654:

I – construir ‘parâmetro de comparação’ entre as equipes de saúde da Atenção Básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II – estimular ‘processo contínuo e progressivo de melhoramento’ dos padrões e indicadores de ‘acesso e de qualidade’ que envolva a ‘gestão, o processo de trabalho’ e os ‘resultados alcançados’ pelas equipes de saúde da Atenção Básica;

III – ‘transparência’ em todas as suas etapas, permitindo-se o ‘contínuo acompanhamento’ de suas ações e resultados ‘pela sociedade’;

IV – ‘envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores’ federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde da Atenção Básica e os usuários num ‘processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica’;

V – ‘desenvolver cultura de negociação e contratualização’, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – ‘estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários’; e

VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da Atenção Básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu ‘êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos’. (BRASIL, 2011B) [GRIFOS DOS AUTORES].

Alguns pontos se destacam ao lerem-se os objetivos do programa. Em primeiro lugar, fica explícito que tem como objetivos finalísticos induzir a mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

Outro destaque importante é que o programa busca fazer isso provocando importante mobilização dos diversos atores implicados com AB. Como veremos à frente, é uma estratégia que pressupõe o fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que tenham potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. O programa assume, ainda, compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso

da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade.

Essa forte aposta e esse investimento na mobilização dos atores locais pretende promover mudança de condições, saberes e práticas de atenção, gestão e participação na AB em direção aos objetivos estratégicos do programa, traduzidos nos padrões de acesso e de qualidade utilizados pelo mesmo e valorados em seu processo de avaliação e certificação, sempre ressignificados em função da realidade concreta, do contexto, das prioridades, dos interesses e da negociação dos atores locais. O programa acredita que essa mobilização não seja pontual e eventual, mas que impacte nos modos de agir da gestão, da atenção e do controle social, a ponto de se transformar num processo contínuo e progressivo de mudança e no estabelecimento de uma nova cultura nesses campos (BRASIL, 2011C; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para melhor compreender que tipo de estratégia de intervenção é o PMAQ-AB, é fundamental localizar seu papel na PNAB, objetivo da próxima sessão.

O PMAQ-AB no contexto de construção da nova PNAB

O PMAQ-AB foi proposto logo no início do Governo Dilma. Já em janeiro de 2011, a Presidenta da República, após reuniões com a equipe do então Ministro Alexandre Padilha, deu destaque e prioridade à AB e determinou a criação de um conjunto de programas para esse fim (PADILHA, 2011). Do desdobramento dessas reuniões e do posterior processamento interno no MS surgiu um quadro dos desafios que condicionavam o desenvolvimento da AB e que deveriam ser considerados na definição das ações e dos programas que o novo governo proporia para a PNAB no País:

1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica;

2 - Infraestrutura das UBS inadequada;

3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde;

4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis;

5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;

6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;

7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;

8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;

9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica;

10 - Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade. (PINTO, 2011)

Na sequência, ocorreram discussões que buscaram construir um consenso tanto nas esferas de pactuação tripartite do SUS quanto no espaço maior de controle social do sistema. No mês de abril de 2011, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, por unanimidade, a Resolução nº 439 sobre a AB que foi norteadora da reorientação e do aprimoramento da PNAB a partir daquele ano:

Mobilizar todos os esforços e forças sociais para 'aumentar a destinação de recursos financeiros' para a Atenção Básica,

especialmente nas esferas Federal e Estadual;

Que as três esferas garantam ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na Estratégia Saúde da Família, seja efetivamente a 'principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção';

Que o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e 'coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização e atuação dos serviços de saúde da Atenção Básica';

Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem 'garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso', universalizando de fato o direito à saúde;

Que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades, tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - e 'avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica'. (BRASIL, 2011A) [GRIFOS NOSSOS].

Analisando as ações do MS na AB nos últimos três anos, percebemos, com muita clareza, a criação de uma série de ações e programas seguindo as diretrizes apontadas por essa resolução do CNS, cujo objetivo é enfrentar

cada um dos desafios identificados no quadro de diagnóstico indicado acima (PINTO, 2011).

Conformam essa nova PNAB medidas como a reconstrução e o aumento do Financiamento da Atenção Básica (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012); o Programa de Qualificação das UBS; a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); a estratégia e-SUS Atenção Básica; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o PMAQ-AB; a própria Portaria da nova PNAB; a reestruturação do Programa Saúde na Escola; a criação do Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB; o Plano Nacional de Educação Médica; e, finalmente, os Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos.

Contudo, entendemos que aquele que sintetiza melhor essa nova PNAB é o PMAQ-AB, justamente por ser um programa que se articula com diversas dessas iniciativas, estabelecendo uma relação de síntese e sinergia com quase a totalidade delas, podendo ser colocado na condição de revelador da nova PNAB. Tentaremos mostrar esse potencial analítico do PMAQ-AB à frente.

O PMAQ-AB como inovação qualitativa e quantitativa no financiamento da AB

Um primeiro modo de perceber o PMAQ-AB, no contexto da PNAB, está relacionado ao seu papel no redesenho do financiamento da AB.

Até 2007, o financiamento federal da AB era composto apenas pelo componente per capita, o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF), e pelo componente de indução da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), o PAB Variável (PABV). A partir de 2007, foi, progressivamente, constituindo-se e fortalecendo-se o componente de estrutura e modernização, com investimentos cada

vez maiores na estrutura das UBS, em equipamentos e na informatização das UBS (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO).

E, finalmente, em 2011, foi criado o componente de qualidade que inaugurou um novo modo de financiar na AB, pela primeira vez, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB (BRASIL, 2011B). Lembremos que, até então, o único fator que interferia no financiamento de uma equipe era que modelagem havia entre as previstas na PNAB (BRASIL, 2011G). Com o PMAQ-AB, o ‘o que faz’, o ‘como faz’ e ‘que resultados alcança’, do município e da equipe, passaram a ser decisivos no financiamento.

Conforme as regras do programa (BRASIL, 2011B; 2011C), o município receberia, por cada equipe de Atenção Básica (EqAB), incluída a equipe de saúde bucal (EqSB), no mínimo,

R\$ 2.200,00 a mais ao mês se a mesma fosse certificada como ‘na média ou abaixo da média’; R\$ 6.600,00 se essa certificação fosse ‘acima da média’; e até R\$ 11.000,00 se alcançasse a certificação ‘muito acima da média’.

Para avaliar o impacto desse aumento junto aos demais aumentos do PAB, vamos considerar na *tabela 1*: uma Unidade de Referência (UR) composta por uma equipe de Saúde da Família (EqSF), com EqSB e 6 agentes comunitários de saúde (ACS), para fins do cálculo do PABV; a média de 3.450 habitantes cobertos por uma EqSF, para o cálculo do PABF médio do País; os valores médios repassados para as EqSF e EqSB; e, ainda, os valores médios repassados no PMAQ-AB (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO). Para os valores médios, sempre se considera o recurso total dividido ou pela unidade de habitantes ou pelas equipes de AB (EqAB), ou, ainda, EqAB participantes, como no PMAQ-AB.

Percebemos que o valor mensal médio por UR considerada aumentou, de 2010 a 2013,

Tabela 1. Incremento no financiamento da Atenção Básica no período 2010/2013 segundo item de desembolso

Itens	Cálculo	2010	2013	Aumento
PAB Fixo	Pop. de 3.450 mun. De R\$ 18,00 hab/ano para a média de R\$ 24,70 ¹	5.175,00	7.101,25	37%
PAB variável				
Agentes de Saúde	Média de 6 ACS por equipe Passou de R\$ 651 para R\$ 1.014 (são 13 parcelas anuais) ²	4.231,50	6.591,00	56%
Eq. Saúde da Família	Modalidade I que é 1/3 das equipes e estão nos mais pobres	7.467,00	8.338,00	12%
Eq. Saúde Bucal	Modalidade I e com Técnico de Saúde Bucal	2.421,00	2.712,00	12%
PMAQ-AB Médio		Não havia	5.696,00	-
PMAQ-AB Máximo	Equipes melhor avaliadas tem um incremento de 100% do valor do incentivo do programa.	Não havia	11.000,00	-
PAB TOTAL Médio		19.294,50	30.438,25	58%
PAB TOTAL Máximo		19.294,50	35.742,25	85%

Fonte: Elaboração própria

Nota: 1. A partir de 2011, o valor do PAB Fixo a ser transferido aos municípios passou a contar com quatro faixas que correspondem às condições socioeconômicas dos municípios. Para 2013, o valor médio considerando o valor total dividido pelo total da população foi igual a R\$ 24,70.

2. De acordo com informações extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) o número médio de Agentes Comunitários de Saúde por equipe de Saúde da Família é de 6 ACS por equipe.

em média, 58% (31,4% acima da previsão da inflação do período) (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2014; IBGE, 2014), e chegou a 85% (58,4% acima da inflação) no caso das EqAB com certificação máxima. O incentivo do PMAQ-AB responde por 51% desse aumento no primeiro caso e por 67% no segundo.

Se o aumento proporcionado pelo PMAQ-AB no financiamento de cada EqAB é expressivo, também o é seu impacto no financiamento global da AB. Inexistente em 2010, repassou 70 milhões de reais em 2011, quase 700 milhões em 2012 e foi orçado em mais de 1,6 bilhões em 2014. Considerando que o PABV aumentou, entre 2010 e 2014, de 5,92 para 11,17 bilhões (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO), temos que 30% desse aumento se deveu à criação do componente de qualidade do PMAQ-AB. Um valor que deverá seguir subindo conforme a expansão do programa.

O PMAQ-AB como estratégia da PNAB de mobilização para a qualificação da AB

Por outro lado, percebemos, também, que o PMAQ-AB foi desenhado como uma estratégia da PNAB de mobilização de atores locais para enfrentar problemas e situações entendidas como condicionantes do desenvolvimento e da qualificação da AB no Brasil (PINTO, 2011).

Podemos afirmar que trata-se de uma inovação na PNAB, que buscou integrar diferentes processos numa mesma estratégia, tanto processos novos como outros que já existiam (como o AMQ, as estratégias de institucionalização da avaliação e monitoramento, o apoio institucional do HumanizaSUS, elementos da Política de Educação Permanente etc.), apostando fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão, que impulsiona permanentemente a ação local para a mudança (BRASIL, 2011C; PINTO;

SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). A inovação, nesse caso, significa o estímulo à mobilização local para a implementação de uma ação da política e a incorporação explicitada e monitorada, no âmbito da PNAB, de dispositivos constantes de outras políticas.

A integração das diferentes ações se deu sob o formato de uma estratégia que se desdobra em fases (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) de: contratualização de objetivos e ações; construções de ações de mudança da realidade analisada – na qual são estratégias centrais a implantação do apoio institucional (CAMPOS, 2003) na gestão municipal, o desenvolvimento de plano e ações de Educação Permanente (CECCIM, 2005) e a cogestão (CAMPOS, 2000) das ações de mudança; de avaliação da implantação de processos e resultados; e de nova assunção de compromissos com a continuidade da mudança.

Baseia-se na adesão voluntária dos sujeitos e induz os mesmos a atuar ativamente na construção de processos que modifiquem as condições e práticas de atenção, gestão, educação e participação. O programa define um elenco amplo de situações/problemas/potências através de seus padrões de qualidade e incita os atores locais a reconhecê-los, problematizá-los e definir quais são os prioritários, conforme sua realidade (fase de contratualização e momento de autoavaliação); induz esses atores a problematizar, avaliar, monitorar, refletir e pensar modos de intervir na realidade, além de gerir o processo de mudança (fase de desenvolvimento); avalia, reconhece e premia aqueles que avançam na direção desses resultados esperados e que sigam alimentando o permanente movimento de mudança (fase de Avaliação Externa e certificação e fase de recontratualização). Há uma aposta de que em torno da participação e da implantação do programa seja mobilizado um coletivo que tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL, 2011B; 2011C; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Diversas evidências mostram uma capacidade crescente do PMAQ-AB de mobilizar

gestores municipais e EqAB, uma delas diz respeito aos números do processo de adesão. Adirir ao PMAQ-AB envolve a contratualização de compromissos firmados entre as EqAB e os gestores municipais, e desses com o MS, num processo que deve envolver pactuação regional, estadual e o controle social (BRASIL, 2011C). Trata-se de

dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidade de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para as equipes, aderir significa assumir o compromisso de seguir regras do programa e diretrizes organizantes do processo de trabalho, que incluem: a implantação de padrões de acesso e qualidade e de dispositivos de gestão colegiada, autoavaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir dos indicadores pactuados; e, finalmente, passar por um processo de avaliação que inclui a realização da autoavaliação, o desempenho nos indicadores monitorados e a avaliação *in loco*, realizada por avaliadores do programa.

O Município, por sua vez, ao aderir, passa a receber 20% do componente de qualidade do PABV por EqAB. Quando é realizada a Avaliação Externa e concluída a certificação,

esse percentual, a depender do desempenho alcançado por cada EqAB, pode ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, manter-se em 20% ou aumentar para 60%, chegando a 100%. O município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade destacados no programa; adequar-se às exigências de informação e monitoramento; além de desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. A utilização dos recursos deve estar associada ao custeio da AB naquilo que o município julgue possuir potencial de contribuir para o avanço dos objetivos do programa, de ações de educação permanente, passando por melhorias das condições de trabalho até a instituição de diferentes premiações por resultados alcançados (BRASIL, 2011B).

Encerrada a etapa de adesão do 2º ciclo do PMAQ-AB, 5.070 (91%) municípios concluíram a contratualização, ante 3.972 do 1º ciclo, evidenciando um grande incremento da adesão municipal. Dado relevante é que apenas 2% dos municípios que participaram do 1º ciclo não participaram do 2º (SOUSA, 2013).

É importante destacar que, no 1º ciclo, houve um teto previamente definido de EqAB participantes, diferente do 2º, no qual todas que quiseram puderam aderir. Além disso, no 2º, puderam participar também os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). No *quadro* a seguir, temos o resultado da adesão nos 1º e 2º ciclos,

Quadro 1. Demonstrativo da adesão de Equipes de Atenção Básica no primeiro e no segundo ciclos do PMAQ-AB

Tipo de equipe	Adesão 1º Ciclo	Adesão 2º Ciclo	Aumento	% de equipes participantes entre o total do país no período	
				Participaram do 1º e seguiram no 2º	
EqSF	17.482	30.424	74%	93%	90%
EqSB	12.436	19.898	60%	94%	89%
Nasf	-	1.808	-	-	89%
CEO	-	860	-	-	87%

Fonte: Elaboração própria

o percentual de EqAB que participaram dos 2 ciclos e o total de EqAB participantes em relação às existentes em junho de 2013.

O *quadro 1* mostra, em números, o importante efeito mobilizador do PMAQ-AB, que chega ao seu 2º ciclo com uma altíssima adesão: quase 90% das equipes do País, de todos os tipos, e uma baixíssima taxa de abandono do Programa.

Encontramos outra evidência importante da mobilização gerada pelo programa no questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes, entre o 1º e o 2º ciclos. Foram inquiridas questões do funcionamento e dos resultados do PMAQ-AB, respondidas por gestores de 2.336 municípios (58,9% do total de participantes do 1º ciclo). Indagados diretamente se perceberam ‘maior mobilização e trabalho em conjunto das equipes do PMAQ-AB para melhoria do processo de trabalho e implantação dos padrões de qualidade’, 40,9% dos gestores relataram muita mobilização dessas equipes, 47,5% moderada e apenas 10,7% assinalaram que ela foi pequena ou não existiu (PINTO, 2013).

Outras evidências importantes de mobilização de gestores e equipes que podemos destacar estão relacionadas à realização da autoavaliação e à implantação de alguns processos que exigem mobilização e esforço das equipes, como mostraremos nas próximas seções.

O PMAQ-AB como oferta/ provocação de futuros desejáveis à ação de mudança

O PMAQ-AB, ao ofertar amplo leque de situações a serem analisadas e transformadas em cada local, não se propõe a ser neutro, como se qualquer sentido e direção da mudança fosse desejável. O programa sugere e valora certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda

que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E).

Há relação evidente entre as dimensões do PMAQ-AB, que agrupam os chamados ‘padrões de qualidade’, e o quadro de condicionantes para o desenvolvimento da AB (PINTO, 2011), o que demonstra o papel do PMAQ-AB de estratégia da PNAB para enfrentar os problemas identificados. As centenas de padrões de qualidade são identificadas como espécie de ‘resultados desejados’ nas dimensões de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário (BRASIL, 2011C).

Os padrões de cada uma das dimensões do PMAQ-AB também se relacionam com as diretrizes estipuladas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a AB (BRASIL, 2011A). Destacamos, entre os diversos exemplos, aqueles que tratam mais diretamente de temas abordados na resolução citada, como os que pretendem induzir que a AB seja a principal porta de entrada do SUS; aqueles que apontam para a facilitação do acesso e dos avanços na implantação do acolhimento e humanização dos serviços; e também aqueles relacionados à atenção integral e resolutiva e à atuação da equipe multiprofissional. Além do respeito às diretrizes constitucionais para o SUS, a coerência com as definições do controle social incorpora na política a perspectiva de um conjunto de atores que não está diretamente envolvido com a gestão, e, nesse sentido, amplia os olhares e vozes que organizam a mesma.

Assim, se, em uma perspectiva mais ampla, o PMAQ-AB busca gerar movimento, é através da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado. Se as fases sinalizam uma dinâmica e um sentido geral, são os padrões que ofertam os significados e conteúdos específicos. Padrões enunciados e auferidos diretamente

na realidade local, como prática avaliativa que pode desenvolver também a inteligência local para a gestão das ações e do processo de mudança (FERLA; CECCIM; DAL'ALBA, 2012).

Podemos, ainda, relacionar esses padrões com objetivos e ações de diversas políticas e programas estratégicos do MS, tais como os programas telessaúde e saúde na escola; as políticas de saúde bucal, alimentação e nutrição, de promoção da saúde e humanização; as redes cegonha, de doenças crônicas, de urgência e atenção psicossocial; os programas de saúde da mulher e da criança; o enfrentamento da dengue, hanseníase e tuberculose; atenção a grupos vulneráveis, como populações assentadas e quilombolas, entre outros (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E). A integração de políticas e de dispositivos fortalece a gestão local pela articulação de ações e iniciativas a serem executadas no âmbito local.

Em três processos constituintes do programa, observamos essa tentativa de apontar diretrizes, valores e resultados esperados como objetivo da ação dos coletivos: na autoavaliação, no monitoramento e na Avaliação Externa. Em cada um desses processos, que definem a certificação das equipes, os padrões de qualidade têm naturezas distintas: no monitoramento, são quantitativos. São indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica; na autoavaliação, são abrangentes, e comportam razoável grau de indeterminação e subjetividade, permitindo mais liberdade às EqAB na análise tanto de seu processo de trabalho quanto da situação em que ele é desenvolvido; na Avaliação Externa há maior foco e objetividade que na autoavaliação, e também uma combinação de padrões qualitativos e quantitativos, com largo predomínio dos primeiros, articulando instrumentos que asseguraram a observação direta de elementos concretos relacionados ao funcionamento da UBS, a entrevista com profissionais – associada à análise de documentos que registram as ações realizadas – e a entrevista com usuários dos serviços avaliados. (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E).

A autoavaliação, em especial, é tida pelo

programa como ponto de partida, momento de identificação de dimensões positivas e problemáticas do trabalho, produção de sentidos e significados potencialmente facilitadores e mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. Aposta-se que seja um dispositivo que objetiva provocar o coletivo a interrogar o instituído e a colocar em análise seu processo, suas relações e condições de trabalho, induzindo a ampliação da capacidade de cogestão de maneira a produzir espaços de negociação e planejamento para a superação dos problemas identificados e o alcance dos objetivos desejados e pactuados (BRASIL, 2011C; 2011D; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O MS ofertou a ferramenta 'Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMQ)', especificamente para a 2ª fase do PMAQ-AB. O AMAQ não existia antes dessa etapa, e todo o modo de realização e registro exigiu ações que tiveram que ocorrer durante o 1º ciclo do programa. Essas razões, somadas ao fato do programa ter criado modos de registrar e verificar sua realização – seja através do preenchimento dos resultados em sistema *on line* ou verificação *in loco* – (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E), faz da realização da autoavaliação um bom indicador de ações que as EqAB fizeram, provocadas pelo PMAQ-AB e em função dele.

Concluído o 1º Ciclo, 16.113 (92,2%) das EqAB realizaram a autoavaliação e inseriram as informações no sistema *on line* ou comprovaram a realização na avaliação *in loco*, sendo que aproximadamente 98% delas utilizaram o AMAQ. A Autoavaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), instrumento que antecedeu o AMAQ, em 6 anos, havia sido utilizada por pouco mais de 2.500 equipes (SOUSA, 2013). Ou seja, o AMAQ teve um uso 6 vezes maior, com um tempo 6 vezes menor.

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) mostraram que tal diferença de uso não se deve à qualidade de um ou outro instrumento, mas ao “contexto e articulação do processo de autoavaliação com toda a estratégia proposta pelo PMAQ-AB”. Argumentam que, no PMAQ-AB, a autoavaliação é disparadora do

processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança. Além disso, é enriquecida com as estratégias de suporte a esse coletivo com o objetivo de “dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema” e priorizado “no processo de autoavaliação”.

Temos, ainda, outros padrões de avaliação verificados na Avaliação Externa, que demonstram, também, a mobilização e a ação de transformação da realidade pelas equipes de gestão e atenção. Alguns desses serão abordados na próxima sessão.

O PMAQ-AB como avaliação de si e dos efeitos de diversas ações e programas

O PMAQ-AB é, também, um processo de avaliação do grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e por programas de tantas outras áreas que integram a Política Nacional de Saúde (PNS). Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o PMAQ-AB induz, avalia e acompanha a implantação e o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas outras ações que compõem a PNAB, exatamente as mais estratégicas, que, por esse motivo, foram priorizadas no programa. Isso se dá, justamente, por combinar, num desenho cíclico e continuado, ações de autoavaliação (BRASIL, 2011C; 2011D), monitoramento de indicadores (BRASIL, 2011C) e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011C; 2011E).

Destacaremos alguns processos que são fortemente estimulados pelo PMAQ-AB para perceber tanto como ele teve capacidade de induzir a implantação e/ou desenvolvimento desses processos nas EqAB participantes quanto como ele permite acompanhar a evolução do que ele induz e avalia. Elegemos três grupos de padrões considerados prioritários pelo programa: o planejamento pelas EqAB de suas ações de mudança; a implantação do

acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e a implantação pela gestão municipal de apoio institucional às equipes (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E). É importante lembrar que os padrões foram divulgados antes da realização da avaliação (BRASIL, 2011E), justamente para induzir o esforço das EqAB e gestões municipais de implantação dos padrões que seriam posteriormente objeto da Avaliação Externa.

O PMAQ-AB estimulou que as EqAB, após a realização da autoavaliação, recortassem de forma interessada os problemas e priorizassem, planejassem, pactuassem e acompanhassem as ações de mudança (BRASIL, 2011C; 2011D).

Na Avaliação Externa do 1º ciclo, na pergunta ‘nos últimos 12 meses a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?’, 86,6% das EqAB responderam que sim, sendo que 72,4% delas mostraram o documento que continha o plano formulado, e 85,6% referiram ter recebido apoio da gestão local para a atividade. Mais um exemplo de indução de esforço combinado entre EqAB e gestão.

Consideremos agora os dados relacionados à implantação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, ação que exige muita mobilização e esforço cotidiano das equipes de atenção e gestão por ser a introdução no cotidiano do serviço de um dispositivo permanente de organização do acesso e do processo de trabalho.

A Avaliação Externa mostrou que 80% das equipes disseram ter implantado o acolhimento, passando a fazer a escuta e a avaliação de toda a demanda, 92,2% destas mostraram reserva de vagas de consultas na agenda para garantir retaguarda aos casos agudos, mas só 47,8% demonstraram a existência de protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar essa avaliação.

Também no questionário eletrônico, aplicado aos gestores (PINTO, 2013), temos evidências não só de resultados dessa implantação como também do quanto as mesmas foram decorrentes do PMAQ-AB, uma vez que as perguntas pediram uma comparação entre as situações anterior e posterior ao 1º

ciclo do PMAQ-AB.

Selecionamos alguns padrões que são marcadores de efeitos possíveis da implantação do acolhimento, e os resultados foram os que seguem. Perguntados se houve redução nos tempos de espera dos usuários nas UBS participantes do PMAQ-AB, 36,6% disseram que houve muita redução, outros 50,9% destacaram que ela foi moderada e apenas 11,8% apontaram que foi pequena ou não houve. Indagados se houve ampliação das pessoas atendidas pelas EqAB do PMAQ-AB, 37,3% disseram que houve muita ampliação, 50,1% afirmaram que ela foi moderada e apenas 12,1% avaliaram que foi pequena ou não houve. Por fim, inquiridos sobre melhoras no acesso e na humanização do atendimento aos usuários, 43,7% destacaram que houve muita melhora, 47,9% que ela foi moderada e apenas 8% que não houve ou foi pequena (PINTO, 2013).

Os números, na casa dos 80% de mudança ‘forte’ ou ‘moderada’, coincidem com os de EqAB que relataram implantação do acolhimento. A alta frequência desse padrão e do anterior, relacionado ao planejamento das EqAB, fala a favor de ter sido uma ação estimulada pelo PMAQ-AB. Fortalece essa hipótese a evidência de que as equipes foram estimuladas e apoiadas pela gestão local. Além disso, a pergunta aos gestores considerou o horizonte temporal de implantação do PMAQ-AB. Contudo, é importante que se diga que uma afirmação inequívoca a respeito do nível de influência do PMAQ-AB sobre tais resultados só poderia ser feita caso houvesse uma linha de base (PINTO, 2013).

Por fim, vale destacar que a gestão municipal também se movimentou para dar suporte a essa mobilização. O PMAQ-AB estimulou o apoio institucional (CAMPOS, 2003) como uma “função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer gestão em saúde” (BRASIL, 2011C). Propôs que as gestões municipais implantassem esse dispositivo de gestão pela sua forte capacidade de dar o suporte necessário ao movimento de mudança

deflagrado pelos coletivos de trabalhadores nas UBS, buscando fortalecê-los e reconhecendo e potencializando seus esforços.

Essa ação de apoio deveria aproximar o pessoal da gestão do dia a dia das EqAB, além de envolver aqueles na solução dos problemas concretos identificados por estes, quando da tentativa de dar sequência aos compromissos assumidos no PMAQ-AB. O programa estimulou estrategicamente que os apoiadores buscassem fomentar e dar suporte à construção de espaços coletivos nos quais as EqAB pudessem desenvolver ações tanto de qualificação do processo de trabalho quanto de ampliação da autonomia e de emancipação dos atores envolvidos (BRASIL, 2011C).

Segundo um documento oficial do programa (BRASIL, 2011C), o apoio seria uma ação que, necessariamente, integraria funções de gestão, tais como planejamento, avaliação e educação permanente, e exigiria da equipe de gestão o desenvolvimento de um saber-fazer integrado e matricial que dialogasse com as EqAB a partir de sua situação e demanda concreta.

Nos resultados da Avaliação Externa, identificamos que 92% das equipes referiram ter recebido apoio para a ‘organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB’, sendo que 77,9% refeririam receber ‘apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde’. Das EqAB, 76% avaliaram como muito boa (27,9%) ou boa (48,1%) a ‘contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas’. Temos, ainda, evidências da participação desses apoiadores nas reuniões de organização das EqAB, na medida em que 72,2% delas avaliaram como muito boa (24,1%) ou boa (48,1%) essa participação (PINTO, 2013).

Apresentamos aqui algumas, entre tantas, evidências de que o PMAQ-AB mobilizou equipes de atenção e gestão, provocou-as a implantar processos que ele lhes oferecia como possibilidades e conseguiu avaliar e

acompanhar a implantação dos mesmos. Na próxima sessão veremos como a opinião e as prioridades dos usuários entram em lugar privilegiado desse processo.

O PMAQ-AB permeando a PNAB com a opinião dos sujeitos, em especial, dos usuários

O PMAQ-AB pode ser visto, também, em seu papel de elevar a escuta da opinião de trabalhadores, gestores e, em especial, usuários à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB. Com isso, pretende-se ‘calibrar’ desde o trabalho das EqAB até a política em função daquilo que os usuários esperam e demandam dos serviços. A avaliação do programa tenta manter canais de escuta tanto dos gestores quanto dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011C).

O número de usuários entrevistados nas UBS participantes do programa foi de expressivos 65.391, que responderam a um longo questionário com questões importantes sobre diversos temas (BRASIL, 2011E).

A maioria das questões do questionário busca perceber como os usuários acessam e são cuidados nas UBS, mas também tenta colher desde a avaliação global que fazem do serviço à percepção da ambiência das UBS, num momento em que o MS faz importantes investimentos na qualificação da estrutura das UBS.

Utilizaremos como exemplo uma questão que também se relaciona ao tema do acolhimento, tratado acima. Perguntados se ‘na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?’, 66,5% afirmaram que sim. Número semelhante ao de EqAB que demonstraram haver retaguarda na agenda para acolher os casos agudos. Um bom exemplo de medida implantada com efeito

percebido pelos usuários.

Quando perguntados sobre o que achavam da forma como eram acolhidos e recebidos ao procurar o serviço, 27,2% avaliavam como muito boa, 56,6% como boa, 14,5% como regular e apenas 1,5% com ruim e muito ruim.

Orientar a estrutura e o funcionamento do serviço e o processo de trabalho das EqAB em função das necessidades dos usuários é uma importante e generosa diretriz estratégica. O papel do PMAQ-AB na operacionalização dessa diretriz e no acompanhamento de sua evolução, relacionando ciclicamente ação e efeito, é certamente uma das mais importantes funções que cumpre na nova PNAB. A base de dados do PMAQ-AB, que reúne os questionários desses quase 70 mil usuários, é um dos legados mais ricos do programa, que demandarão a produção de vários estudos.

O PMAQ-AB pode ser visto como síntese e revelador da nova PNAB

Acima, vimos que o PMAQ-AB pode ser visto, ao mesmo tempo, como: (a) parte importante das mudanças qualitativa e quantitativa do financiamento da AB; (b) estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da AB brasileira, que integra várias ações, novas e antigas, num formato inovador que aposta, fundamentalmente, na produção local de uma dinâmica de construção de pactos, priorização de problemas, ação permanente de mudança; (c) processo de indução que oferta ao movimento de mudança diferentes sentidos e significados; (d) instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto na PNS; além de (e) dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política.

Como vimos, um dos principais objetivos

do PMAQ-AB era provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais da AB. Com uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, do cuidado e de gestão do cuidado, o programa identificou um conjunto de elementos que deveriam ser objeto de análise e de intervenção, tanto por parte de gestores quanto de profissionais. Valendo-nos do olhar do campo de análises de políticas públicas, podemos dizer que o desenho do PMAQ-AB revela com facilidade um conjunto de elementos importantes para analisar a PNAB, tal como uma certa síntese da mesma, como dito acima. Nesse sentido, aponta quais macroproblemas essa política tomou como questão social, portanto, objeto de políticas públicas (MERHY, 1992). Permite identificar componentes de continuidade e inovação numa dada combinação de ações, antigas e novas, e nuances do processo de decisão (VIANNA, 1997) e formulação dessa política (MENICUCCI; BRASIL, 2010), além de, com suas fases encadeadas, proporcionar um olhar analítico privilegiado sobre as fases (MENICUCCI; BRASIL, 2010) ou momentos (COSTA; DAGNINO, 2008) de implementação e avaliação da mesma.

Um outro elemento importante da política pública, seu projeto, seus objetivos (MATUS, 1993), é também facilmente perceptível na medida em que o PMAQ-AB faz a clara opção de induzir a direção do movimento de mudança através de padrões de qualidade, que refletem processos implantados ou resultados alcançados, que “operam como afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Assim, além de revelar seus objetivos num quadro que permite a construção de uma certa situação desejada – com conteúdos, significados e sentido da mudança –, ainda que em movimento permanente, ele aponta também os atores ‘eleitos’ como portadores de capacidade de mudança, pois o PMAQ-AB aposta fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão que impulsiona a ação local permanentemente para a mudança, buscando induzir a atuação de um coletivo que, mobilizado pela participação no programa, tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL 2011B; 2011C).

Podemos, com isso, entender que, para os propositores do programa, esses sujeitos locais seriam os atores estratégicos, que, a partir de um movimento de acumulação de poder e produção de fluxos e ações, conduziram a mudança na direção pretendida (MATUS, 1993).

Por todas essas razões, o PMAQ-AB é entendido por nós como um revelador da nova PNAB, capaz de, ao usarem-se os instrumentais analíticos do campo de análise de políticas públicas (COSTA; DAGNINO, 2008; MENICUCCI; BRASIL, 2010), expor elementos essenciais dessa política, assim como compreender a dinâmica de atores e a construção de novas agendas. A análise mais próxima de experiências e da realidade local permitirá, em estudos futuros, dimensionar o efeito concreto do que, neste artigo, foram destacadas como características de um processo de âmbito nacional. ■

Referências

- BANCO CENTRAL DO BRASIL. Relatório de Inflação. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2014/03/ri201403b8p.pdf>> Acesso em: 01 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html> Acesso em: 01 maio 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominando Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*: AMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. (Série B. Textos básicos de saúde).
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e.
- . Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade*. Brasília, DF: 2011c. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em: 01 maio 2014.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- . *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: *Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.9, n.16, p.77-161, set. 2004/fev. 2005.
- COSTA, G.; DAGNINO, R. (Org.). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.
- FERLA, A.; CECCIM, R.; DAL'ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/620>>. Acesso em: 11 abr. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>. Acesso em 01 de maio de 2014.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993.
- MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. D. Construção de agendas e inovações institucionais. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 369-396, 2010.
- MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- PADILHA, A. R. S. Entrevista com Alexandre Padilha (entrevista). *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, v. 28, p. 6-10, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia28> Acesso em: 01 maio 2014.

PINTO, H. A. *Avaliando alguns resultados do PMAQ*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 50 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint

———. *Nova Política Nacional de Atenção Básica: mais acesso e qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. *Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica*. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> Acesso em: 01 maio 2014.

PINTO, H. A.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; KOERNER, R. S. *A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família – 1998 a 2014*. No prelo.

SOUSA, A. N. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 35 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Recebido para publicação em fevereiro de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?

Home Care in Unified Health System (SUS): what Melhor em Casa Program represented?

Aristides Vitorino de Oliveira Neto¹, Marina Borges Dias²

RESUMO Este trabalho objetiva analisar a proposta do governo federal para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, representada pelo Programa Melhor em Casa. Para tanto, foram definidas categorias analíticas que permitissem abordar elementos importantes do programa. Verificou-se que o Programa Melhor em Casa representou considerável avanço no fortalecimento e na expansão da Atenção Domiciliar no Brasil, inserindo esta pauta na agenda dos gestores, trabalhadores e sociedade. No entanto, observa-se que ainda existem muitos desafios para sua consolidação como modalidade de atenção substitutiva e com potência para produzir novas formas de cuidar em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Domiciliar; Modelos organizacionais; Assistência integral à saúde.

ABSTRACT *This study intends to analyze the Federal Government proposal for home care in the Unified Health System, represented by Melhor em Casa Program. In this matter, analytical categories for better addressing important elements of the program were defined. It was found that Melhor em Casa Program represents considerable progress in strengthening and expanding the home care in Brazil, and adding the topic in the managers, workers and society's agenda. However, it is observed that there are still many challenges to its consolidation as a way to substitute hospitalization and other kinds of health care.*

KEYWORDS *Home nursing; Models, Organizational; Comprehensive health care.*

¹ Graduado em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE), Recife (PE), Brasil. Médico de Família e Comunidade. Coordenador da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. aristides.oliveira@saude.gov.br

² Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte (MG), Brasil. Médica Clínica. Consultora Técnica da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. mariana.borges@saude.gov.br

Introdução

Para discutir a Atenção Domiciliar (AD) e sua importância para o SUS, tomaremos ‘emprestados’ os elementos utilizados por Magalhães Jr. e Silva (2008) para justificar a importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo estes autores, a importância da construção de redes se justificaria, sinteticamente, por três argumentos: o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas; a maior perspectiva de avanços na integralidade e na construção de vínculos; e os custos crescentes do tratamento de doenças.

Estes argumentos também são úteis para analisar o papel da AD. No entanto, o argumento ‘custos crescentes do tratamento de doenças’ pode ser adaptado para ‘necessidade de uso mais adequado dos recursos existentes’.

A AD, por suas características, possui grande potencialidade no cuidado a usuários com doenças crônicas não transmissíveis, que demandam atenção longitudinal prestado por equipe multiprofissional. O fortalecimento de práticas anti-hegemônicas e a formulação de novas estratégias/mecanismos para o cuidado em saúde, como a AD, têm sido motivados por “novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e demandas por melhor qualidade da atenção” (SILVA ET AL., 2010, 167).

Dessa forma, a AD está inserida no contexto de uma ‘transição da saúde’, composta por uma transição das condições de saúde (mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde) e uma transição da atenção sanitária, que seria a resposta social organizada a essas condições, representada pelos modelos de atenção à saúde (SCHRAMM ET AL., 2004).

Diante disso, a transição demográfica e epidemiológica aceleradas pelas quais o Brasil tem passado impõe aos trabalhadores e gestores/formuladores de políticas de saúde um importante desafio. A AD pode ser considerada uma das respostas a este contexto.

Da mesma forma, o fato do cuidado em saúde ser realizado na casa das pessoas, lhe confere potência para, ao possibilitar o conhecimento aprofundado do usuário – sua rotina, cultura e família –, avançar na busca da integralidade. A AD pode ser entendida como um dispositivo

propício à efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades (BRITO ET AL., 2013, P. 1).

Segundo Kerber (2007), estudos científicos têm mostrado que o domicílio possui maior potência em articular as ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas, se comparado a outros espaços de assistência à saúde.

Ao se analisar o que motiva o gestor em saúde na decisão político-institucional em relação à AD, pode-se observar duas vertentes complementares: uma racionalizadora, na qual visa à redução de custos por meio da substituição ou abreviação da internação hospitalar; e uma que intenciona a reorientação do modelo tecnoassistencial, constituindo-se como um espaço potente na criação de novas formas de cuidar (REHEM; TRAD, 2005; CARVALHO, 2009; SILVA ET AL, 2010).

Andreazzi e Baptista (2007, P.1), a partir de uma análise de estudos nacionais e internacionais, apontam que a AD “permitiria o uso mais racional de recursos, aumentando a disponibilidade de leitos ao diminuir a permanência hospitalar”. No entanto, os mesmos autores chamam atenção de que “existem controvérsias sobre a relação custo-efetividade do atendimento domiciliar”, com variações dependentes do perfil epidemiológico dos casos e pelo fato de a maioria dos estudos não ter incluído a parcela dos gastos hospitalares que é transferida para as famílias.

Em relação ao imponderável no processo

de trabalho na AD,

acredita-se no impacto que esse tipo de atividade possa gerar na qualidade de vida e saúde da população e, ao mesmo tempo, possibilitar a realização de um trabalho interdisciplinar e integrador, motivador da satisfação pessoal e profissional a todos os envolvidos no processo (KERBER, 2007, P. 76).

A Atenção Domiciliar no SUS

A primeira experiência brasileira organizada de AD foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu), vinculado ao Ministério do Trabalho e fundado em 1949 (REHEM; TRAD, 2005; FRANCO; MERHY, 2008). No entanto, só foi organizada como uma atividade planejada no setor público a partir de 1963, como o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores do Estado de São Paulo (REHEM; TRAD, 2005).

Segundo Silva et al. (2010, 167), “os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990”. Esta expansão pode ter sido impulsionada pela criação do SUS e pela consequente municipalização da saúde característica dessa década. Este processo possibilitou que os gestores locais e trabalhadores experimentassem novos arranjos de cuidado, de forma criativa e, às vezes, ousada.

Esta expansão fez com que houvesse a

necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA ET AL., 2010, 167).

Ao fim da década de 2000, existiam várias experiências de AD em curso no

Brasil, com diversos projetos tecnoassistenciais e que aconteciam por iniciativa das gestões municipais e de estabelecimentos hospitalares nos três níveis de governo. Sob o ponto de vista normativo, o País possuía portarias específicas voltadas ao cuidado domiciliar de usuários com SAI/Aids (Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids – ADT/Aids) e para a atenção aos idosos (CARVALHO, 2009).

Destacamos como marcos no avanço da AD no SUS até 2010:

- Publicação da Portaria nº 2.416, em 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS;
- Estabelecimento da Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 – DOU de 16/04/2002. Essa lei acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002);
- Publicação da RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD (BRASIL, 2006);
- Publicação da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar.

A Portaria nº 2.529 avançou em relação à Portaria nº 2.416, uma vez que estabelece os Serviços de Internação Domiciliar de forma territorializada, através de equipes multiprofissionais com custeio federal mensal por equipe. Em seu anexo, o Ministério da Saúde (MS) já demonstra um avanço conceitual ao apontar a necessidade de reforma concomitante da atenção

hospitalar. No entanto, esta portaria não foi operacionalizada, causando expectativa entre gestores e trabalhadores acerca dos rumos da AD no SUS, que ficou parada, o ponto de vista da política de saúde federal, até 2011 (BRASIL, 2012).

No início de 2011, o MS criou um grupo de trabalho (GT) formado por serviços municipais de AD e por áreas técnicas do Ministério da Saúde. O GT partiu do acúmulo anterior sobre a AD, entendendo que a portaria vigente (Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006) precisava ser revisada e efetivamente operacionalizada à luz das necessidades atuais. O trabalho do grupo resultou na revogação desta portaria e na publicação da Portaria nº 2.029, de 2011, dando base para que o governo federal lançasse o Programa Melhor em Casa (PMC) no dia 08 de novembro de 2011 (BRASIL, 2012).

Desde então, a normativa que disciplina a AD no âmbito do SUS sofreu modificações (cujos detalhamentos não são o foco deste trabalho), culminando na publicação da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que a redefine e está em vigor até o momento. Desde 2011, foram publicadas três principais normativas que tratavam da AD, em um processo sucessivo de substituição: a Portaria nº 2.529, de 2006, foi revogada pela nº 2.029, de agosto de 2011; esta foi substituída pela Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, que foi revogada pela Portaria nº 963, de maio de 2013. As três normativas preservaram a essência da proposta original colocada a partir de 2011.

O PMC não foi instituído formalmente, mas é amparado normativamente na Portaria nº 963, de 2013. Trata-se de uma marca de governo que congrega todas as ações e estratégias relacionadas à AD.

Dentre as ações/estratégias no âmbito do PMC, podem-se citar: a própria existência de uma normativa federal instituindo a forma como a AD deve ser

operacionalizada e o financiamento federal para isso; o apoio técnico do MS aos gestores locais para a implantação do programa; a criação de um sistema de informação específico para a AD; a publicação de materiais teóricos ou instrutivos para apoiar a implantação/qualificação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), destacando-se o Caderno de Atenção Domiciliar (CAD); e a criação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar à Distância.

Programa Melhor em Casa: estamos no caminho certo?

Este estudo se propõe a descrever e analisar a proposta atual do governo federal para a AD no âmbito do SUS.

Para tanto, serão utilizadas oito categorias de análise, sendo que três delas foram escolhidas pela importância que têm para o tema (terminologia/definição utilizada para cuidados em saúde realizados no domicílio; relação da AD com a RAS; existência de sistema de informação para a AD) e as demais, definidas a partir das recomendações realizadas por Rehem e Trad (2005) para subsidiar a proposta brasileira de AD. Categorias de análise:

- Terminologia/definição utilizada para cuidados em saúde realizados em domicílio;
- Relação da AD com a Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Existência de sistema de informação para a AD;
- Financiamento da AD;
- Critérios de elegibilidade;
- Cuidador na AD;

- Organização do SAD;
- Ofertas para Educação Permanente.

Terminologia/definição utilizada para cuidados em saúde realizados em domicílio

A proposta do governo federal, atrelada ao PMC, utiliza o termo ‘atenção domiciliar’ para tratar do tema da atenção à saúde domiciliar.

Segundo Lacerda *et al.* (2006), a AD abrange desde a promoção até a recuperação de indivíduos com um agravo realizadas em seu domicílio, englobando, ainda, todas as outras modalidades de cuidados realizados no domicílio, inclusive a interação domiciliar.

O governo federal define AD como uma

nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A definição adotada na Portaria nº 963 é coerente com a utilizada na RDC nº 11, de 2006, da Anvisa, que define AD como “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio” (BRASIL, 2006).

A definição utilizada no contexto do PMC demarca o caráter de substitutividade ou complementaridade, contemplando elementos não abordados no conceito de ‘internação domiciliar’ adotado na proposta anterior, como a promoção à saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, e a reabilitação realizada no domicílio.

Relação da Atenção Domiciliar com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Magalhães Jr. e Silva (2008) definem RAS como uma malha que interconecta os serviços de saúde de determinado território, organizando-os para que os níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam adequadamente articulados para o atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

A RAS tem se tornado uma importante estratégia para assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços, através de uma assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com custo e qualidade adequados (MENDES, 2011).

Na AD, é fundamental a articulação do SAD com os demais serviços através de fluxos de atendimento direcionados às seguintes portas de entrada: usuários oriundos das equipes de Saúde da Família; da instituição hospitalar; e das unidades de pronto-atendimento (SILVA ET AL., 2010).

Para que a AD seja efetiva, é fundamental sua articulação com o conjunto dos estabelecimentos e serviços de saúde que compõem a RAS, e esse processo representa um importante desafio para os SAD (BRASIL, 2012).

Brito *et al.* (2013) resgatam sua intrínseca relação da RAS e a busca pela integralidade, e apontam a potencialidade da AD na busca pela integralidade em seus três sentidos: vertical, horizontal e transversal.

No PMC, o termo ‘redes de atenção à saúde’ integra o conceito de AD, caracterizando-a como uma modalidade de atenção integrada às RAS. Além disso, estabelece, em suas diretrizes, que a AD deve ser estruturada na perspectiva das RAS (BRASIL, 2013).

Reforçando essa diretriz, a Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção

às Urgências (RUE) no SUS, estabelece a AD como um componente estratégico da RUE, devido à sua capacidade intrínseca de captar o usuário na fase pré-hospitalar que, já estabilizado, frequentemente passa por longos períodos aguardando vaga em leitos hospitalares, quando poderia finalizar o tratamento ou a propedêutica no domicílio.

Com o mesmo objetivo, no âmbito do Programa SOS Emergências, o MS publicou a Portaria 1.208, de junho de 2013 (BRASIL, 2013B), que possibilitou a atuação de uma equipe de AD nos hospitais inseridos nesse programa, com objetivo de evitar internações e liberar leitos de retaguarda através da desospitalização, em parceria com as equipes de AD no território.

Por fim, a AD pode ser entendida como um dispositivo que potencializa a efetivação de novas formas de produção do cuidado e de atuação atrelada às RAS, com foco nas necessidades de saúde dos usuários.

Existência de sistema de informação para a Atenção Domiciliar

De acordo com o 'Manual Instrutivo de Monitoramento e Avaliação do PMC', apesar do recente avanço da AD no SUS, no momento de lançamento do programa frágil estruturação de aspectos fundamentais para organização da AD, como a pactuação de indicadores e a adequação dos sistemas de informação.

Assim, quando o PMC foi lançado não existia sistema de informação adequado às suas especificidades, impossibilitando a caracterização e o acompanhamento da AD no País, e causando uma 'cegueira' em relação ao volume e à qualidade das ações em AD. Desta forma, tornou-se central a criação de um sistema de informações mais adequado às necessidades e ao processo de trabalho da AD.

Em março de 2012, através da Portaria nº 276, de 30 de março de 2012 (BRASIL, 2012B), o MS criou o Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e incluiu, na Tabela de Procedimentos e Órtese, Prótese e Materiais - OPM do SUS, a Modalidade de Atendimento e o Instrumento de Registro 'Atenção Domiciliar'.

O RAAS-AD se caracteriza, segundo o Manual Instrutivo de M&A do PMC, por registro individualizado permite o cálculo do tempo de permanência, não precisando renovar a cada competência. Ele também não necessita de autorização para a realização dos procedimentos e nem fatura, e ainda permite que a equipe multiprofissional preencha um mesmo formulário; identifica a produção por equipe em um mesmo estabelecimento de saúde; permite registrar a vinculação à Estratégia Saúde da Família, bem como o 'destino' do usuário após saída do SAD.

O RAAS-AD contou com uma solução *mobile*, possibilitando que o registro das informações fosse realizado no ato do atendimento, através de um dispositivo móvel tipo *smartphone*. Seu objetivo é permitir a eliminação do processo de registro em papel para posterior digitação no sistema de informação, otimizando o cuidado realizado.

Apesar de ter representado avanço, possibilitando registro de informações inéditas de caráter individualizado, como dados de origem/destino do usuário e tempo de permanência, o RAAS-AD ainda apresentava inadequações.

Para qualificar os sistemas de informações no âmbito da Atenção Básica (AB), o MS criou o e-SUS AB, que prevê a integração com outros sistemas, segundo seu próprio Manual de Implantação. Dentre os sistemas que terão forte integração com o e-SUS AB, por sua relação com a Atenção Básica,

destaca-se o que estrutura as ações da AD.

De acordo com o 'Guia para Instalação e Utilização dos Sistemas do e-SUS na AD', o módulo do e-SUS no contexto do PMC será denominado 'e-SUS Atenção Domiciliar' e substituirá o RAAS-AD como sistema de informação.

Da mesma forma que o e-SUS AB, o módulo da AD possibilitará o uso do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou do prontuário eletrônico (PEC), a depender das condições locais e da decisão do gestor. O e-SUS AD contará com uma solução *mobile*, que funcionará em plataforma *Android*®, possibilitando a utilização da ferramenta prontuário eletrônico (PEC) no momento do atendimento no domicílio.

Financiamento da Atenção Domiciliar

Na década de 2000, a maioria das experiências em AD acontecia por iniciativa de gestões municipais e estabelecimentos de saúde, independentemente da existência de políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento (CARVALHO, 2009).

Rehem e Trad (2005), nas recomendações para uma proposta de AD, apontaram a necessidade de estabelecer mecanismos que assegurem o financiamento da AD.

Outras experiências na década de 2000, denominadas de programa de internação domiciliar (ID) e ligadas a hospitais, surgiram com a Portaria nº 2.416, de 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de ID no SUS. Esses programas eram financiados através da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A proposta seguinte, representada pela Portaria nº 2.529, de 2006, estabeleceu que o financiamento federal para os serviços de ID se daria com recurso federal através da incorporação ao limite financeiro dos municípios, estados e Distrito Federal. Entretanto, essa portaria nunca chegou a ser homologada pela Secretaria

de Atenção à Saúde (SAS)/MS e nenhum serviço foi habilitado.

No Programa Melhor em Casa, o financiamento federal para custeio das equipes de AD, na modalidade fundo a fundo, foi definido pela Portaria nº 963, de 2013. No entanto, os valores a serem repassados foram definidos por outro ato normativo, a Portaria nº 1.505, de 2013.

Os valores de custeio, definidos pela Portaria nº 1.505, de 2013, são oriundos do Piso de Atenção Básica Variável e diferem quanto ao tipo de equipe: Equipe Multiprofissional de AD tipo 1 (Emad Tipo 1) – R\$ 50 mil; Emad Tipo 2 – R\$ 34 mil; e Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap) – R\$ 6 mil.

Critérios de elegibilidade para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Os critérios de elegibilidade utilizados na AD variam conforme o serviço em questão. No entanto, alguns deles são comuns em diversas experiências, apesar da heterogeneidade e das singularidades locais.

Para Rehem e Trad (2005, p. 240), a proposta brasileira de AD deve

acrescentar nos critérios de elegibilidade o consentimento formal da família ou do representante legal do usuário em AD, sem excluir a pactuação com a família.

Ao estudar a organização da AD no município de Belo Horizonte (MG) entre os anos de 2005 e 2007, Silva *et al.* (2010) afirmam que a presença do 'cuidador' como critério de elegibilidade se aplica apenas no caso da dependência do paciente, e que nos demais casos é incentivado o desenvolvimento da autonomia do usuário.

O Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) de Marília (SP) estabeleceu que os critérios para admissão na assistência domiciliar

são: apresentar condições clínicas estáveis; dispor de um cuidador capaz de colaborar e compreender as orientações; dispor de um domicílio em condições ‘mínimas’ de saneamento e higiene; e possuir encaminhamento de profissional de nível universitário, de um serviço de saúde (BERTUSSI, 2007).

O termo ‘critério de elegibilidade’ não é mencionado na atual proposta brasileira e sim, ‘admissão’, porém, ambos têm o mesmo significado. São estabelecidas quatro condições que devem ser observadas para a admissão do usuário no SAD, sendo que uma delas é

a prévia concordância do usuário e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 2013).

As outras três condições tomadas como critérios de admissão são: dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, se o perfil nosológico demandar cuidados domiciliares; a presença de cuidador identificado, caso o usuário seja dependente funcionalmente; e, residir em território pré-pactuado (BRASIL, 2013). A proposta do PMC, desta forma, contempla as recomendações de Rehem e Trad (2005).

A condição ‘dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde’ não é apresentada explicitamente como critério de admissão na normativa, mas é uma constante na descrição dos tipos de usuários que devem ser incluídos em cada modalidade de AD (AD1, AD2 e AD3).

O cuidador na Atenção Domiciliar

O cuidador é uma peça fundamental na AD, já que a dependência funcional impõe a necessidade de ajuda nas atividades de vida diária, que, na maioria das vezes, é prestada por um membro da própria família (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

A presença do familiar/cuidador facilita novas formas de produção do cuidado e de interações com a equipe de saúde. Além disso, traz tensões ao disputar os planos de cuidados com a equipe, ao mesmo tempo em que contribui para o aprimoramento da produção do cuidado, uma vez que também é portador de saberes (CARVALHO, 2009).

Rigaud *et al.* (2011) apontam como fundamental a capacidade do modelo de atenção enfrentar e prover soluções para a crescente necessidade de instrumentalizar cuidadores familiares, a fim de garantir cuidados minimamente adequados à crescente demanda da população idosa e portadora de demências.

Rehem e Trad (2005) recomendam que os cuidadores devam ser membros da família, amigos ou pessoas próximas, com ou sem formação profissional específica, não conformando uma profissão de saúde.

A proposta do PMC é coerente com esta recomendação, uma vez que definiu o ‘cuidador’ como uma “pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (BRASIL, 2013).

Organização do Serviço de Atenção Domiciliar

A Portaria nº 963, de 2013, preconiza a organização da AD a partir da criação do SAD, constituído por dois tipos de equipes: a Emad e a Emap. A diferença fundamental entre as duas equipes é que a Emad pode contar com médico, enfermeiro e auxiliares/técnicos de enfermagem; e a Emap não, podendo ser composta pelas demais categorias e apoiar a Emad no cuidado prestado aos usuários em AD.

A Emad será denominada Tipo 1 quando for implantada em municípios com população superior ou igual a 40 mil habitantes; e Tipo 2 quando inferior a este número. As duas equipes diferem na carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros,

sendo a do Tipo 2 inferior.

Estabelece que o SAD deva possuir, obrigatoriamente, uma Emad, que deve atender uma população adstrita de 100 mil pessoas. Caso o município possua população menor que 100 mil, a Emad será referência para todo o município.

A normativa determina, ainda, que a AD deva ser organizada a partir de modalidades de Atenção Domiciliar – AD1, AD2 e AD3. O cuidado prestado aos usuários classificados na modalidade AD1 é responsabilidade das equipes de AB, e os das modalidades AD2 e AD3, das equipes de AD que compõem o SAD. As modalidades “observarão a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário” (BRASIL, 2013).

Ao contrário da Portaria nº 2.529, de 2006, anterior ao PMC, a proposta atual não define meta de usuários atendidos por equipe/mês, e sim, uma média de 60 usuários para a Emad Tipo 1, e 30 para a Emad Tipo 2. Da mesma forma, não estabelece meta de tempo médio de permanência.

Ofertas para Educação Permanente na Atenção Domiciliar

Rehem e Trad (2005) sugerem que uma proposta brasileira de AD deva possuir um programa específico para os profissionais que irão atuar na assistência domiciliar, sendo oportuno discutir a inserção do tema na grade curricular dos cursos de graduação, sobretudo de medicina e enfermagem.

Com o PMC, tem-se um desafio: expandir a cobertura das equipes de AD, possibilitando que cada vez mais pessoas tenham acesso a esta modalidade de cuidado, ao mesmo tempo em que aborda a necessidade de capacitação para um tema tão novo.

Observa-se que, desde o lançamento do PMC, o MS preocupou-se em ofertar material de alinhamento conceitual sobre as especificidades do cuidado realizado no

domicílio. Após seis meses de existência, o PMC contava com o Caderno de Atenção Domiciliar, que é composto por dois volumes e contém temas centrais para a qualificação dos SAD.

Vale ressaltar que o CAD foi produzido por coordenadores e trabalhadores de SAD consolidados no SUS anteriores ao PMC, porém integrados e alinhados pelos novos conceitos e preceitos vigentes.

Além disso, foi lançado o Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em AD, iniciativa embasada no conteúdo do CAD e elaborada a partir de uma parceria da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/Departamento de Atenção Básica (DAB)/SAS/MS com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que contou com uma rede colaborativa composta por oito instituições de ensino superior.

O Programa conta com 19 módulos nas modalidades autoinstrucional, aberto a qualquer trabalhador/gestor, aperfeiçoamento e especialização.

Reflexões sobre o PMC e seus resultados preliminares

Desde o seu lançamento até o presente momento, segundo dados da Coordenação-Geral de AD do MS, foram implantadas 470 Emad e 245 Emap em 256 municípios de 25 unidades federativas, representando uma cobertura populacional de cerca de 47 milhões de pessoas.

Atualmente, a maior concentração de municípios que participam do PMC se localiza na região Sudeste, mais especificamente no estado de São Paulo. Em seguida, e em ordem decrescente, estão as regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. A maioria dos municípios (63%) possui população superior a 100 mil habitantes e concentra 82% de todas as equipes de AD.

Ao se analisar o banco de dados do RAAS AD, entre abril de 2012 e julho de 2014, foram realizadas cerca de 183.739 mil admissões no PMC, o que representa cerca de 53 mil pessoas diferentes beneficiadas.

Entre setembro e outubro de 2012, a Ouvidoria do SUS realizou a primeira Pesquisa de Satisfação dos Usuários do PMC, através de contato telefônico, que demonstrou grande aprovação do programa: 93,90% dos respondentes classificam o atendimento com notas entre sete e 10, sendo que 70% destes concederam a nota máxima. Além disto, 95,9% recomendariam o SAD a um amigo ou familiar.

Os analisadores utilizados revelam aspectos importantes, que marcam a proposta do PMC para a AD no Brasil. Pode-se afirmar que a AD ganhou força na agenda do SUS, destacando-se sua potencialidade na produção de novas formas de cuidar frente a um modelo de atenção ainda fragmentado e focado em procedimentos.

Por outro lado, torna-se cada vez mais evidente o seu papel na articulação entre os pontos de atenção. Assim, desponta como uma ‘porta de saída’ qualificada para o hospital, abreviando internações e diminuindo índices de infecção hospitalar ao mesmo tempo em que ajuda a evitar internações ao captar usuários nas portas das urgências.

O PMC demarca o papel da AB no fortalecimento da AD, com a criação da modalidade AD1 e com o detalhamento das atribuições das equipes de AB, que devem trabalhar em sinergia com o SAD. Em nenhuma das propostas anteriores este papel foi estabelecido de forma tão inequívoca.

Alertamos, no entanto, para o risco de uma ‘substitutividade negativa’, na qual as equipes de AB (saúde da família ou não) não consideram os usuários acamados/domiciliados como sua responsabilidade, ou não dão conta de assumir seu cuidado, e acabam o encaminhando para o SAD. Este

fenômeno é um dos principais desafios relatados pelos gestores e trabalhadores.

Vale ressaltar que a terminologia ‘atenção domiciliar’ atual, da forma como foi definida, possui maior potência em contemplar distintas modalidades de cuidados realizados no domicílio. Demonstra, além disso, preocupação com a fragmentação do cuidado, ao agregar a necessidade de integração do SAD à Rede de Atenção à Saúde.

Ressalta-se, no entanto, que a efetivação da AD como uma modalidade de atenção potente só se dará quando o usuário e suas necessidades estiverem no centro do processo de cuidado (SILVA ET AL., 2010).

Outra questão presente na agenda do PMC é o tema ‘monitoramento e avaliação’. Percebe-se o esforço do MS em induzir esta prática, através do ‘Manual de Monitoramento e Avaliação do PMC’, de recomendações existentes no ‘Caderno e Atenção Domiciliar’ e, sobretudo, da criação do RAAS-AD e do e-SUS AD.

Caracterizamos como inovadoras as soluções *mobile* contidas em ambos os sistemas, sobretudo em relação ao e-SUS AD, por conter a ferramenta do prontuário eletrônico (PEC). No entanto, o registro de informações continua sendo um desafio, sobretudo na AD, por acontecer em um ambiente pouco controlado, como o domicílio.

No quesito financiamento, pode-se afirmar que a consolidação de qualquer programa/estratégia/política de saúde depende da existência de financiamento adequado, com contrapartida, quando necessário, dos níveis federal, estadual e municipal de gestão.

É possível considerar o financiamento do PMC consolidado e o custeio federal um componente fundamental para a manutenção e expansão da AD no SUS. No entanto, devem permanecer na agenda do PMC: a necessidade de garantir a participação estadual no financiamento da AD; a

dificuldade dos municípios em utilizar o recurso de custeio (Piso de Atenção Básica Variável); e, a necessidade de correção, ao longo do tempo, dos valores repassados.

Outro tema de grande relevância, e que tem provocado muitos debates, é o cuidador. Neste sentido, avalia-se que o PMC tem conferido grande destaque à figura do cuidador, tanto na Portaria nº 963, de 2013, que estabelece a sua presença como critério para admissão, quanto no 'Caderno de Atenção Domiciliar', que aborda seu papel no cuidado ao usuário em AD, e no Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em AD à Distância, que destina um módulo exclusivamente para este tema.

A despeito dos avanços, a discussão em torno do papel, da formação e da atuação do cuidador é muito complexa e alguns aspectos centrais relacionadas ao cuidador na AD ainda estão longe de ser enfrentadas, das quais se destacam: sobrecarga física e emocional do cuidador, causando seu adoecimento; incapacidade da rede do usuário em destacar alguém que desempenhe o papel de cuidador (muitos abandonam um posto de trabalho para isso, por exemplo) somada à incapacidade do Estado em garantir a presença de um cuidador nessas situações; dentre outras. Além disso, ressaltamos a consequente transferência de responsabilidades (no cuidado e na aquisição de insumos/equipamentos/medicamentos), outrora do Estado, para o usuário e seus familiares/cuidador. Desta forma, esta discussão não se encerra no campo da saúde, sendo imprescindível que se estabeleça uma agenda intersetorial, sobretudo com a assistência social, acerca do cuidador.

A forma como o PMC preconiza a organização da AD merece destaque, pois é coerente com vários serviços que já existiam, tomando como base o território, em diálogo com a RAS. Isso aumenta as chances de se legitimar como uma

modalidade substitutiva que pode impactar nos modos de produzir saúde. Avança ao estabelecer as modalidades de AD baseadas em complexidade/características do usuário e na frequência de atendimento, possibilitando maior segurança na definição de responsabilidades e na organização do processo de trabalho.

Por fim, as iniciativas que visam apoiar e induzir processos de Educação Permanente, apesar de insuficientes, representam um esforço neste sentido, caracterizando-se pelo ineditismo ao produzir ofertas com um alcance relevante sobre um tema ainda novo. Além destas ações, após o lançamento do PMC, observou-se aumento no número de simpósios, congressos e fóruns sobre o tema da AD, tanto no setor público quanto no privado.

Esta agenda, contudo, não é simples, pois envolve a necessidade de ampliar a AD como campo de prática, e de sua inserção teórica nos cursos de graduação e pós-graduação, sobretudo nas residências, médicas ou não.

Considerações finais

O Brasil passa por uma acelerada transição epidemiológica e demográfica, representada pelo envelhecimento da população e o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

Este cenário impõe a necessidade de adequação das formas de realizar o cuidado em saúde e explicita a insuficiência do modelo de atenção hegemônico, caracterizado pela centralidade no consumo de procedimentos, pela fragmentação e pelos altos custos. Neste contexto, a AD desponta como uma estratégia inovadora capaz de lidar de forma mais adequada com os desafios atuais.

Apesar do avanço em outros países, a AD, no Brasil, contava com frágil

desenvolvimento caracterizado por iniciativas isoladas, principalmente de caráter municipal ou ligadas a hospitais, não contando com uma política federal robusta. Pode-se afirmar que antes do PMC a AD era discutida e financiada de forma insuficiente. Os serviços que surgiram pela iniciativa local dos gestores sobreviviam sem suporte normativo claro, e sem apoio técnico e financeiro consistente do governo federal.

Neste sentido, o PMC representou grande avanço no fortalecimento da AD no âmbito do SUS, inserindo esta modalidade de atenção na agenda dos gestores, trabalhadores e sociedade. A receptividade que o PMC teve entre o conjunto de atores (gestores que desejam implantar, profissionais que trabalham com AD, academia e usuários) reforçou o rumo tomado.

Um desses avanços pode ser representado pela concepção de AD que embasa o PMC, destacando-se a necessidade de integração à Rede de Atenção à Saúde (sobretudo, à rede hospitalar, valorizando o tema da desospitalização responsável); pela perspectiva da territorialização; pela centralidade na produção de autonomia de usuários, cuidadores e familiares; pela criação das modalidades de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3); e pelo fortalecimento da ideia de que a AD também é atributo da AB.

Além disso, o PMC contou com adequações nas normativas que resultaram de decisões tomadas a partir de uma escuta interessada do processo vivo de experimentação e invenção no cotidiano dos serviços.

Por fim, apesar dos avanços apontados, avalia-se que a AD ainda precisa ser fortalecida e legitimada como modalidade de atenção potente para ajudar a produzir outras formas de cuidar, mais solidárias, resolutivas, focadas nas necessidades dos usuários e produtoras de autonomia, a partir de sua experimentação e discussão.

O Programa Melhor em Casa ainda é jovem, possuindo menos de três anos de existência. Dessa forma, temas como a sua expansão; a inserção da AD na graduação e pós-graduação; institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação, a partir do uso do e-SUS AD; a legitimação da AD frente aos hospitais; o fortalecimento dos serviços para demandas mais complexas, como cuidados paliativos e ventilação mecânica invasiva; a utilização de protocolos clínicos e de acesso; a incorporação tecnológica em AD; a integração dos SAD com a regulação e com o Samu; o uso de ferramentas de apoio ao trabalho das equipes, como o Telessaúde; e o fortalecimento da AB para cuidar dos acamados/domiciliados classificados como AD1, sobretudo em municípios menores, representam importantes desafios a serem enfrentados. ■

Referências

ANDREAZZI, M. F. S.; BAPTISTA, D. *Reflexões sobre modelos de financiamento de assistência domiciliar em saúde e avaliação de custos*, 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BERTUSSI, D. C. *A atenção domiciliar no município de Marília*, 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/marilia.pdf>>. Acesso em 28 abr. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução (ANVISA). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. ANVISA Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014

———. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 abr. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 28 abr. 2014.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.208, de 23 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 23 jun. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 28 abr. 2014.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 7 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 28 abr. 2014.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 23 mar. 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 23 nov. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/2529.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 30 março 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html>. Acesso em: 28 abr. 2014.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>

gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013.

CARVALHO, L. C. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

KERBER, N. P. C. *A atenção domiciliária e direito à saúde*: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; SILVA, S. F. da. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: Idisa/Conasems, 2008.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 8, n. 3, p. 428-435, jul./set. 2009.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl., p. 231- 242, 2005.

RIGAUD A. S. et al. Support for patients with Alzheimer's disease and their caregivers by gerontechnology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, Montrouge, v. 9, n. 1, p. 91-100, mar. 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *R. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez. 2000.

Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde

Nutritional transition and the organization of care in food and nutrition in Primary Health Care

Patricia Constante Jaime¹, Leonor Maria Pacheco Santos²

RESUMO O presente artigo apresenta e discute as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, tendo como referência o estágio atual da transição nutricional na população brasileira. O debate foi estruturado em três seções: a primeira descreve o padrão de consumo alimentar e o estado nutricional dos brasileiros. A segunda apresenta as ações desenvolvidas para a organização do cuidado em alimentação e nutrição, que envolve a vigilância alimentar e nutricional, a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, o cuidado integral dos agravos nutricionais e, de forma transversal, as ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento dos determinantes da alimentação e nutrição e à qualificação da atenção nos territórios. Por fim, na terceira seção são pontuados os principais desafios da referida agenda para a garantia dos direitos humanos à saúde e à alimentação.

PALAVRAS-CHAVE Transição nutricional; Atenção Primária à Saúde; Vigilância nutricional; Política nutricional; Promoção da saúde.

¹ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo, (SP), Brasil. Coordenadora da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Professora Associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo, (SP), Brasil. patricia.jaime@saude.gov.br

² Doutora em Patologia pela University of Tennessee System, Tennessee, Estados Unidos. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. leopac.unb@gmail.com

ABSTRACT This article presents and discusses the food and nutrition actions in Primary Health Care, taking as a reference the current stage of Brazilian Population's nutritional transition. The debate was structured in three sections: the first describes the food consumption pattern and the nutritional status of Brazilians. The second section presents the actions taken for the organization of feeding and nutrition care, which involves feeding and nutrition surveillance, the promotion of adequate healthy eating, comprehensive care of nutritional problems and, in a cross-sectional perspective, the intersectoral actions addressing the determinants of feeding and nutrition and the qualification of health care in the territories. Finally, the third section addresses the major challenges of feeding and nutrition agenda in order to guarantee the human rights to health and to food.

KEYWORDS Nutritional transition; Primary Health Care; Nutritional surveillance; Nutrition policy; Health promotion.

Introdução

O direito à saúde e à alimentação são garantias constitucionais inseridas entre os direitos sociais. A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, constituindo-se como alguns dos seus fatores determinantes e condicionantes, como afirma o artigo 3º da Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990A). Desta forma, as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde (BRASIL, 2012A).

No âmbito do SUS, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e atualizada em 2011, norteia a organização e oferta da atenção nutricional, tendo como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis; a vigilância alimentar e nutricional; e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2012A).

A organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde deve ser guiada pelo perfil epidemiológico do território, que orientará a definição de prioridades para ações. Como tal, é determinada pelo estágio atual de transição nutricional vivenciado pela população brasileira. Entende-se por transição nutricional um processo no tempo que corresponde às mudanças de padrões nutricionais de populações, essencialmente determinadas por alterações na estrutura da dieta e na composição corporal dos indivíduos, resultando em importantes modificações no perfil de saúde e nutrição. A transição nutricional está relacionada com uma complexa rede de mudanças nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de

saúde, envolvendo fatores tais como urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais (POPKIN, 2002).

A sociedade brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais, que resultaram em mudanças no seu padrão de consumo alimentar, saúde e nutrição. Como descrito por Batista Filho *et al.* (2007), a partir da segunda metade do último século observaram-se mudanças demográficas fundamentais para o entendimento do atual processo saúde-doença em escala populacional. Inverteram-se os termos de ocupação do espaço físico: de uma população fundamentalmente rural passamos à condição de um País urbano, com a maioria expressiva de sua população residindo nas cidades. O desempenho reprodutivo mudou radicalmente, com redução da taxa de paridade, que foi acompanhada pela queda da taxa de mortalidade infantil.

Ademais, destacam-se os esforços mais recentes das políticas econômicas e sociais em relação ao combate à pobreza e de aumento da renda do brasileiro, que conjuntamente à melhoria do acesso a serviços tanto de saúde como de educação, influenciaram a maneira como os brasileiros vivem, adoecem e morrem, impactando assim a saúde no Brasil (VICTORA *ET AL.*, 2011; RASELLA *ET AL.*, 2013). As conquistas significativas em relação ao declínio da desnutrição (MONTEIRO *ET AL.*, 2010) foram acompanhadas pelo crescimento de outros problemas nutricionais, como o aumento progressivo do sobrepeso e da obesidade, e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação e ao excesso de peso (SCHIMIDT *ET AL.*, 2011).

Desta forma, o processo de transição nutricional no Brasil traz consigo o desafio atual da organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica. Ao mesmo tempo, gestores e profissionais de saúde devem lidar com situações aparentemente contraditórias, como a desnutrição e a obesidade e suas implicações, somadas à

persistência das carências nutricionais por micronutrientes (BATISTA FILHO *ET AL.*, 2007; JAIME *ET AL.*, 2011, 2013A).

O presente artigo tem como objetivo apresentar e discutir as ações de alimentação e nutrição propostas e desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência o cenário alimentar e nutricional da população brasileira. O artigo divide-se em três seções, além desta introdução: a primeira descreve brevemente o atual padrão de consumo alimentar e estado nutricional dos brasileiros, que determina as demandas de saúde e nutrição. A segunda seção descreve as ações desenvolvidas para a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica. Por fim, na terceira seção apresentam-se considerações finais acerca dos principais desafios e oportunidades da referida agenda para a garantia dos direitos humanos à saúde e à alimentação.

Cenário alimentar e nutricional da população brasileira

Consumo alimentar

O padrão alimentar do brasileiro tem se caracterizado, nas últimas duas décadas, pela crescente participação de produtos ultraprocessados em todos os estratos de renda, embora ainda persistam alguns hábitos tradicionais da alimentação brasileira (MARTINS *ET AL.*, 2013; SOUZA *ET AL.*, 2013). Os grupos de alimentos mais consumidos pelos brasileiros, com maiores médias de consumo de energia (como biscoitos recheados, salgadinhos industrializados, pizzas e refrigerantes) estão também relacionados a dietas com elevado consumo de gorduras saturadas, açúcar e sal, bem como de ingestão insuficiente de fibras

(BRASIL, 2011A).

Trabalhos têm mostrado que as crianças brasileiras, especialmente as menores de cinco anos de idade, apresentam padrão alimentar não saudável para a sua faixa etária. Pesquisa realizada em todas as capitais mostrou que a introdução de alimentos açucarados na dieta das crianças é realizada de forma precoce, predominantemente antes dos seis meses de vida. No mesmo estudo, observou-se associação entre baixa escolaridade materna e a introdução de alimentação não saudável em crianças menores de um ano de idade (SALDIVA *ET AL.*, 2014).

Outro inquérito, com amostra nacional, mostrou que nas crianças menores de seis meses, para as quais se recomenda o aleitamento materno exclusivo, 33,4% consumiram outros tipos de leite (BORTOLONI *ET AL.*, 2013). Já para as crianças de seis meses a dois anos de idade, as quais devem receber leite materno e alimentação complementar, 38,5% na faixa de seis a 12 meses e 65,2% na faixa de 13 a 24 não estavam em aleitamento materno. Em relação à introdução da alimentação complementar e padrão alimentar de crianças de seis a 59 meses, verifica-se baixo consumo diário de alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais, como verduras (12,7%), legumes (21,8%) e carnes (24,6%). Por outro lado, observa-se elevado consumo de alimentos de alta densidade calórica e baixa qualidade nutricional, como refrigerantes (40,5%), alimentos fritos (39,4%), salgadinhos (39,4%) e doces (37,8%) (BORTOLINI *ET AL.*, 2012).

Estado nutricional

A população brasileira tem passado por importantes processos em seu quadro nosológico, marcado pela redução das doenças infecciosas e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Acompanhando esse processo de transição epidemiológica, destaca-se o processo de transição

nutricional da população brasileira, caracterizada pela redução da desnutrição e pelo aumento do excesso de peso e obesidade em todas as fases da vida.

O Brasil tem apresentado reduções expressivas na desnutrição infantil nas últimas décadas. O déficit de peso em relação à idade caiu de 5,4% para 1,8%, enquanto que a redução do déficit de estatura para a idade foi de 19,6% para 6,7% entre 1989 e 2006. (BRASIL, 1990B; BRASIL, 2009A). Ao comparar os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996 e de 2006, observa-se que a diminuição do déficit de estatura foi mais expressiva na população de menor renda familiar – o quintil de menor renda apresentou redução de 30,1% para 9,9% no déficit de altura para idade, enquanto que não houve redução significativa no grupo de maior renda.

Entretanto, a tendência de redução não ocorreu de maneira homogênea em todos os grupos populacionais, visto que em crianças menores de cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), a desnutrição por déficit de estatura é igual a 14,5%; em indígenas chega a 26%; em quilombolas, a 14,8% (LIMA, 2013; BRASIL, 2009B; CADERNOS DE ESTUDOS, 2008).

Destaca-se que o relatado padrão alimentar do brasileiro, especialmente na população infantil, corrobora para as altas prevalências de deficiência de micronutrientes que acometem crianças nesta faixa etária. Dados da PNDS 2006 mostram que 20,9% das crianças brasileiras menores de 5 anos possuem anemia e 17,4% apresentam inadequação de vitamina A (BRASIL, 2009A).

Por outro lado, o excesso de peso e a obesidade, que marcam a outra face da insegurança alimentar e nutricional, têm crescido na população brasileira, sobretudo entre crianças e adolescentes. Essa tendência é justificada, em parte, pela mudança no padrão alimentar do brasileiro, com maior

consumo de alimentos altamente energéticos e de baixa qualidade nutricional.

A prevalência de obesidade em adultos no Brasil apresentou maior crescimento entre os homens, embora seja mais frequente entre as mulheres, exceto no estrato de renda mais alto (SANTOS, 2013). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, 50% dos brasileiros apresentam excesso de peso, sendo que 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres adultas apresentam obesidade, condição considerada como uma epidemia no Brasil. Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, o excesso de peso aumentou 30% nos meninos e 28,5% nas meninas entre 2003 e 2009, alcançando 21,7% e 19,4% de prevalência, respectivamente. No público infantil de cinco a nove anos de idade, entre 1989 e 2009, o excesso de peso mais que dobrou, alcançando prevalências de 34,8% nos meninos e 32% nas meninas, no último ano (BRASIL, 2010).

Nota-se que segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade convivem tanto com altas prevalências de desnutrição como de excesso de peso, tanto na adolescência quanto na idade adulta. Entre mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, em 2012, 18,6% apresentavam obesidade. Ao avaliar o excesso de peso nas mulheres indígenas, em 2008-2009, 45,7% apresentavam essa condição; entre elas, 15,7% estavam obesas (CONSEA, 2010).

Cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica

Os cuidados relativos à alimentação e à nutrição na Atenção Básica envolvem a vigilância alimentar e nutricional, a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a prevenção e o cuidado integral dos agravos nutricionais e, de forma transversal, o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento dos determinantes e

condicionantes da alimentação e da nutrição e à qualificação da atenção nutricional nos territórios (BRASIL 2009C; JAIME ET AL., 2011).

Vigilância alimentar e nutricional

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é composta por um conjunto de estratégias da vigilância epidemiológica, que fornece dados sobre o perfil alimentar e nutricional da população, com o intuito de subsidiar decisões técnicas e políticas voltadas para a melhoria da situação de saúde. De acordo com Coutinho *et al.* (2009),

os objetivos da VAN devem ser avaliar e monitorar o estado nutricional dos diferentes grupos populacionais; as morbidades associadas aos principais desvios nutricionais; as carências nutricionais específicas, como aquelas relacionadas à vitamina A, ao ferro, ao iodo e à tiamina; a prática de aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares; a qualidade da alimentação quanto ao consumo de energia, de macro e micronutrientes (principalmente, de vitamina A, ferro e iodo); e de grupos alimentares, como frutas, verduras e legumes, gorduras, com destaque para as do tipo *trans* e saturadas, sódio e açúcares livres. (P. 693)

Na Atenção Básica, a VAN tem o papel fundamental de apoiar profissionais e gestores de saúde no processo de organização e de avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas prioridades a partir do levantamento de indicadores de alimentação e de nutrição da população assistida. O registro dos indicadores antropométricos e de consumo alimentar pode ser feito para todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. A prática regular da VAN, e de forma integrada ao trabalho das equipes de saúde, pode oferecer ferramentas para o planejamento e a execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional de indivíduos

e coletividades, e para o monitoramento das ações realizadas (BRASIL 2008; BRASIL, 2013A).

A realização de ações de VAN na Atenção Básica pressupõe a existência de um fluxo de atividades que devem ser incorporadas como rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), contemplando o acolhimento dos usuários, o encaminhamento conforme protocolos existentes para a relação da avaliação antropométrica e de consumo alimentar, e seu registro em formulários e em sistemas de informação, dentre os quais, o principal é o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (BRASIL, 2008).

Desde janeiro de 2008, o Sisvan está alocado em uma plataforma informatizada denominada Sisvan-Web, um sistema com dados individualizados disponível via internet, para registro dos dados de acompanhamento do estado nutricional e dos marcadores do consumo alimentar dos usuários (COUTINHO ET AL., 2009). Desde o lançamento da versão eletrônica do Sisvan, a sua cobertura média nos municípios permaneceu em torno de 14% até 2011, quando ampliou-se para 23,1%, em 2012 (CAISAN, 2013). Cabe destacar que cerca de 70% dos dados inseridos no Sisvan advêm do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, o que reforça o compromisso do setor saúde com as famílias beneficiárias, por meio do acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério (MAGALHÃES JUNIOR; JAIME; LIMA, 2013).

Contudo, deve-se reconhecer que outros arranjos organizacionais e tecnológicos como, por exemplo, a utilização de diferentes sistemas de informação, podem ser adotados para viabilizar a prática da VAN nos municípios. Da mesma forma, há alguns fatores limitadores da efetiva implantação e operacionalização da VAN na Atenção Básica, tais como tempo escasso para coleta e registro dos dados sobre alimentação, advindo da multiplicidade de atividades das UBS, falta

de computadores e equipamentos antropométricos, desatualização dos cadastros de endereços dos usuários para sua busca ativa, dificuldade de transmissão de informações desde os municípios aos níveis de gestão superiores e falta de priorização programática e política (ROMEIRO, 2006; FERREIRA; CHERCHIGLIA; CESAR, 2013).

Promoção da alimentação adequada e saudável

A organização das ações de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) na Atenção Básica deve considerar os determinantes sociais da saúde, com a definição de ações técnicas e políticas, de caráter amplo e intersetorial, que respondam às necessidades de cada território, a partir de estratégias que articulem equipamentos públicos, sociais e a comunidade (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007; BRASIL, 2012B).

Essas ações devem priorizar o desenvolvimento de habilidades e competências que gerem empoderamento e autonomia nos indivíduos, famílias e comunidades, considerando abordagens que levam em conta as especificidades do ciclo da vida (JAIME; ALVES; SILVA, 2013B). Poli Neto (2013, p. 58), em balanço sobre os 20 anos da Estratégia Saúde da Família, destaca que

o foco em programas e não em pessoas e a ideia de que para promover saúde é preciso estar longe do cuidado clínico dos problemas mais comuns são dilemas que ainda precisam ser superados,

sendo a promoção da alimentação saudável uma temática emergente em função do quadro epidemiológico atual.

A PAAS deve começar com a promoção do aleitamento e da formação de bons hábitos alimentares que, quando estabelecidos nos primeiros anos de vida, repercutem positivamente no estado nutricional das crianças, durante a infância e em outros ciclos vitais

(VITOLO ET AL., 2005). Neste sentido, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é uma ação de PAAS no âmbito da Atenção Básica que, por meio de uma proposta sistematizada de qualificação e Educação Permanente, visa promover a qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde para o fortalecimento da promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2013B; JAIME ET AL., 2011). Em seu primeiro ano de implementação, foram formados na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil cerca de mil tutores, atingindo aproximadamente cinco mil profissionais da Atenção Básica (CAISAN, 2013). Cabe aos tutores da estratégia fomentar a orientação alimentar como atividade de rotina nas UBS e realizar oficinas de trabalhos que devem envolver o conjunto dos profissionais.

Para outras fases do curso da vida, a PAAS é realizada por meio de atividades de educação alimentar e nutricional (MAGALHÃES; MARTINS; CASTRO, 2012; BRASIL, 2012B). Essas atividades são organizadas a partir de recomendações estabelecidas em dois guias alimentares publicados pelo Ministério da Saúde: 'Guia Alimentar para menores de dois anos' e 'Guia Alimentar para População Brasileira'. Com base nesses dois guias, mensagens específicas organizadas em 'Dez passos para Alimentação Saudável' foram adaptadas para os ciclos da vida (JAIME ET AL., 2013A). Guias alimentares como instrumentos de educação alimentar devem ser periodicamente revisados (WHO, 1996). Neste sentido, nova proposta para o 'Guia Alimentar para População Brasileira' é posta em consulta pública em 2014, visando à incorporação de novos paradigmas no campo da ciência da nutrição, como a categorização dos alimentos baseada no seu nível de processamento, e a necessidade de compreensão das práticas alimentares no contexto do sistema alimentar e de forma condizente com o atual estágio brasileiro de transição nutricional.

Prevenção e controle dos principais agravos nutricionais

Como mencionado anteriormente, a organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde deve ser orientada pelo perfil epidemiológico do território, que orientará a definição de prioridades para as ações. A desnutrição, as carências de micronutrientes (em especial, anemia e deficiência de vitamina A, em crianças e mulheres em idade fértil) e o sobrepeso/obesidade, assim como as doenças crônicas não transmissíveis e as necessidades alimentares especiais são consideradas demandas para a organização da atenção nutricional.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012, instituiu a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi), com vistas a impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência desse agravo em crianças menores de cinco anos de idade, por meio da estruturação e da qualificação de ações de atenção à saúde da criança e da organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica. Adotando uma forma inovadora de organização e financiamento das ações de alimentação e nutrição, a participação dos municípios elegíveis nesta Agenda foi condicionada à adesão voluntária com pactuação de metas relacionadas à organização da atenção nutricional à criança desnutrida que, por sua vez, condicionam os repasses financeiros da União aos municípios. O objetivo central da Agenda é induzir a construção de um Projeto de Saúde no Território com foco na desnutrição infantil, que contemple os seguintes aspectos: vigilância alimentar e nutricional; acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento

infantil; organização do cuidado à criança desnutrida; promoção da alimentação saudável; prevenção de carências de micronutrientes e o planejamento municipal para a implementação da Andi (BRASIL, 2013A).

Quanto às deficiências de micronutrientes, as ações são voltadas à prevenção e ao controle de anemia ferropriva, hipovitaminose A, beribéri (carência de tiamina) e distúrbios por deficiência de iodo. Elas combinam diferentes estratégias, que passam pela educação alimentar e nutricional, pela fortificação mandatória de alimentos (com ferro e ácido fólico nas farinhas de trigo e milho, e com iodo no sal) e pela suplementação com micronutrientes no âmbito da Atenção Básica (JAIME ET AL., 2011). Com a Agenda Brasil Carinhoso, lançada como parte integrante do Plano Brasil sem Miséria, os dois programas nacionais de suplementação com micronutrientes (Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A) foram atualizados em relação ao modelo de implantação, diretrizes clínicas e expansão de cobertura (BRASIL, 2013C; 2013D). Os profissionais da Atenção Básica possuem papel primordial nas ações de prevenção e controle das deficiências de micronutrientes, pois devem estar diretamente envolvidos na educação alimentar e nutricional, na orientação quanto ao consumo dos alimentos fortificados, e na distribuição e orientação quanto ao uso de suplementos pelo público-alvo dos programas.

O excesso de peso e a obesidade compõem cada vez mais o quadro de morbidade da população assistida pelas equipes de Atenção Básica. A partir deste diagnóstico, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Essa linha de cuidado traz, pelo seu próprio conceito, um conjunto de ações

que consideram, em seu fluxograma, a Atenção Básica, a Atenção Especializada Ambulatorial e a atenção hospitalar, estabelecendo, a partir de critérios de estratificação de risco, um conjunto de diretrizes para a organização desse cuidado e articulando questões vinculadas ao diagnóstico terapêutico e à regulação na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013E; JAIME ET AL., 2013A). Foram atualizadas as diretrizes e orientações para os profissionais da Atenção Básica organizarem o cuidado integral aos casos de excesso de peso (BRASIL, 2014A). Ainda não há avaliação, de processo e impacto, da implantação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade nos estados e municípios.

Ainda no contexto da organização do cuidado em alimentação e nutrição, as necessidades alimentares especiais, restritivas ou suplementares, devem ser consideradas. A PNAN considera as necessidades alimentares especiais de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causem mudanças relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (BRASIL, 2012A). Alguns agravos relacionados à alimentação e à nutrição podem implicar no uso de fórmulas nutricionais industrializadas. Como saúde e alimentação são consideradas direitos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), a solicitação de fórmulas nutricionais, por meio de ações judiciais contra as três esferas de gestão da saúde, tem crescido, constituindo-se como um problema para os gestores do SUS. Tal fato acompanha o fenômeno denominado judicialização da saúde, que envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão além do componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA ET AL., 2010). Desta forma, faz-se urgente a definição de modelos de financiamento e a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que orientem e disponham sobre a prescrição e a dispensação de fórmulas alimentares especiais e o acompanhamento de usuários com necessidades alimentares na Rede de Atenção à Saúde.

Ações intersetoriais

O reconhecimento dos determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) e da alimentação e do estado nutricional (ASSIS ET AL., 2007; MONTEIRO; CANNON, 2012) sinalizam a necessidade de articulação intersetorial, que envolve, além da saúde, educação, assistência social, produção e abastecimento de alimentos, trabalho e renda, e comunicação, entre outros itens, de modo a responder às necessidades de saúde e nutrição de indivíduos e coletividades, e a garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (BRASIL, 1988).

Para tanto, tem-se avançado no arcabouço político e legal com o objetivo de construir uma nova abordagem para o combate à fome, à pobreza e para a promoção da alimentação adequada e saudável. Em 2006, foram publicadas a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Lei nº 11.346-2006) e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Ambas apresentam, em suas bases diretivas, o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no SUS (RECINE; VASCONCELOS, 2011). De acordo com tal Lei, a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural, e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável (BRASIL, 2006). Em 2011, é lançado o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com metas e compromissos assumidos por diferentes setores para a promoção da segurança alimentar e nutricional (CAISAN 2013).

Algumas iniciativas e programas merecem referência em relação à intersetorialidade como elemento do cuidado em saúde na Atenção Básica e sua potencialidade para as ações de alimentação e nutrição. Destacam-se o Programa Saúde na Escola, que envolve

ações de VAN, promoção da alimentação saudável e prevenção de agravos nutricionais por meio da atuação conjunta das equipes de saúde e educação para educandos da rede pública de ensino (SILVA, 2014; JAIME ET AL., 2013A) e o Programa Bolsa Família, com seu desenho de transferência de renda acompanhado de condicionalidades de saúde e educação (MAGALHÃES JUNIOR; JAIME; LIMA, 2013), ambos fortemente presentes no cotidiano das equipes de saúde nos municípios.

Outro exemplo de iniciativa intersetorial é a recente proposta de uma resposta articulada – Estratégia Intersetorial para Prevenção e Controle do Sobrepeso e Obesidade –, elaborada no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional e que ainda tem o desafio de ser efetivamente implantada com compartilhamento interfederativo e intersetorial de responsabilidades e metas (CAISAN 2014). O seu sucesso dependerá de um modelo de governança que favoreça a ação conjunta e integrada de diferentes setores e a participação ativa da sociedade civil, com o objetivo de consolidar as ações, os espaços e as leis que protegem a saúde e promovem modos de vida saudáveis (JAIME ET AL., 2013A; BRASIL, 2014A).

Barreiras e desafios na agenda de alimentação e nutrição na Atenção Básica

A seguir, são apresentadas algumas barreiras e desafios por nós identificados para a efetiva implantação das ações em alimentação e nutrição no cuidado em saúde na Atenção Básica. Uma diz respeito à ainda baixa inserção de nutricionistas na gestão das ações de alimentação e nutrição, nos municípios e na sua execução no nível local (MATTOS; NEVES, 2009; CERVATO-MANCUSO, 2012). Tais ações de nutrição devem ser compreendidas como prática compartilhada nas equipes de Atenção Básica, resguardadas as competências e atribuições profissionais específicas (BRASIL, 2012A). Desta forma, o nutricionista tem

um importante papel, pois qualifica a atividade da equipe: desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território, com identificação das fontes de alimentação saudável ou não em sua área de abrangência, até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem, entre os usuários da Atenção Básica.

É preciso reconhecer os esforços de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família para melhora da qualidade da Atenção Básica à saúde, por meio da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). O Nasf constitui-se como um dispositivo estratégico para aumentar a abrangência das ações de Atenção Básica à saúde e ampliar a capacidade de resolutividade clínica das equipes, por meio do compartilhamento de saberes dos profissionais que compõem os núcleos – dentre eles, o nutricionista – em parceria com os demais profissionais das equipes mínimas (BRASIL, 2014B). Conforme dados de dezembro de 2013, a ESF conta com 2.930 equipes Nasf, em mais de 2.200 municípios, nos quais atuam 15.268 profissionais, distribuídos em três modalidades de formação, que universalizaram sua implementação no País.

À necessidade de ampliação do número de Nasf para assegurar maior inserção do nutricionista, Magalhães, Martins e Castro (2012) acrescentam a preocupação com a fragilidade na formação atual em nutrição para a prática na Atenção Básica e o exercício da intersetorialidade em seu processo de trabalho, faltando para tanto capacitações pedagógicas analíticas, dinâmicas, criativas e conscientes, em especial quando se trata da educação alimentar e nutricional.

Os incipientes monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição, que deveriam contar com financiamento tripartite, podem ser apontados como outras limitações. Como são poucas as metas relacionadas ao tema pactuadas nos instrumentos de planejamento em saúde nas três esferas de gestão do SUS, os indicadores relacionados à alimentação e à nutrição são, ainda, pouco

valorizados pelos gestores, profissionais e pelo controle social. No sentido de reverter esse cenário, foram propostos indicadores e padrões de qualidade em alimentação e nutrição no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), instituído pela portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011B). O PMAQ, por meio de diferentes dispositivos, tais como autoavaliação das equipes e avaliação externa, introduziu um modo diferente de financiar a Atenção Básica em seu componente Piso de Atenção Básica Variável (PABV), ao estimular que equipes de diferentes modelagens aderissem voluntariamente ao programa, ao promover a contratualização de compromissos e resultados, a implantação de diretrizes e padrões de acesso e qualidade e, conforme avaliação de cada equipe, ao efetuar o repasse de recursos em função dos resultados dessa avaliação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Sendo uma iniciativa recente em fase de implantação, ainda não foram disponibilizados, em relatórios gerenciais do PMAQ e tampouco em estudos acadêmicos independentes, resultados do desempenho das equipes de Atenção Básica no que tange às ações de alimentação e nutrição.

Recentemente foi contratada uma avaliação sobre o repasse fundo a fundo para ações de alimentação e nutrição. Resultados preliminares indicaram que nos estados e municípios há o reconhecimento de que a existência do Fundo, mesmo que com problemas, tem gerado oportunidades e resultados positivos concretos para a Política de Alimentação e Nutrição. Registrou-se regularidade no repasse de recursos, o que contrasta com o

baixo desempenho na execução financeira. Entraves burocráticos no nível local e a falta de compreensão sobre os repasses fundo a fundo impedem a sua execução em algumas Unidades da Federação (SANTOS; SANTOS; PASSOS, 2013).

Por fim, a alimentação e a nutrição adequadas, reconhecidas enquanto requisitos básicos para a integralidade da atenção em saúde e garantia dos direitos humanos à saúde e à alimentação, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do País, representada pela dupla carga de doenças relacionadas à alimentação, que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída da desnutrição e das carências nutricionais específicas, como a anemia e a deficiência de vitamina A, e o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como o excesso de peso e as necessidades alimentares especiais.

Os avanços atuais das políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil, assim como o fortalecimento das ações específicas de cuidado na Atenção Básica, são promissores. Por outro lado, reconhece-se que seja longo o caminho a ser percorrido em direção a sua definitiva consolidação no SUS. O diálogo, a planejamento conjunto e a integração entre os diferentes setores governamentais e da sociedade em torno do processo de formulação e implementação das políticas, programas e ações de alimentação e nutrição são caminhos indispensáveis para o êxito de tais iniciativas. ■

Referências

- ASSIS, A. M. O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007.
- BATISTA FILHO, M.; ASSIS A. M.; KAC G. Transição nutricional: conceito e características. In: KAC, G., SICHIERI R.; GIGANTE, D. (Org.). *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007.
- BORTOLINI, G. A. et al. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *The Journal of Pediatrics*, v. 89, n. 6, p. 608-613, 2013.
- BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, 2012.
- BRASIL. *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Populações Indígenas 2008-2009. Relatório Final*. Brasília, DF: FUNASA, 2009b.
- . Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- . Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- . Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, 38)
- . Ministério da Saúde. *Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.
- . Ministério da Saúde. *Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil*: Portaria nº 2387, de 18 de outubro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.
- . Ministério da Saúde. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c.
- . Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, 39)
- . Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, DF, 2009a.
- . Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013e. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html>>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 1920, de 05 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 29 abr. 2014.

- _____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Suplementação de ferro: manual de condutas gerais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.
- _____. Ministério da Saúde. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília, DF: MDS, 2012b.
- _____. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a.
- _____. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- _____. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos*. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: 1990b.
- _____. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 abr. 2014
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp.77-93, 2007.
- CADERNOS DE ESTUDOS: desenvolvimento social em debate: Políticas sociais e chamada nutricional quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Brasília, DF: MDS; SAGI, n.9, out. 2008.
- CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN). *Balanco das ações do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PLANSAN 2012-2015*. Brasília, DF: MDS; Secretaria Executiva da CAISAN, 2013.
- _____. *Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade: recomendações para estados e municípios*. Brasília, DF: MDS; CAISAN, 2014.
- CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. . A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). *A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil: indicadores e monitoramento da constituição de 1988 aos dias atuais*. Brasília, DF: CONSEA, 2010.
- COUTINHO, J. G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 688-699, 2009.
- FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, 2007.
- FERREIRA, C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; CESAR, C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 13, n. 2, p. 167-177, 2013.
- JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.
- JAIME, P. C. et al. . Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obesity Reviews*, Malden, v. 14, supl. 2, p. 88-95, 2013a.
- JAIME, P. C.; ALVES, K. P. S.; SILVA, A. C. F. Abordagem da alimentação saudável e da mudança de

- hábitos alimentares na Estratégia Saúde da Família. In: Augusto DK, Umpierre RN (Org.). *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade* / PROMEF. v. 7, n. 4, p. 47-82, 2013b.
- LIMA, A. M. C. de. *O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: a intersectorialidade em ação*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- MAGALHÃES, A. P. A.; MARTINS, K. C.; CASTRO, T. G. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 463-470, 2012.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. de. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Campello T; Neri M.C. (Org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: Ipea, 2013.
- MATTOS, P. F.; NEVES, A. S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Revista Práxis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 11-15, 2009.
- MARTINS, A. P. B. et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira. (1987-2009). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013.
- MONTEIRO, C. A. et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bulletin of World Health Organization*, Genebra, v. 88, n. 4, p. 305-11, 2010.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The Impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil. *PLoS Med*, Cambridge, v. 9, n. 7: e1001252, 2012.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.
- POLI NETO, P. Vinte anos da ESF: pontos para se comemorar, outros para se preocupar. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 35/36, p. 58. 2013.
- POPKIN, B. M. An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*, Cambridge, v. 5, n. 1, p. 93-103, 2002.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*, London, v. 382, p. 57-64. 2013.
- RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.
- ROMEIRO, A. A. F. *Avaliação da implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN, no Brasil*. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.
- SALDIVA, S. R. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother’s educational level. *Nutrition Journal*, London, v. 13, n. 33, 2014. Disponível em: <www.nutritionj.com/content/13/1/33. 2014>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- SANTOS, L. M. P. Obesity, poverty, and food insecurity in Brazilian males and females. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 237-239. 2013.
- SANTOS, L. M. P.; SANTOS, S. M. C.; PASSOS, M. F. D. *Avaliação do repasse anual fundo a fundo para estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição: Relatório Parcial*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2013. (Mimeo)

- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet Brazil Series Working Group. *Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SOUZA, A. M. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, suplemento 1, p. 190S-9S, 2013.
- SILVA, A. C. F. *Programa Saúde na Escola: análise da gestão local, ações de alimentação e nutrição e estado nutricional dos escolares brasileiros*. 2014. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.
- VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet Brazil Series Working Group. *Lancet*, London, v. 377, n. 9782, p. 2042-53. 2011.
- VITOLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1448-1457, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/ FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITES NATIONS. *Preparation and use of food-based dietary guidelines*. Report of a joint FAO/WHO consultation Nicosia, Cyprus. Geneva: WHO, 1996.

Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011

Evaluation of the normative structure of the National Oral Health Policy - Brasil Sorridente, from 2003 to 2011

Moacir Paludetto Junior¹, Leonor Maria Pacheco Santos², Marcio Florentino Pereira³, Gilberto Alfredo Pucca Junior⁴

¹ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Assessor Técnico da Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
moacirjunior@saude.gov.br

² Doutora em Pathology pela University of Tennessee (UTK) – Knoxville (Tennessee), Estados Unidos. Chefe do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
leopac@unb.br

³ Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
marcio.florentino@saude.gov.br

⁴ Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professor do Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
gilberto.pucca@saude.gov.br

RESUMO Ao analisar as políticas públicas de saúde bucal anteriores às da última década, verifica-se um modelo com foco materno-infantil, altamente excludente, aliado à precariedade do papel do governo no fornecimento de serviços. A partir do ano de 2003, a saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal, e uma ação orçamentária específica foi criada para esta área com a publicação do Plano Plurianual 2004-2007. Com o objetivo de avaliar as transformações ocorridas na Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (PNSB), este estudo, de característica qualitativa, abordou tal política sob o ponto de vista dos instrumentos normativos publicados pelo governo federal entre os anos de 2003 e 2011. A criação de novas frentes de atuação aliadas aos redirecionamentos e ao aumento do financiamento das frentes já implantadas favoreceu a construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, porém frágil, sob o ponto de vista do arcabouço normativo, ao comparar com outras implantadas que possuem leis e decretos em seu arcabouço legal.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal; Política de saúde; Gestor de saúde.

ABSTRACT When analyzing public policies of oral health previous to the last decade, it is found a model with a mother-infant focus, highly exclusionary when combined with the precarious role of government in providing services. As of 2003, oral health in Brazilian Health System (SUS) has become part of the federal government's priority agenda and a specific budget action was created for this area since the publishing of the 2004-2007 Multiannual Plan. Aiming on the evaluation of changes occurred in National Oral Health Policy - Brasil Sorridente (PNSB) this study of qualitative characteristic, addressed the structure of this policy from the point of view of the normative instruments published by the federal government between 2003 and 2011. The creation of new fronts combined with changes and increased funding of already established fronts, favored the construction of an oral health policy with a more solid foundation, but fragile from the point of view of the normative structure in comparison with others that have laws and decrees in their legal frameworks.

KEYWORDS Oral Health; Health policy; Health manager.

Introdução

Ao analisar as políticas públicas de saúde bucal anteriores às da última década, verifica-se um modelo com foco materno-infantil, altamente excludente, aliado à precariedade do papel do governo no fornecimento de serviços (PUCCA JUNIOR *ET AL.*, 2009). Programas como os lançados pelo Ministério da Saúde no final da década de 1980 – implantados em desarmonia com os princípios do SUS – foram extintos logo após a sua criação e, na década que se seguiu, poucas foram as iniciativas na área da saúde bucal (FRAZÃO, 2009).

A partir do ano de 2003, a saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal (MACHADO, 2011) e a ter orçamento específico a partir da criação de uma ação orçamentária para essa área, com a publicação do Plano Plurianual 2004-2007 (IPEA, 2008). Em 2004, após ampla discussão e proposições geradas nas últimas décadas, aliadas às experiências de programas de saúde bucal desenvolvidos pelos municípios (CUNHA *ET AL.*, 2011), convergentes com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS-a) e de Saúde Bucal (CNSB) (BRASIL, 2004A), porém ignoradas em governos anteriores (NARVAI; FRAZÃO, 2008), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram apresentadas como documento norteador para a organização da atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004A) e denominadas Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Entre os documentos federais, as publicações normativas orientaram a inserção das equipes de Saúde Bucal (eSB) nas equipes de Saúde da Família (eSF), de 2000 a 2003; e a trajetória de PNSB, a partir de 2004.

Este artigo tem como objetivo avaliar as transformações ocorridas na PNSB por meio de documentos normativos federais

publicados entre os anos de 2003 e 2011.

Metodologia

Indicadores de estrutura, processo e resultado propostos por Donabedian como mecanismos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde têm sido amplamente adotados em estudos de avaliação de políticas de saúde (DONABEDIAN, 1980; 1990; 1992; CONTANDRIOPOULOS *ET AL.*, 1997). Estudos publicados em 2003 e 2007 adaptaram e empregaram essa metodologia para avaliação de programas de segurança alimentar e nutrição no Brasil (SANTOS; SANTOS, 2003; 2007).

A adaptação do modelo de Donabedian, aplicado às políticas sociais, elencou várias características ligadas aos três indicadores anteriormente propostos. Para a dimensão de estrutura, os autores utilizam

instrumentos normativos, recursos materiais e equipamentos disponíveis, competências organizacionais, infraestrutura para monitoramento e controle do programa (SANTOS; PASQUIM; SANTOS, 2011).

como elementos de pesquisa.

Este estudo qualitativo abordou a estrutura da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente sob o ponto de vista dos instrumentos normativos publicados pelo governo federal entre os anos de 2003 e 2011. Devido à característica do estudo envolver apenas dados de domínio público de acesso irrestrito, não foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (sistema CEP/Conep) (BRASIL, 2012A).

Resultados e discussão

No ano de 2002, um dos cadernos temáticos publicados do programa de governo do então candidato Luiz Inácio ‘Lula’ da Silva sinalizava a prioridade que a saúde bucal

passaria a ter a partir de 2003 (Coligação Lula Presidente, 2002) e, em 10 de abril de 2003, o Gabinete do Ministro editou a Portaria nº 431, que nomeou um responsável para coordenar a saúde bucal no âmbito federal (BRASIL, 2003).

As eSB, vinculadas às eSF pelo governo federal a partir de janeiro de 2001, tiveram os valores dos incentivos financeiros de custeio reajustados pelo governo federal em 20% com a publicação da Portaria nº 396/GM, de 04 de abril de 2003. Com esse aumento, os novos valores mensais repassados foram de R\$ 1,3 mil para as eSB modalidade I (eSB I) e R\$ 1,6 mil para as eSF modalidade II (eSB II). Em junho de 2003, com a publicação da Portaria nº 673/GM, o governo federal equiparou o teto de implantação (que era de uma eSB para duas eSF) entre eSB e eSF (*quadro 1*).

Em 14 de janeiro de 2004, o Ministro da Saúde,

considerando a importância da participação dos órgãos, entidades e representantes da sociedade civil e da comunidade científica na definição de instrumentos técnicos e normativos como apoio à elaboração e desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2004D)

assinou a Portaria nº 36/GM, que substituiu a Comissão de Assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Nesse mesmo dia, o Conselho Nacional de Saúde (CNS-b), em sua 138ª reunião ordinária, decidiu pela realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (*quadro 1*).

Em 20 de janeiro de 2004, foi publicada a Portaria nº 74/GM (BRASIL, 2004F), que reajustou os incentivos de custeio mensal das eSB I e eSB II, que passaram a ser de R\$ 1,7 mil e R\$ 2,2 mil, respectivamente. Além disso, determinou o fornecimento de equipo odontológico completo para as eSB II e também inseriu os procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na Atenção Básica. Essa portaria também

reajustou o valor de implantação repassado às eSB para R\$ 6 mil (20% superior ao recurso repassado até então) e orientou que a utilização do recurso de implantação fosse para a compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos, inclusive aqueles utilizados para a confecção de próteses dentárias (*quadro 1*).

Apresentadas na 139ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 04 e 06 de fevereiro de 2004 (CNS, 2004), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram aprovadas em reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorrida em 12 de fevereiro de 2004 (*quadro 1*). Esse documento foi:

[...] resultado de um processo de discussão com os coordenadores estaduais de saúde bucal, coordenadores de Atenção Básica na totalidade dos estados brasileiros e das entidades de categorias, tendo como base os preceitos da reforma sanitária, em particular, as diretrizes da 8ª Conferência Nacional da Saúde e seus desdobramentos por meio da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNS, 2004).

Devido à sua natureza técnica e política, este documento se encontra em permanente construção.

No dia 04 de março de 2004, o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 318/GM (BRASIL, 2004G), que convocou a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. No dia 17 de março de 2004, no município de Sobral (CE), o Programa Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente foi lançado pelo Presidente da República, que, na ocasião, disse:

[...] não é um programa qualquer. É um programa de respeito àquilo que temos de mais sagrado, que é a dignidade humana [...] é uma coisa que vai passar para a História. Levar a sério a saúde bucal do nosso povo, porque, no Brasil, lamentavelmente, qualquer parte do corpo humano sempre foi tratada como uma

questão de saúde pública, mas a boca, por onde entra tudo que a gente come, nunca foi tratada com o menor respeito por todos aqueles que pensam em saúde neste País (*quadro 1*) (BRASIL, 2004F).

No mesmo mês em que o Brasil Sorridente foi lançado, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 518/GM, de 25 de março de 2004 (BRASIL, 2004H), que

estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências (*quadro 1*).

Nos anos seguintes (2005 e 2006), o Ministério da Saúde publicou cartilhas de orientações a respeito do financiamento e da implantação dos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público aos gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005C).

Entre os dias 29 de julho e 04 de agosto de 2004 foi realizada a 3ª CNSB, em Brasília, cujo tema central foi: 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Cerca de 90 mil pessoas participaram das etapas municipais e estaduais, e foram representadas pelos 883 delegados eleitos para a etapa nacional, dos quais 447 eram representantes dos usuários; 228, dos trabalhadores; e 208, dos prestadores e gestores de saúde (BRASIL, 2004E).

No mesmo mês da realização da 3ª CNSB, o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho, que

estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (BRASIL, 2004I).

Segundo essa portaria, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) poderiam ser implantados em duas modalidades:

CEO tipo I e CEO tipo II. As áreas mínimas em que os CEO passaram a atuar foram: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; e endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. A diferença entre o CEO tipo I e o CEO tipo II está no número de cadeiras odontológicas – três cadeiras para o CEO tipo I e de quatro a seis cadeiras para CEO tipo II – e no quantitativo mínimo de procedimentos a serem realizados. Já os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), segundo essa portaria, realizariam a confecção de próteses dentárias totais e parciais removíveis. A portaria também estabeleceu que poderia ser habilitado um LRPD em regiões com menos de 500 mil habitantes e, em regiões de saúde com mais de 500 mil habitantes, poderia ser habilitado um LRPD a cada grupo de 500 mil habitantes. Caso o LRPD fosse instalado em um CEO, a região poderia habilitar outro LRPD. Quanto à natureza jurídica, esses LRPD poderiam ser públicos ou privados (*quadro 1*).

Em complemento a publicação da Portaria nº 1.570/GM, foram assinadas, no mesmo dia, as portarias nº 1.571/GM e nº 1.572/GM. A Portaria nº 1.571/GM estabeleceu o financiamento dos CEO e o quantitativo mínimo dos procedimentos que os CEO deveriam realizar. O valor do recurso de repasse estabelecido pelo Ministério da Saúde para o CEO tipo I foi de R\$ 40 mil de implantação e R\$ 6,6 mil por mês como recurso de custeio; e para o CEO tipo II foi de R\$ 50 mil de implantação e R\$ 8,8 mil por mês como recurso de custeio. A Portaria nº 1.572/GM estabeleceu o pagamento de próteses dentárias totais, sendo que o valor repassado pelo Ministério da Saúde foi de R\$ 30 por prótese confeccionada, e limitado ao quantitativo de 242 próteses por mês (*quadro 1*).

Em setembro de 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, lançou o primeiro edital sobre saúde bucal, com o objetivo de:

[...] expandir a produção do conhecimento básico e aplicado sobre saúde bucal, que contribua para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira e para a superação das desigualdades regionais e socioeconômicas, por intermédio do apoio a projetos cooperativos de pesquisa executados por grupos atuantes no tema (BRASIL, 2004B).

Cerca de R\$ 1,3 milhão foram destinados para esse edital e 28 projetos de pesquisa foram financiados (BRASIL, 2012B).

No ano de 2005,

considerando a necessidade de apoiar, no tempo adequado, municípios e estados e o Distrito Federal na fase de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas

e “considerando a necessidade de acelerar o processo de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas” (BRASIL, 2005B), o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro, que possibilitou a antecipação do recebimento do recurso de implantação dos CEO e estabeleceu um prazo de três meses para o início do funcionamento após o recebimento do recurso. Em 04 de julho de 2005, o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 1.063/GM, que criou a modalidade de CEO tipo III e estabeleceu que poderia ser credenciado um LRPD para cada grupo de cem mil habitantes (*quadro 1*).

No final de 2005, o governo federal lançou a Política de Atenção Oncológica, por meio da Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro:

[...] reconhecendo o câncer como um problema de saúde pública e criando a Rede de Atenção Oncológica, uma rede de trabalho cooperativo para o controle do câncer, com a participação do governo federal, secretarias estaduais e municipais de saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de

organizações não-governamentais e a sociedade em geral (BRASIL, 2005A).

No dia 19 do mesmo mês, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 741/GM, que

Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e suas aptidões e qualidades (BRASIL, 2005C).

Esta portaria define a atividade de odontologia entre as atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação de rotina e de urgência. No caso das Unacon, as atividades referentes à saúde bucal podem ser oferecidas no próprio estabelecimento ou podem ser referenciadas, ao passo que, nos Cacon, essas atividades deverão ser oferecidas no próprio estabelecimento.

Em 24 de março de 2006, foi publicada a Portaria nº 599/GM. Esta portaria “define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento” (BRASIL, 2006B), substituiu a Portaria nº 1.570/GM, publicada em 2004, e estabelece que os LRPD podem se credenciar com qualquer base populacional. No mesmo dia, o Ministério da Saúde também editou a Portaria nº 600/GM, que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e estabelece o quantitativo mínimo de procedimentos que os CEO devem realizar mensalmente. Nessa portaria, os valores de financiamento publicados anteriormente para os CEO tipo I e II foram mantidos, e foram estabelecidos os valores de financiamento para o CEO tipo III, sendo R\$ 80 mil de recurso de implantação e R\$ 15,4 mil por mês, de recurso de custeio (*quadro 1*).

Nesse mesmo ano, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa publicação foi o volume 4 de uma série de

14, da coletânea Pactos pela Saúde, publicada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Entre as portarias presentes na PNAB, está a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que

aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (*quadro 1*).

A PNAB contou também com a Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, que

Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006C).

Essa portaria reajustou em 50% o recurso de custeio das eSB que atendem as populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, bem como o recurso de implantação das eSB para R\$ 7 mil (R\$ 1 mil a mais, comparado ao recurso pago anteriormente). As formas de utilização do recurso de implantação também foram ampliadas ao possibilitar que, além de investimentos nas Unidades Básicas de Saúde, ele seja utilizado para a realização do Curso Introdutório presente no item 5 do capítulo II da PNAB (*quadro 1*).

Com a finalidade de

assessorar o Departamento de Atenção Básica – Área Técnica de Saúde Bucal – DAB/SAS/MS, na identificação de prioridades, formulação de diretrizes técnicas na área de Vigilância em Saúde Bucal, bem como em avaliações sistemáticas da qualidade das

informações (BRASIL, 2006D),

o Ministério da Saúde editou, em dezembro de 2006, a Portaria nº 939/SAS, que instituiu o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA-VSB (*quadro 1*).

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, lançou o segundo edital de pesquisa, com objetivo de “apoiar atividades de pesquisa científica, tecnológica e de inovação, mediante a seleção de propostas para apoio financeiro a projetos” relacionados à saúde bucal (BRASIL, 2008B). Nesse edital, 24 projetos foram contemplados e cerca de R\$ 1,2 milhão foram investidos (BRASIL, 2012D).

Em setembro de 2008, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 406, de 12 de setembro de 2008, criou a Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (Cisb), que tem como objetivo:

assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. Além disso, cabe à Comissão acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde Bucal; monitorar a organização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, acompanhar as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e contribuir com os demais colegiados do controle social no monitoramento das ações e recursos destinados a população (CNS, 2008A).

Um novo reajuste dos recursos de custeio mensal das eSB foi concedido em 2008, por meio da publicação da Portaria nº 2.489/GM, de 21 de outubro, sendo que os recursos repassados para as eSB I passaram a ser R\$ 1,9 mil e das eSB II, R\$ 2,45 mil. Em dezembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde concede um novo reajuste para estas equipes por meio da Portaria nº 3.066/GM e as eSB passaram a receber R\$ 2 mil e R\$ 2,6 mil, respectivamente (BRASIL, 2008A). Também em dezembro de 2008,

o governo federal publicou a Lei nº 11.889, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

No início do ano de 2009, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 302/GM, de 17 de fevereiro, que estabeleceu que “profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderiam ser incorporados às equipes de Agentes Comunitários de Saúde – eACS” (*quadro 1*), porém, mesmo com essa portaria em vigor, as eSB passaram a ser incorporadas a partir de sua republicação, em abril de 2009, com a seguinte redação:

estabelecer que profissionais de Saúde Bucal, que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família, poderão ser incorporados às equipes de Agentes Comunitários de Saúde – eACS (BRASIL, 2009).

Em abril de 2009, o CTA-VSB e a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) iniciaram os trabalhos para a realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010 (RONCALLI, 2010). Em outubro de 2009, várias portarias relacionadas diretamente ao financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal foram publicadas. A Portaria nº 2.371/GM “institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM” (BRASIL, 2009B). Essa portaria possibilitou a compra de 160 UOM para 160 municípios. Além da compra, o Ministério da Saúde estabeleceu o repasse de R\$ 3,5 mil em parcela única destinada à compra de instrumentais necessários para o atendimento e R\$ 4,68 mil mensais como recurso de custeio para os municípios que receberam essas unidades (*quadro 1*).

A Portaria nº 2.372/GM criou o “plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2009C). Esse plano garantiu o envio de equipo odontológico completo (composto por uma cadeira

odontológica e um *kit* de peças de mão) para todas as eSB implantadas a partir de outubro de 2009. Essa portaria ainda recomendou que o recurso de investimento das eSB seja destinado também para a aquisição de instrumentais discriminados em seu respectivo anexo, além das recomendações dispostas nas portarias nº 648/GM e nº 650/GM, ambas de 28 de março de 2006 (*quadro 1*).

A Portaria nº 2.373/GM alterou a Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. A partir dessa publicação, o gestor municipal pôde credenciar o CEO com recursos próprios e a solicitação de implantação de LRPD pôde ser feita por meio de ofício encaminhado à ‘Área Técnica de Saúde Bucal’ do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2.374/GM, assinada também em outubro de 2009, reajusta os valores de referência das próteses dentárias para R\$ 60 em média, insere o financiamento no teto da Média e Alta Complexidade dos municípios, estados e Distrito Federal, e amplia os procedimentos possíveis de serem realizados pelos municípios habilitados com LRPD (*quadro 1*).

Em dezembro de 2009, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 3.189/GM, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). No artigo 3º dessa portaria, entre as áreas estratégicas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio na saúde, estão a Saúde Bucal e a Prótese Dentária (*quadro 1*).

Considerando a necessidade de viabilizar o acesso à atenção em saúde bucal de pessoas com necessidades especiais, o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 1.032/GM, de 05 de maio de 2010, que possibilitou o atendimento desse grupo de pessoas no âmbito hospitalar. Nesse mesmo ano, a Portaria nº 600/GM, de 2006, foi alterada pela Portaria nº 2.898/GM, de 21 de setembro de 2010. Essa portaria manteve os valores dos financiamentos de implantação e custeio publicados, porém atualiza os códigos e as porcentagens dos procedimentos a serem cumpridos nos

CEO (*quadro 1*).

Com a publicação do Decreto Presidencial nº 7.336, em 20 de outubro de 2010, a Coordenação Geral de Saúde Bucal passou a fazer parte da estrutura regimental do Ministério da Saúde, submetida ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010A). Com base nesse decreto, o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 3.728/GM, de 01 de dezembro de 2010, que nomeou um coordenador geral de Saúde Bucal (BRASIL, 2010B).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde divulgou os resultados principais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010C). Essa pesquisa, financiada pelo Ministério da Saúde, coordenada pelo CTA-VSB, realizada em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possibilitou

conhecer a situação de saúde bucal da população brasileira urbana em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2011D).

Em 2010, com a publicação da Portaria nº 718S/AS, de 20 de dezembro, o Ministério da Saúde possibilitou a realização de procedimentos de ortodontia e implantes no Sistema Único de Saúde. Em 08 de fevereiro de 2011, essa portaria foi retificada, mantendo-se o

elenco de procedimentos (*quadro 1*).

Em 19 de abril de 2011, no primeiro ano de gestão da Presidenta Dilma Rousseff, o Ministro da Saúde realizou o lançamento do Brasil Sorridente Indígena, com a publicação das diretrizes do componente indígena da PNSB (*quadro 1*). Em maio de 2011, o Ministério da Saúde concedeu um novo reajuste nos procedimentos realizados pelos municípios habilitados com LRPD, por meio da Portaria nº 211S/AS, de 13 de maio. A respeito desta mesma portaria, a Coordenação Geral de Saúde Bucal publicou nota técnica explicando que os valores repassados aos municípios, estados ou ao Distrito Federal deveriam ser baseados em suas faixas de produção: de 20 a 50 próteses, R\$ 5 mil por mês; de 51 a 150 próteses, R\$ 15 mil por mês; e acima de 151 próteses, R\$ 20 mil por mês (BRASIL, 2011A).

Em 02 de junho de 2011, a Presidenta Dilma Rousseff lançou o Plano Brasil Sem Miséria, instituído pelo Decreto nº 7.492, publicado neste mesmo dia e com o objetivo de

promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da pobreza (BRASIL, 2011C).

O Brasil Sorridente ganhou destaque ao aparecer como meta de ampliação dos serviços públicos, na divulgação do caderno do Plano Brasil Sem Miséria (BRASIL, 2011E). Também em julho de 2011, o Ministério da Saúde atualizou a lista de procedimentos que havia sido publicada pela Portaria nº 2.898/GM, de 21 de setembro de 2010, ao editar a Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011B). Em julho de 2011, foi publicada a Portaria nº 1.599/GM, que reajusta o valor de custeio mensal das eSB I e II para R\$ 2,1 mil e R\$ 2,8 mil, respectivamente (*quadro 1*).

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio das portarias nº 1.454S/AS e nº 576/SAS, ambas de 19 de julho de 2011, e nº 2.396/GM, de 13 de outubro de 2011, e possibilitou que tanto os profissionais das eSB quanto os profissionais de saúde bucal que não fazem parte das eSB façam parte do PMAQ-AB, bem como o aumento do repasse financeiro por

equipe de Saúde Bucal (mínima ou da eSF) que aderisse ao programa (*quadro 1*).

Após a pactuação na reunião da CIT ocorrida no dia 29 de setembro de 2011, o Ministério da Saúde aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 (*quadro 1*).

Quadro 1. Legislação pertinente e eventos da PNSB – Brasil Sorridente

Legislação	Característica	Evento
Port. nº 1444/GM (29/12/2000)	Estabelece incentivo financeiro para as eSB no PSF, com limitação de implantação de uma eSB para cada duas eSF	Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. Depois de implantada, a eSB receberia R\$ 5 mil como recurso de implantação, R\$ 1,08 mil como recurso de custeio para eSB mod. I e R\$ 1,33 mil para eSB mod. II. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=85&data=29/12/2000
Port. nº 267/GM (07/03/2001)	Aprova as normas e diretrizes de inclusão das eSB no PSF	Regulamenta a Port. nº 1.444/GM. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=07/03/2001
Port. nº 396/GM (08/04/2003)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das eSB no PSF	Reajuste de 20% nos valores mensais repassados para as eSB mod. I (R\$ 1,08 mil para R\$ 1,3 mil) e para as eSB mod. II (R\$ 1,3 mil para R\$ 1,6 mil). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=24&data=14/04/2003
Port. nº 673/GM (04/06/2003)	Atualiza o teto das eSB no PSF	Equiparação de implantação entre eSB e eSF. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=04/06/2003
Port. nº 36/GM (14/01/2004)	Criação da Comissão de Assessoramento da Coordenação Geral de Saúde Bucal	Constitui grupo técnico para participar na definição de instrumentos técnicos e normativos, como apoio à elaboração e desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/01/2004&jornal=2&pagina=19&totalArquivos=28
138ª Reunião Ordinária do CNS (14/01/2004)	Decisão da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	Decisão do Conselho Nacional de Saúde favorável para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm
Port. nº 74/GM (22/01/2004)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros das eSB no PSF e insere os procedimentos de prótese na Atenção Básica	Reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as eSB (R\$ 5 mil para R\$ 6 mil), reajuste no valor de custeio repassado para as eSB mod. I (R\$ 1,3 mil para R\$ 1,7 mil), para as eSB mod. II (R\$ 1,6 mil para R\$ 2,2 mil) e inclusão dos procedimentos clínicos de prótese dentária na Atenção Básica. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=22/01/2004
Reunião Ordinária CIT (12/02/2004)	Aprovação das Diretrizes da PNSB na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	Discussão e aprovação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em reunião da CIT. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28797
Port. nº 318/GM (04/03/2004)	Convocação para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	Assinatura, pelo Ministro da Saúde, da portaria que convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=40&data=05/03/2004

	Lançamento do Brasil Sorridente	Lançamento oficial do Programa Brasil Sorridente pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no dia 17 de março de 2004. http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos
Port. nº 518/GM (25/03/2004)	Estabelece os procedimentos e as responsabilidades relativas ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade	Estabelece o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água e o número mínimo de amostras para o controle da qualidade da água dos sistemas de abastecimento, para fins de análises. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=266&data=26/03/2004
	Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal	Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, entre os dias 29 de julho e 04 de agosto de 2004, em Brasília (DF).
Port. nº 1570/GM (29/07/2004)	Estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD	Cria estabelecimentos de referência para a Atenção Especializada em saúde bucal (CEO I e CEO II) e habilita laboratórios de próteses dentárias. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=71&totalArquivos=196
Port. nº 1571/GM (29/07/2004)	Estabelece o financiamento dos CEO e o quantitativo mínimo dos procedimentos a serem realizados	Estabelece o financiamento para CEO tipo I de R\$ 40.000 para implantação e R\$ 6,6 mil por mês como recurso de custeio, e R\$ 50 mil de implantação e R\$ 8,8 mil por mês como recurso de custeio para os CEO tipo II. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=72&totalArquivos=196
Port. nº 1571/GM (29/07/2004)	Estabelece o financiamento dos CEO e o quantitativo mínimo dos procedimentos a serem realizados	Estabelece o financiamento para CEO tipo I de R\$ 40.000 para implantação e R\$ 6,6 mil por mês como recurso de custeio, e R\$ 50 mil de implantação e R\$ 8,8 mil por mês como recurso de custeio para os CEO tipo II. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=72&totalArquivos=196
Port. nº 1572/GM (29/07/2004)	Estabelece o financiamento das próteses dentárias	Estabelece o financiamento de R\$ 30 por prótese produzida. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=73&totalArquivos=196
Port. nº 714/GM (19/12/2005)	Define as atividades a serem realizadas pelas Unacon e Cacon	Esta portaria define a atividade de odontologia entre as atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação de rotina e de urgência. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html
Port. nº 1.063/GM a (04/07/2005)	Revoga a Port. nº 1570/GM, cria o CEO tipo III e estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD	Esta portaria cria o CEO tipo III e mantém um porte populacional mínimo de cem mil habitantes para implantação do LRPD. Essa portaria foi revogada pela Port. nº 2.442/GM b (09/12/2005). http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=05/07/2005&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=176a http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=36&data=12/12/2005b
Port. nº 599/GM (24/03/2006)	Revoga a Port. nº 1570/GM, cria o CEO tipo III e estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD	Substitui a Port. nº 1.063/GM e estabelece que os LRPD poderão se credenciar sem a necessidade de terem um porte populacional mínimo. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=24/03/2006
Port. nº 600/GM (24/03/2006)	Atualiza os valores de financiamentos dos CEO	Mantém os valores de financiamento anteriormente publicados na Portaria nº 1570/GM e estabelece o financiamento para o CEO tipo III, sendo R\$ 80 mil como recurso de implantação e R\$ 15,4 mil como recurso mensal de custeio. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104
Port. nº 648/GM (29/03/2006)	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica	Estabelece as responsabilidades de cada esfera do governo para o cumprimento dos princípios da Atenção Básica. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=29/03/2006

Port. nº 650/GM (29/03/2006)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de implantação das eSB no PSF e estabelece novos incentivos de custeio para as eSB	Reajusta o valor do incentivo de implantação das eSB de R\$ 6 mil para R\$ 7 mil e passa a transferir 50% a mais do recurso de custeio para as eSB que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=29/03/2006&jornal=1&pagina=76&totalArquivos=168
Port. nº 939/GM (21/12/2006)	Criação do Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA-VSB	Constitui um grupo técnico para assessorar o Departamento de Atenção Básica – Área Técnica de Saúde Bucal – DAB/SAS/MS, na identificação de prioridades, formulação de diretrizes técnicas na área de Vigilância em Saúde Bucal, bem como em avaliações sistemáticas da qualidade das informações. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=151&data=22/12/2006
Resolução nº 406 CNS (12/09/2008)	Criação da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB) do CNS.	Constitui u uma comissão para assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=341&data=29/10/2008
Port. nº 2849/GM (22/10/2008)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das eSB no PSF	Reajuste no valor de custeio repassado para as eSB (R\$ 1,7 mil para R\$ 1,9 mil por mês) e para as eSB mod. II (R\$ 2,2 mil para R\$ 2,45 mil). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=61&data=22/10/2008
Port. nº 3066/GM (22/12/2008)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das eSB no PSF	Reajuste no valor de custeio repassado para as eSB mod. I (R\$ 1,9 mil para R\$ 2 mil) e para as eSB mod. II (R\$ 2,45 mil para R\$ 2,6 mil). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=88&data=24/12/2008
Lei nº 11.889 (24/12/2008)	Regulamentação do exercício das profissões de TSB e ASB	As profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) são regulamentadas pelo governo federal. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=26/12/2008
Port. nº 302/GM (17/02/2009)	Estabelece a possibilidade de vínculo das eSB às EACS	Estabelece que profissionais de saúde bucal que estejam previamente vinculados à Estratégia Saúde da Família possam ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=18/02/2009
Port. nº 2371/GM (07/10/2009)	Institui, no âmbito da Política PNAB, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM)	Possibilitou a compra de UOM pelo Ministério da Saúde e envio destas aos municípios prioritários. Vinculou esta UOM a uma eSB e repassou R\$ 3,5 mil em parcela única para a compra de instrumentais e R\$ 4,68 mil por mês como recurso de custeio. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=09/10/2009
Port. nº 2372/GM (07/10/2009)	Cria plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as eSB na Estratégia Saúde da Família	Todas as eSB implantadas a partir de outubro de 2009 passaram a ter o direito do recebimento de uma cadeira odontológica completa. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009
Port. nº 2373/GM (07/10/2009)	Altera a Portaria nº 599/GM	A partir desta portaria, o gestor poderá credenciar o CEO com recursos próprios e a solicitação de implantação de LRPD pode ser feita por meio de ofício encaminhado à CGSB do Ministério da Saúde. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009
Port. nº 2374/GM (07/10/2009)	Reajusta os valores da prótese dentária, altera a modalidade de financiamento e amplia o rol de procedimentos de prótese	Essa portaria reajustou os valores de referência das próteses dentárias para R\$ 60 em média, inseriu o financiamento no teto da Média e Alta Complexidade dos municípios, Estado e Distrito Federal e ampliou procedimentos possíveis de serem realizados pelos LRPD. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009

Port. nº 3189/GM (18/12/2009)	Diretrizes para a implementação do PROFAPS	A Saúde Bucal e a prótese dentária são inseridas entre as áreas técnicas prioritárias das diretrizes do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=23/12/2009
Port. nº 1032/GM (05/05/2010)	Insere financiamento da atenção em saúde bucal no nível hospitalar	Possibilitou o financiamento do atendimento de pessoas com necessidades especiais em âmbito hospitalar. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=06/05/2010
Port. nº 2898/GM (21/09/2010)	Atualiza a Portaria nº 600/GM	Essa portaria manteve os valores dos financiamentos de implantação e custeio publicados, porém atualiza os códigos e as porcentagens dos procedimentos a serem cumpridos nos CEO. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=54&data=23/09/2010
Port. nº 718/SAS (20/12/2010)	Criação de novos procedimentos possíveis de serem realizados no CEO	Possibilitou que os procedimentos de implantodontia e ortodontia fossem realizados nos CEO. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=100&data=31/12/2010
	Brasil Sorridente Indígena	Lançamento das diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da saúde bucal dos povos indígenas no âmbito do SUS, em 19 de abril de 2011
Port. nº 211/SAS (13/05/2011)	Reajusta os valores da prótese dentária	Reajusta em cerca de 65% do valor de custeio mensal aos municípios habilitados com LRPD. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=73&data=16/05/2011
Port. nº 1599/GM (11/07/2011)	Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das eSB no PSF	Reajuste no valor de custeio repassado para as eSB mod. I (R\$ 2 mil para R\$ 2,1 mil por mês) e para as eSB mod. II (R\$ 2,6 mil para R\$ 2,8 mil). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=11/07/2011
Port. nº 1654/GM c (19/07/2011) Port. nº 576/SAS d (19/07/2011) Port. nº 2396/GM e (13/10/2011)	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	Participação do profissionais de saúde bucal no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=79&data=20/07/2011c http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/09/2011&jornal=1&pagina=79&totalArquivos=184d http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=74&data=14/10/2011e
Port. nº 2488/GM (21/10/2012)	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=24/10/2011

Fonte: Elaboração própria

Discussão e considerações finais

Vários foram os atores que participaram da construção normativa da PNSB, a partir de 2003. A maior parte dos instrumentos normativos foi assinada pelo Ministro da Saúde. Entre outros atores que participaram desta

construção estão a Presidência da República, a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

A priorização da saúde bucal no SUS pelo governo federal, em 2003, mesmo antes do lançamento das diretrizes da PNSB, já demonstrava sinais de mudanças na saúde bucal

do Sistema Único de Saúde ao concluir o SB BRASIL 2003; equiparar a implantação das eSF e eSB; reajustar os valores de custeio mensal para as eSB; possibilitar a Comissão de Assessoramento da Coordenação Geral de Saúde Bucal e a decisão favorável do Conselho Nacional de Saúde para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Após a aprovação na CIT, em fevereiro, e o lançamento oficial das Diretrizes da PNSB, em março de 2004, a análise normativa demonstrou convergência entre os pressupostos dessas diretrizes (amplamente debatidas na 3ª CNSB) e as portarias, deliberações e os documentos oficiais publicados. A criação e manutenção de uma ação orçamentária específica a partir de 2004 garantiu legitimidade à PNSB para a execução das ações.

Ao incorporar a saúde da família como uma importante estratégia na reorganização da Atenção Básica; agregar a esta o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos e o componente móvel da atenção à saúde bucal – UOM; estabelecer critérios e normas para a implantação dos CEO e Laboratórios de Prótese; e ao ampliar a possibilidade de acesso ao atendimento hospitalar de pacientes com necessidades especiais, bem como a atenção de pacientes oncológicos por meio dos Cacon e Unacon, o governo federal cria mecanismos para que estados e municípios concretizem uma rede de atenção em saúde bucal de acesso igualitário, acompanhada e monitorada pela Comissão Intersetorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de Saúde.

No que se refere às eSB, a PNSB não só conseguiu garantir a continuidade do financiamento específico para as eSB I e II criadas em 2001, como ampliou os recursos de implantação e custeio das mesmas ao longo dos anos. Tais recursos de implantação (recursos de capital) promoveram avanços mais consistentes ao serem ampliados e ao garantirem o envio de equipamentos para as eSB implantadas. A equiparação da implantação das eSF e eSB, bem como a manutenção das eSB mesmo quando a eSF deixa de existir, devido à

ausência do profissional médico, favoreceu a consolidação do trabalho das eSB na Atenção Básica.

A criação e o consequente financiamento de implantação e custeio dos CEO estabeleceram, de fato, uma rede de atenção secundária de saúde bucal no SUS, consolidando-se como principal referência para a Atenção Básica em saúde bucal nos municípios. O financiamento para essa ação permaneceu o mesmo desde o início da implantação dos CEO, em 2004, até o último ano de análise, em 2011. A preocupação que parte do grupo que compunha a Comissão de Assessoramento expressou em 2008, ao recear que a PNSB fosse caracterizada somente pela abertura de CEO, não se configurou quando foi verificado que entre os anos de 2004 e 2010, para cada CEO implantado, foram implantadas 17 novas eSB (BRASIL, 2012B).

Ainda referente ao financiamento da saúde bucal no SUS, Rendeiro analisou o financiamento da PNSB utilizando informações disponíveis no site do Datasus, o Sistema de Informações sobre Planos e Orçamentos Públicos (Siga Brasil) e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos. Após realizar a deflação dos valores utilizando o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a autora demonstrou uma redução do financiamento nessa ação, em 2009 e em 2010 (RENDEIRO, 2011). No entanto, o financiamento da saúde bucal, além da ação orçamentária específica criada no ano de 2004, é complementado pelos orçamentos do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) para as eSB, e pela Média e Alta Complexidade (MAC) para as habilitações dos municípios para a oferta de próteses dentárias, a realização de procedimentos em âmbito hospitalar e a realização de procedimentos especializados em estabelecimentos fora dos CEO, bem como a realização dos procedimentos de ortodontia, implantes dentários e próteses sobre implantes.

Os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e à vigilância da qualidade da água estabelecidos em 2004, pela Portaria

nº 518/GM, determinaram o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água. Entre as responsabilidades do Ministério da Saúde está a de

promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e com os responsáveis pelo controle de qualidade da água, nos termos da legislação que regulamenta o SUS (BRASIL, 2004G).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por meio do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) e da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), é responsável pelo desenvolvimento dessas ações no âmbito federal. A CGVAM coordena o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigigua), e por meio do sistema de informação denominado Sisagua é responsável por

sistematizar os dados de controle e vigilância da qualidade da água dos municípios e estados e gerar relatórios, de forma a produzir informações necessárias à prática da vigilância da qualidade da água, além de ser uma importante ferramenta de gestão (BRASIL, 2012C).

Diferentemente do que acontece nas ações de implantação e financiamento das eSB, CEO e LRPD (após 2009, habilitação de municípios para oferta de próteses dentárias), onde estas informações podem ser monitoradas pelo site do Ministério da Saúde, as ações referentes à fluoretação das águas possuem acesso limitado àqueles que estão cadastrados no Sisagua. Este fato dificulta, muitas vezes, o acesso da população a esta informação, prejudicando o controle social desta ação.

A Criação do Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA-VSB

e os editais de pesquisa publicados em parceria com o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) criaram condições para a implementação de uma agenda de pesquisa capaz de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal. Entre as principais colaborações do CTA-VSB estão o trabalho conjunto com a Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDAnT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, o que resultou na participação da saúde bucal em pesquisas nacionais de vigilância em Saúde, como a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, em 2008 (PNAD 2008); a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, em 2009 (Pense 2009); o inquérito sobre Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, realizado em 2009 (Viva 2009); e a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, em 2009 (Vigitel 2009), bem como a realização da 3ª Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, em 2010 (SB Brasil 2010).

A regulamentação do exercício das profissões de TSB e ASB, bem como a inserção dos cursos de saúde bucal e prótese dentária no Profaps, sinalizou um avanço nas formações das profissões técnicas da saúde bucal.

A partir de 2011, a criação do PMAQ-AB iniciou um processo de indução de qualificação da Atenção Básica aliado à ampliação de recursos financeiros na Estratégia Saúde da Família, bem como o incentivo financeiro a outras formas de organização da Atenção Básica que não faziam parte da ESF.

A criação de novas frentes de atuação aliada ao redirecionamento e ao aumento do financiamento das frentes já implantadas; os trabalhos desenvolvidos pela CGSB, por meio da Comissão de Assessoramento, do CTA-VSB, da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal e em parceria com outras Secretarias do Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep), Secretaria Especial de Saúde Indígena

(Sesai), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), pautados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais

de Saúde (Conasems) favoreceram a construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, porém frágil sob o ponto de vista do arcabouço normativo, em comparação com algumas outras implantadas (BRASIL, 2010D; BRASIL, 2004C; BRASIL, 2011E). ■

Referências

- _____. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 04 abr. 2012.
- _____. Decreto nº 7.336, de 20 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Fundações Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm>. Acesso em 03 set. 2014.
- _____. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2010d. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/sobreoministerio/legislacao/segurancaalimentar/decretos/2010/Decreto%207.272-2010.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.
- _____. Decreto nº 7.492, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em: 03 set. 2014.
- _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Edital MCT/SCTIE/DECIT/MS/CNPq 038/2004*. Brasília, DF: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudebucal2004.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2011.
- _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/MS-SAS-DAB Nº 32/2008*. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2008b. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/web-comissoes/cisb/index.html>. Acesso em: 07 out. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 431, de 10 de abril de 2003. [sem descrição] *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 abr. 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=24&data=14/04/2003>> Acesso em: 11 dez. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web-comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 03 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 36, de 14 de janeiro de 2004. [sem descrição]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 14 jan. 2004d. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/6458-36.html>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 jan. 2004f. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-74.html>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 318, de 04 de março de 2004. [sem descrição]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 04 mar. 2004g. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-318.htm>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 mar. 2004h. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-518.htm>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.570 de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004i. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1570re.htm>> Acesso em: 09 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de atenção oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantadas em todas unidades federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em: 13 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 741, de 19 de dezembro de 2005. [sem descrição]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF 2005c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=113&data=23/12/2005>> . Acesso em: 04 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Brasil Sorridente: A Saúde Bucal Levada a Sério*. Sub Componente Fluoretação da Água, Cartilha do Gestor. Brasília, DF: FUNASA, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Brasil Sorridente: A Saúde Bucal Levada a Sério*. Sub-componente Fluoretação da Água, Orientações Técnicas. Brasília, DF: FUNASA, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 599 de 23 de março de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 mar. 2006b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=24/03/2006>>. Acesso em: 09 set. 2014

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 650, de 28 de março de 2006c. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 mar. 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0650_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 04 mar. 2014

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 939, de 21 de dezembro de 2006. [sem descrição] *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF 2006d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-939.htm>>. Acesso em: 04 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 dez. 2008a. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15676-3066>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 17 fev. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0302_17_02_2009.html>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.728, de 01 de dezembro de 2010. Publicar, na forma do Anexo, os cargos vagos e a relação nominal dos titulares dos Cargos em Comissão do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Gratificadas -FG que compõem os órgãos e unidades organizacionais do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/12/2010&jornal=2&pagina=48&totalArquivos=96>>. Acesso em: 07 out 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/index.html>>. Acesso em: 23 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Nota Técnica LRPD*. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_lrpdpdf.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=27/06/2011>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB BRASIL 2010: Resultados Principais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Comissão Nacional de Ética e Pesquisa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 09 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Portal do Departamento de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <dab.saude.gov.br>. Acesso em: 07 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância Ambiental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/vigilancia-da-qualidade-da-agua-vigiagua>>Acesso em: 14 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.371 de outubro de 2009. Institui no âmbito da Política

Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=09/10/2009>>. Acesso em: 09 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.372 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009>>. Acesso em: 09 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Portal Plano Brasil sem Miséria*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011e. Disponível em: <<http://www.brasilsemmiseria.gov.br/>>. Acesso em: 03 set. 2014.

COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE. Caderno Temático de Programa de Governo: Saúde para a Saúde Brasileira. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Ata da 139ª Reunião*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm>. Acesso em: 18 jan. 2011.

_____. *Comissão Intersetorial de Saúde Bucal*. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/index.html>. Acesso em: 17 nov. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-48, 1997.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. A. *política nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

CUNHA, B. A. T. et al. Saúde Bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde*

e Sociedade, São Paulo, v. 20 n. 4, p. 1033-1045 out/dez, 2011.

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA (DECIT/SCTIE/MS). *Banco de editais*, 2012. Disponível em: <<http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/index.php?lg=BR>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. *Explorations in quality assessment and monitoring*, v. 1, p. 77-125. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

_____. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1119, 1990.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, Washington, DC, v. 18, p. 356-360, 1992.

FRAZÃO, P. N. P. C.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS (IPEA). *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, Brasília, DF: n.16, p. 307, 2008.

MACHADO, C. E. A. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Oral Health Policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 9-16, 2009.

RENDEIRO, M. M. P. *O ciclo da política de saúde bucal no sistema de saúde brasileiro: atores, idéias e instituições*. 2011, p. 189. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 428-429, 2010.

SANTOS, L. M. P.; PASQUIM, E. M.; SANTOS, S. M. C. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1821-1834, 2011.

SANTOS, L. M. P.; SANTOS, S. M. C. Methodological approach to a multidimensional evaluation of food and nutrition policies. *Forum Nutr*, Allschwilerstrasse, v. 91, p. 115-118, 2003.

SANTOS, S. M. C.; SANTOS, L. M. P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002: Abordagem metodológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1029-1040, 2007.

O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica

Mais Médicos *Program and the strengthening of Primary Care*

Hêider Aurélio Pinto¹, Mozart Julio Tabosa Sales², Felipe Proenço de Oliveira³, Regina Brizolara⁴, Alexandre Medeiros de Figueiredo⁵, Jerzey Timóteo dos Santos⁶

RESUMO Este artigo utiliza o referencial teórico da análise de políticas para estudar o Programa Mais Médicos. Analisa e sistematiza informações e estudos relacionados às questões sociais tomadas como objeto dessa política, quais sejam, a insuficiência de médicos no País para atender às necessidades da população e a inadequação, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, do modelo de formação médica vigente, e estuda o contexto que possibilitou a criação do Programa. Descreve e analisa as inovações e os instrumentos da política, criados com a Lei 12.871, e analisa a situação atual de sua implantação em três dimensões: na formação e atuação de médicos nas localidades mais vulneráveis e com maiores necessidades; na mudança da formação médica, tanto no que diz respeito à graduação quanto à residência médica; e, finalmente, no incremento e na reorientação da abertura de vagas na graduação e na residência, para que o Brasil chegue a 2026 com a proporção de 2,7 médicos para cada 1.000 habitantes.

PALAVRAS-CHAVE Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Educação médica.

ABSTRACT *This article uses the theoretical framework of policy analysis to study the Mais Médicos Program for Brazil. Analyzes and organizes information and studies related to social issues taken as object of this policy, namely, the insufficiency of physicians in the country to meet the needs of the population and the inadequacy, from the perspective of the Unified Health System, of the current medical training model, and studies the context that enabled the creation of the Program. The innovations and policy tools created by Law 12,871 are also described and analyzed, along with the analysis of the current status of its implementation in three dimensions: the training and the performance of doctors in the most vulnerable locations and with the greatest needs; the change of medical training, from graduation to medical residency; and finally, in growth and reorientation of the vacancy at the undergraduate and residence aiming that Brazil reaches in 2026 the ratio of 2.7 doctors per 1,000 inhabitants.*

KEYWORDS *Health policy; Unified Health System; Education, medical.*

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasília. heiderpinto.saude@gmail.com

² Especialista em Medicina Legal pela Universidade de Pernambuco (UPE), Recife (PE), Brasil. Docente da Universidade de Pernambuco e Chefe de Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de Recife (PE), Brasil. mozart.julio@terra.com.br

³ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (PE), Brasil. Médico de Família e Comunidade. Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação do Provimento de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. felipe.proenco@saude.gov.br

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 e consolidado legalmente através da Lei 12.871 (BRASIL, 2013D), é uma ação essencial e parte da grande inflexão na Atenção Básica (AB) brasileira, num momento em que o País decide, inequivocamente, priorizá-la e enfrentar os nós críticos que vinham condicionando o desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011B).

A expansão do modo prioritário de organização da AB no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011C), vinha há sete anos apresentando um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO), e um dos fatores que vinham condicionando essa expansão era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF) (UFMG, 2009; GIRARDI, 2011).

O Brasil tem uma proporção de médicos por habitante muito menor do que a necessidade da população e do SUS. Esses médicos estão mal distribuídos no território, de modo que as áreas e populações mais pobres são as que contam, proporcionalmente, com ainda menos médicos (IBGE, 2005; CFM, 2011). Além disso, o País forma menos médicos do que a criação anual de empregos nos setores público e privado, o que agrava a situação a cada ano (UFMG, 2011). Por fim, o Brasil, até então, era um dos países com regras mais restritivas à atuação, no território nacional, de médicos graduados no exterior, fossem eles brasileiros ou não.

O PMM é a maior iniciativa já realizada no País para enfrentar esse conjunto de problemas e avançar no provimento e na formação de médicos para atuar nos serviços de AB, em áreas com maior necessidade. É composto por medidas que buscam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos: desde a abertura de novas vagas de graduação

e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS.

O Programa recruta profissionais graduados no País e fora do País para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de atividades de educação e supervisão para que desenvolvam uma atenção à saúde conforme o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011D).

Vale destacar, por fim, que o Programa está articulado a um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, à melhoria das condições de atuação das equipes e ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que buscam consolidar um outro padrão de qualidade para os serviços locais da AB brasileira.

Por tudo isso, o PMM mostra estar em sinergia com a nova PNAB, ampliando seu potencial de apresentar em curto e médio prazos um conjunto de efeitos que podem contribuir para mudar o patamar de acesso, qualidade e legitimidade da AB no Brasil.

Analizando a emergência do Programa Mais Médicos como uma política pública

Estudar o PMM significa reconhecê-lo como uma política pública e, como tal, observar analiticamente três elementos que compõem seu processo histórico: as questões sociais tomadas como objeto dessa política; os aparatos institucionais que expressam sua materialidade; e o Estado como a arena política decisória na qual aparecem as formulações e atuam forças sociais (MERHY, 1992). Nesta seção, analisaremos a questão social e os elementos da atuação de forças sociais na arena estatal, e, mais à frente, descreveremos a materialidade que ganhou essa política.

⁴ Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (SP), Brasil. Assessora do gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. regina.brizolara@saude.gov.br

⁵ Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil. Docente da Universidade Federal da Paraíba. Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. alexandre.figueiredo@saude.gov.br

⁶ Médico pela Fundação UNIRG, Gurupi (TO), Brasil. Coordenador de Articulação Institucional DEPREPS na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. jerzey.santos@saude.gov.br

No caso do PMM, como ficará claro adiante, não podemos dizer que a ‘questão social’ (MERHY, 1992; TEIXEIRA, 1995) que o Programa toma como objeto seja uma questão nova. Ao contrário, a insuficiência e a má distribuição dos médicos no território nacional é fato percebido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários do sistema.

Para Menicucci e Brasil (2010), é essencial observar em cada situação específica o fato de algumas questões (e não outras) passarem a ser objeto de decisões e ações públicas. Identificar como determinados fenômenos sociais tornam-se problemas de políticas e como certas compreensões dos mesmos emergem para guiar o processo de definição de políticas. Para operacionalizar esse referencial, as autoras utilizam a definição de ‘Agenda’ de Padioleau (APUD MENICUCCI; BRASIL 2010), como um conjunto de problemas, objeto de controvérsia, que aparece no debate público e exige intervenção da autoridade pública. Destacam, ainda, que a incorporação de um problema à agenda é um momento privilegiado do debate, que traduz as divergências de opinião, os interesses e juízos que atravessam a opinião pública ou, pelo menos, os atores que atuam durante o processo de incorporação da agenda.

Para nós, está claro que o PMM trata de problema que há muito já havia sido formulado enquanto demanda, porém, não havia se transformado em questão social, objeto de ação efetiva do Estado. Talvez, por não reunir, até então, correlação de forças suficientemente capazes de superar o bloqueio da agenda efetuado por forças sociais conservadoras do *status quo*.

Mas o que mudou no cenário? Um primeiro destaque a se fazer é que o novo governo, que representa a continuidade de um mesmo bloco no poder (SINGER, 2012), definiu o enfrentamento desse problema como prioridade. Atesta isso a definição, ainda em 2011, do ‘déficit de provimento de profissionais’, como problema prioritário a ser enfrentado (PINTO, 2011). Tal definição, ainda em 2011, foi

seguida pela realização de debates e eventos que discutiram o tema da atração, do provimento e da fixação dos profissionais. Ao apresentar o diagnóstico da insuficiente quantidade de médicos na AB do Brasil, tudo indicava que o governo federal ensaiava a formulação de propostas efetivas para a solução do problema.

Com efeito, no fim daquele mesmo ano, o governo brasileiro implantou duas ações para enfrentar o problema. Primeiro, regulamentou a Lei 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que permitiu a médicos que se formaram com apoio do programa do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), que financia parcial ou integralmente a mensalidade de estudantes que cursam graduação em escolas pagas, fazer moratória e descontar a dívida na proporção da atuação em áreas com maior necessidade de médicos, indicadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010). Depois, lançou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) (BRASIL, 2011C), que, buscando atrair médicos para essas mesmas áreas, possibilitava a atuação supervisionada desses profissionais e oferecia aos mesmos estímulos como especialização, Telessaúde, pontuação adicional válida em concursos de residência médica e, mais tarde, bolsa de estudos.

Ambos os processos tiveram efeito no provimento de médicos para a AB, mas em quantidade inferior àquilo que o sistema demandava. O Provab, por exemplo, tinha 3.579 médicos em atuação em janeiro de 2013, quando o Brasil presenciou um forte movimento dos prefeitos eleitos nas eleições municipais de 2012, denominado ‘Cadê o médico’, para que o governo federal tomasse medidas para enfrentar o problema da falta de médicos (FNP, 2013).

Portanto, de 2011 a 2013, políticas foram formuladas e implantadas, mas ainda sem resultar em avanço mais amplo para a superação do problema. Partindo dessas políticas até o PMM, podemos dizer que foi ampliada a capacidade de enfrentar efetivamente o

problema, contudo, com cada vez mais resistência da corporação médica.

A emergência do PMM, em meados de 2013, deve ser analisada articulando três compreensões. A primeira se refere ao entendimento de Cohn (IN CANESQUI, 1997), para quem um Estado democrático que busque integrar os cidadãos deve estabelecer uma nova relação Estado/Sociedade e ampliar sua capacidade de gestão e de captação das necessidades e demandas sociais. De fato, tornou-se uma demanda crescente da sociedade a melhoria dos serviços de saúde e a exigência da presença dos médicos nos mesmos (IPEA, 2011; CNT/SENSUS, 2010; CNT/SENSUS, 2011).

Embora o governo federal pareça ter decidido responder de maneira mais efetiva a essa demanda a partir de 2011, vale notar que iniciativas anteriores, como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (MACIEL FILHO, 2007), apresentou avanços, contudo, foi uma solução insuficiente para a magnitude do problema, e, por não reunir capacidade de mudar o *status quo*, não sofreu resistências.

Uma segunda compreensão importante está contida na afirmação de Costa e Dagnino (2008), para quem a política envolve mais uma teia de decisões que se desenvolvem ao longo do tempo do que uma decisão única e localizada. No estudo dessa teia, deve-se deter, também, no exame de 'não decisões'. Reforçam, ainda, que essas decisões e ações implementam valores, e que uma política, uma vez articulada, vai conformando o contexto no qual uma sucessão de decisões futuras são tomadas. Nesse aspecto, o PMM é parte do desdobramento do enfrentamento de uma questão social que foi tomada como objeto de políticas públicas, que foram, por sua vez, sendo implantadas e evoluindo a partir dos resultados de sua implementação.

Por fim, há de se considerar, ainda, o conceito de 'janela de oportunidade', que relaciona o acontecimento de eventos 'exógenos' com o surgimento de uma oportunidade de mudança de uma política (SABATIER APUD MENICUCCI; BRASIL, 2010). Assim, nas denominadas

'jornadas de junho de 2013' (SOUZA, 2013), quando o Brasil presenciou massivas manifestações de rua, que tinham entre suas pautas a exigência de melhores condições e serviços de saúde para a população brasileira, configurou-se um quadro de pressões sociais que contrabalançaram resistências que há muito bloqueavam, com apoio de arranjos e atores dentro do próprio aparelho estatal, uma ação mais efetiva do Estado. Fato é que, em 8 de julho de 2013, foi instituído o PMM, para responder ao problema da insuficiência de médicos na AB e ao déficit de capacidade do Brasil de formar médicos para as necessidades presentes e futuras do SUS.

O Programa foi criado através da Medida Provisória nº 621 (BRASIL, 2013A), regulamentada pela Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013D), depois de acalorado debate público caracterizado por progressiva e massiva aprovação popular (CNT/MDA, 2013; CNT/MDA, 2014), crescente oposição da corporação médica e enfraquecimento da crítica da grande mídia comercial e monopolizada.

Com tudo isso, entendemos que as jornadas de junho podem ser compreendidas como um momento que acelerou e favoreceu o debate público de uma política que vinha sendo gestada e amadurecida para responder a uma demanda e pressão crescentes. A emergência dessas reivindicações, que expressavam necessidades de grande parte da sociedade, conseguiu, no debate público, após iniciativa do governo, subordinar interesses específicos de grupos sociais em condição, até então, privilegiada na chamada 'formação da opinião pública'.

Necessidades que exigiram a implantação do Programa Mais Médicos

No início de 2011, a AB foi definida como prioridade de governo, e foi definido um quadro de desafios que condicionavam o

desenvolvimento da AB, que deveria ser considerado na definição das ações e dos programas que o MS proporia para a PNAB no País (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Constavam nesse quadro os desafios da ampliação do acesso, o déficit de profissionais e a necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na AB, sendo todos esses problemas que o PMM busca enfrentar.

Esse quadro ganhou o reforço da Resolução 439, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que destacou a necessidade de a AB ser efetivamente a principal porta de entrada do SUS e da criação de políticas que garantissem profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde (BRASIL, 2011A).

Portanto, dois anos antes da criação do PMM, os três entes e o controle social apontavam como prioridade o enfrentamento de desafios que o programa veio buscar superar junto com outras ações da PNAB.

Também para a população em geral, a quantidade insuficiente de médicos para atender à demanda de postos de trabalho no SUS era um problema. Segundo pesquisa do Ipea, para 58% dos entrevistados, a medida mais importante a ser tomada no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde (IPEA, 2011).

Os dados disponíveis sustentam essa percepção da população. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil tinha, em 2012, 1,86 médicos por mil habitantes (med/1000 hab.), enquanto nossos vizinhos Uruguai e Argentina tinham 3,74 e 3,16, respectivamente (OMS, 2012). Se compararmos com alguns países que, como nós, possuem sistemas públicos universais, como Portugal, Espanha e Reino Unido, esses números chegam a 3,9, 4 e 2,7, respectivamente (OMS, 2011; OMS, 2012). Ora, a questão é que, no Brasil, há o agravante da sobreposição entre ‘sistema’ público

e privado (ACIOLI, 2006), que acaba exigindo oferta duplicada para um percentual não desprezível da população, o que aumenta ainda mais a demanda de serviços e médicos no Brasil, quando comparado àqueles países.

A insuficiência de médicos se agrava quando observamos que a distribuição é desigual e iniqua. Das 27 unidades da federação, 22 estão abaixo da média nacional, sendo que cinco, todas nas regiões norte e nordeste, têm o inaceitável indicador de menos de 1 med/1000 hab. (CFM, 2012; IBGE, 2012). Até mesmo o estado de São Paulo, que detém a 3º melhor média nacional (2,49 med./1000 hab.), tem apenas seis de seus 17 departamentos regionais de saúde com média acima da nacional (CREMESP, 2012). Quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições social, econômica e sanitária da região e do município, maior é a necessidade de médicos, maior é a escassez desse profissional, mais inflacionado é o mercado de trabalho médico da região e menor é a capacidade do município de atrair e fixar os profissionais (SANTOS; PINTO, 2008; GIRARDI, 2011).

A situação se agrava quando constatamos que de 2003 a 2012 o mercado de trabalho abriu 143 mil novas vagas de emprego médico formal (não estão incluídos nessa conta os contratos informais que existem em números significativos), mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos. Um impressionante déficit de 50 mil médicos no período de 10 anos ou de cinco mil médicos a cada ano (um terço da quantidade anual de graduados) (UFMG, 2011).

De fato, o Brasil tem, proporcionalmente, um número pequeno de vagas em cursos de medicina, embora tenha muitas escolas médicas. Se aqui temos 0,8 vagas para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2013E), Reino Unido, EUA e Austrália têm, respectivamente, 1,6; 1,5; e 1,4 (SALES, 2013A). Além disso, também as vagas são mal distribuídas, há clara concentração nas grandes cidades e no sudeste e no sul do País.

Alguns países com resultados negativos na relação formação de médicos e criação de novos postos de trabalho compensam o déficit com médicos formados em outros países. Nos EUA, por exemplo, 25% dos médicos em atuação não se formaram lá. No Reino Unido, esse número chega a 37% do total de médicos. Ora, no Brasil, esse número, em 2012, era 20 vezes menor: 1,79% (BRASIL, 2013F).

Com essas informações, podemos afirmar que o Brasil, até 2012, tinha e formava poucos médicos, que tanto os médicos quanto as escolas estavam muito mal distribuídos, que havia importante déficit no resultado da subtração de médicos formados por novos postos de trabalho e que era um dos países mais restritivos do mundo à atuação de médicos formados no exterior, fossem eles brasileiros ou estrangeiros.

Na AB, a situação se agravava. Nos últimos sete anos, foram implantadas 1.141 eSF em média a cada ano e a cobertura populacional seguiu expandindo numa média anual de 1,5%, apesar de, a partir de 2011, ter sido inaugurado o momento com os maiores investimentos até então na construção de novas UBS (foram liberados recursos para a construção de mais de 10 mil UBS num País que tem quase 40 mil em funcionamento) e aumento de mais de 100% do financiamento da AB, na comparação do orçamento de 2014 com o de 2010 (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO). Conforme estudos da Rede de Observatórios de Recursos Humanos do SUS, um dos maiores condicionantes da expansão da ESF é a disponibilidade de médicos para compor as eSF (UFMG, 2009; GIRARDI, 2011).

A insuficiência de médicos, tanto para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB quanto para a expansão de novos, leva a uma competição entre municípios que disputam os poucos profissionais disponíveis. O resultado é um leilão de consequências desastrosas: a) comprometimento financeiro do município para além de sua capacidade,

o que gera descontinuidade do pagamento e quebra de compromissos, além de queixa dos demais profissionais pela diferença entre as remunerações dos médicos e dos ‘não médicos’; b) redução progressiva da carga horária efetivamente cumprida, gerando menos acesso à população e flagrante irregularidade legal; c) índices de rotatividade dos médicos que chegam a tempo médio de permanência menor que um ano em metade dos municípios e menor que dois anos para dois terços dos mesmos (SANTOS; PINTO, 2008).

Todos os efeitos assinalados, sabidamente, interferem negativamente no acesso e na qualidade da AB. A alta rotatividade, em especial, desmotiva a equipe, prejudica a consolidação do trabalho multiprofissional/interdisciplinar e o vínculo entre equipe e população, todos esses fatores importantes para uma alta resolubilidade da ESF (PINTO; TAVARES NETO, NO PRELO).

As informações apresentadas dão base à percepção de cidadãos, usuários, trabalhadores e gestores que pressionaram a criação do Programa Mais Médicos.

Objetivos e ações do Programa Mais Médicos

A Lei 12.871 instituiu o PMM com os objetivos de:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de Educação Permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013D)

Para alcançar esses objetivos, adota as seguintes ações:

I - 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;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - 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. (BRASIL, 2013D)

Abordaremos cada uma dessas ações à frente.

Desenho, inovação e implantação inicial do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Integra o PMM o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que promove na AB de regiões prioritárias do SUS o aperfeiçoamento de médicos, através de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua numa eSF.

O estudo da Lei (BRASIL, 2013D) e dos editais do programa (BRASIL, 2013B; 2013C; BRASIL, 2014A) mostra que as regiões prioritárias foram definidas em função de um conjunto combinado de critérios, tais como: municípios ou áreas do município com percentual elevado de população em extrema pobreza; municípios com baixo índice de desenvolvimento humano ou integrantes de regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombo-la, entre outros.

O aperfeiçoamento dos médicos ocorre na modalidade integração ensino-serviço, portanto, há sempre uma atuação assistencial na AB, e pode ganhar formas que articulem ensino, pesquisa e extensão, desde uma especialização, passando por outras modalidades de aperfeiçoamento que envolvam diferentes itinerários de formação, desenvolvimento de competências e implantação de melhorias no serviço de saúde, até um mestrado profissional. O conjunto desses aperfeiçoamentos devem ser desenvolvidos num período de três anos, prorrogáveis por mais três.

O médico que realiza o aperfeiçoamento profissional supervisionado deve, necessariamente, passar a compor uma equipe multiprofissional, a eSF, e conta com a supervisão e a orientação de supervisores e tutores médicos. Para todos esses profissionais são previstas bolsas e garantidos todos os direitos previstos na legislação. Todos os médicos do programa contam, ainda, com o apoio clínico

e pedagógico do Telessaúde e têm acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências.

Podem se inscrever no Programa tanto médicos formados no Brasil, ou com diploma revalidado no País, quanto médicos formados fora do Brasil, por meio de intercâmbio médico internacional. A todos esses profissionais são oferecidas vagas disponibilizadas num processo prévio de adesão dos municípios, no qual indicam se querem implantar novas eSFs ou completar com os médicos do programa as eSFs já existentes que estão sem médicos. O programa proíbe que sejam substituídos médicos que já atuavam em eSF do município, uma vez que o objetivo é expandir a cobertura da população. A escolha dessas vagas segue a seguinte ordem: primeiro escolhem os médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País; depois, os médicos brasileiros formados no exterior; e, por fim, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior.

Para os dois últimos casos, denominados médicos intercambistas, é concedido um registro único, criado pela Lei do Programa, que permite ao médico exercer a medicina exclusivamente na AB e no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do projeto, o que dispensa a necessidade de revalidar o diploma somente no período em que participar no projeto.

Podemos constatar um conjunto de avanços possibilitados pelo PMMB, mesmo nessa fase inicial de implantação do projeto. Um primeiro se refere ao dimensionamento da necessidade da AB brasileira de preenchimento imediato de postos de trabalho médicos, o que reforçou a importância dessa entrada efetiva do governo federal no esforço de prover e formar médicos em áreas para as quais os municípios, sozinhos, não estavam conseguindo atraí-los, e muito menos formá-los. Encerrada a adesão, aproximadamente 4.000 municípios haviam solicitado mais de 13 mil médicos para preenchimento imediato de postos de trabalho vagos na AB (SALES, 2013B).

Para atrair os médicos para as áreas com maior necessidade, são-lhes ofertados incentivos como especialização, supervisão e tutoria em serviço, apoio clínico com o Telessaúde e bolsa de estudos custeada pelo governo federal. Os brasileiros, ainda que parcialmente, contavam com incentivos semelhantes em outro programa do MS, o Provac (BRASIL, 2011C), e atraiu um número significativo de médicos que estavam ingressando recentemente no mercado de trabalho. Porém, essa oferta não era acessível aos médicos formados no exterior, brasileiros ou não, que, para atuar no Brasil, passavam por um processo de revalidação de diploma. Vale notar que o ingresso de médicos provenientes de outros países reduziu significativamente após 2011, com a criação do Revalida: de uma média de 490 médicos ao ano, de 2011 a 2010. Nos anos de 2011 e 2012, ingressaram, respectivamente, 239 e 121 médicos.

Contudo, após ter o diploma revalidado, o médico pode atuar em qualquer município, em qualquer serviço, no setor público ou privado, ou seja, não há nenhum motivo para acreditar que esses profissionais irão fazer um percurso diferente do que tem levado à grande concentração e à má distribuição dos médicos no Brasil.

A lei, de outro lado, concedeu ao MS o poder de autorizar o exercício de profissionais formados no exterior para que atuassem por um período determinado, em um município determinado e, exclusivamente, na AB do SUS. Portanto, mobilizou uma oferta de médicos com a qual o Brasil, até então, não podia contar e dirigiu-a para as áreas com maior necessidade.

Em 10 meses de funcionamento, o PMMB conseguiu a impressionante façanha de atender a 100% dos municípios que concluíram a adesão, e já contava, em maio de 2014, com 14.195 médicos, em 3.738 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O número de médicos no Programa é 227% maior que o total de médicos que ingressaram nas eSF do Brasil de janeiro de 2007 a janeiro

de 2012 –, 6.239 médicos (BRASIL, 2014C). De todos os médicos participantes, 1.558 são formados no Brasil ou têm diplomas revalidados para atuação no País, e 12.637 são formados fora do Brasil, vindo de mais de 20 países. Entre estes últimos, 11.442 são médicos provenientes de uma cooperação internacional que envolve o Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Cuba (BRASIL, 2014B). Vale lembrar que todos cursam uma especialização em saúde da família que envolve esforços de 11 universidades públicas.

Por fim, é necessário destacar o impacto no financiamento federal da AB e no custeio dos municípios. O Programa altera o modo de financiamento da AB porque o MS passa a selecionar os médicos do PMMB, distribuí-los e custear diretamente a bolsa desses profissionais, o que faz com que o município, nessas equipes, deixe de contratar e remunerar justamente o profissional de mais difícil recrutamento e com os maiores ganhos, entre todos aqueles que compõem a eSF. Além de volume significativo de recurso de custeio que o município deixa de dispensar, há também liberação de limite da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que é uma necessidade importante para todas aquelas gestões que se propõem a cumprir as diretrizes constitucionais da saúde, da educação e da assistência social e que são condicionadas pela citada Lei. No governo federal, os recursos previstos no PMMB, em 2014, chegam a quase 2,3 bilhões de reais, 20% do Piso de Atenção Básica Variável previsto para este ano (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO).

Formar médicos com mais qualidade e segundo as necessidades da população e do SUS

Um dos principais avanços da Lei é a transformação no modo de se formar médicos no Brasil. A Lei exigiu que os cursos de medicina adequassem seus currículos às novas

diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e determinou que essa implantação fosse objeto de avaliação e auditoria do MEC. As novas diretrizes ganharam formato muito mais avançado que as anteriores em processo participativo que contou com a colaboração do CNS. Apontam para uma formação geral e integral do médico alicerçada no SUS. A Lei define, ainda, que ao menos 30% do internato seja desenvolvido na AB e em serviço de urgência do SUS.

A Lei determina, também, importantes mudanças na Residência Médica (RM), que começam por exigir que ao fim de 2018 haja número de vagas equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior. Ou seja, a Lei aponta para a RM universal e disciplina o acesso aos programas, fazendo o Estado assumir um papel de coordenação da formação de médicos especialistas, que era predominantemente desempenhado por associações científicas privadas (FEUERWERKER, 1998). Ela define uma RM central – a de medicina geral de família e comunidade (MGFC) –, que passará a ser a entrada de todas as demais, excetuando nove, entre elas: genética médica, medicina do trabalho e legal, patologia, radioterapia.

A RM de MGFC terá duração mínima de dois anos e deverá contemplar, além de uma formação clínica geral e integral em todos os ciclos de vida, atuações na área de urgência, Atenção Domiciliar, saúde mental, educação popular e saúde coletiva. Ou seja, é uma especialidade que prepara o médico para cuidar da maioria das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos, inseridos em seus territórios de vida, e desenvolve nos mesmos competência para atuar com variadas e complexas tecnologias de cuidado no contexto dos diversos serviços do SUS. A Lei definiu, ainda, que o MS deverá coordenar as atividades da RM de MGFC, no âmbito daquilo que ela denominou rede saúde-escola, e que suas bolsas poderão receber complementação financeira.

Assim, a partir de 2018, para fazer as chamadas especialidades raízes, como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social, será necessário fazer, no mínimo, um ano em RM em MGFC. Para as demais especialidades, com exceção das nove de acesso direto, assinaladas anteriormente, serão necessários um ou dois anos. A definição do sistema de ingresso deverá ser feita pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), e a dos currículos caberá ao MEC, ouvindo o MS e a CNRM.

Outro dispositivo importante que a Lei obriga a ser criado em até dois anos é uma avaliação específica para curso de graduação em medicina, bianual, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes. A lei também estabeleceu o prazo de dois anos para ser instituída uma avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica.

Assim, a exemplo do que hoje ocorre com o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e todo o papel que cumpre na avaliação e no acesso dos estudantes do ensino médio à educação superior, poderemos ter em breve um sistema integrado de avaliação semelhante na medicina, articulando o acesso da graduação à RM.

Mas, tão importante quanto isso é o papel dessa avaliação na identificação do quanto cada educando está próximo do perfil definido pelas novas diretrizes curriculares. Se avaliações desse tipo já têm grande potencial de reorientar a formação da escola, articulada ao acesso à RM, terão ainda mais força por contar com esforço e pressão ativa do educando em complementar por si próprio sua formação e pressionar a escola por mudanças necessárias.

Ou seja, finalmente, o Brasil parece apontar, tanto na graduação quanto na RM, para a formação de um médico apto a cuidar integralmente da pessoa e não só da doença, com competência para cuidar da maioria dos problemas de saúde que uma

pessoa apresenta ao longo da vida, e não ter foco restrito a uma especialidade. Será uma novidade extremamente benéfica para a saúde da população brasileira contar com grande número de profissionais especialistas em MGFC e dispor dos demais especialistas que, mesmo que sejam ‘superespecialistas’, tenham antes conhecido e atuado em algum momento como MGFC nos serviços do SUS.

Formar médicos e especialistas em quantidade necessária segundo as necessidades da população e do SUS

A Lei prevê, também, importantes instrumentos para enfrentar o desafio de fazer o Brasil ter a quantidade de médicos e especialistas adequada para atender às necessidades da população. O desafio colocado é o de sair dos quase 380 mil médicos atuais para 600 mil médicos em 2024, quando chegaríamos ao patamar desejado de 2,7 médicos por mil habitantes (proporção quase 50% superior a atual).

Contudo, é necessário ter esses profissionais distribuídos em todo território nacional na proporção da população que precisa ser atendida, daí que, tão importante quanto aumentar a quantidade de médicos formados no País, é formá-los nas especialidades necessárias e tentar fixá-los próximo aos locais adequados para que atuem.

Nessa linha, a Lei modifica, também, o modo vigente, até então, de definir onde serão abertas novas vagas, tanto de graduação quanto de RM. Até então, com baixíssima intervenção do interesse público e do Estado, a abertura de vagas passou, a partir da Lei, a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação, que considera, de um lado, a relação do número de habitantes por médicos ou especialistas numa dada região

ou município e, de outro, a oferta de vagas em cursos e RM nesse local.

As projeções apontam para a necessidade de abrir, até 2018, mais de 11 mil vagas de graduação e quase 15 mil de RM, a imensa maioria destas últimas em MGFC. O planejamento da ampliação da oferta das RM é todo feito a partir de recursos públicos.

No caso da graduação, essa oferta inclui tanto a expansão da rede pública quanto da rede privada. Para a expansão desta, a Lei muda o processo de autorização para o funcionamento de novos cursos. Ao invés de os projetos serem encaminhados pelas próprias instituições para serem avaliados pelo MEC, o novo sistema define os locais com necessidade e, a partir disso, organiza chamamentos públicos para que projetos da iniciativa privada se apresentem.

Esses locais são definidos conforme as necessidades sociais, e os municípios que pretendem sediar as escolas passam por uma etapa de pré-seleção. Leva-se em conta nesse processo a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso, incluindo, no mínimo, serviços de Atenção Básica, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e urgência, além da vigilância em saúde. Os gestores locais do SUS precisam oferecer esses serviços para serem campos de prática do novo curso.

A escola precisa, ainda, concorrer com as demais interessadas com base num conjunto de critérios de qualidade avaliados pelo MEC, entre eles, se o projeto político pedagógico do novo curso está de acordo com as novas diretrizes curriculares. Precisa, também, garantir investimentos na rede de serviços e a realização de projetos de extensão com o objetivo de promover a equidade. Desde a promulgação da Lei até agora, já foram autorizadas 1.960 vagas, o que representa um aumento de quase 10% em menos de um ano (FIGUEIREDO, 2014).

Com o objetivo de munir o Estado brasileiro de condições para planejar e

dimensionar a quantidade de médicos e especialistas no território nacional, a Lei determinou a criação do Cadastro Nacional de Especialistas. Assim, de um lado, determinou que as associações médicas e o Conselho Federal de Medicina (CFM) encaminhem o número de médicos certificados como especialistas ao MS para possibilitar que o mesmo forme o cadastro e parametrize as ações de saúde pública. De outro, definiu que as instituições que ofertem cursos de especialização não caracterizados como RM também encaminhem as relações de registros de títulos de especialistas para o MS.

Assim, o MS, com fontes oriundas da CNRM, do CFM, das associações médicas, universidades e diversas instituições, poderá compor um cadastro que, pela primeira vez, reúna as informações de todos os especialistas. Articulado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e aos cadastros da Agência Nacional de Saúde Suplementar, poderá relacionar formação e especialidade com a localização e a atuação de cada médico do País.

Por fim, vale destacar que a integração ensino e serviço pretendida pelo programa demandará importante articulação das instituições formadoras, sejam elas instituições de ensino ou serviços-escola, com o conjunto dos serviços da rede de saúde do SUS. Afinal, todos os graduandos terão que passar 30% do internato na rede e também quase 100% dos egressos, que, cursando a RGMFC, atuarão um ou dois anos. Com os números atuais, teríamos o ingresso de, aproximadamente, 36 mil médicos na AB, o mesmo número de eSF que tínhamos em dezembro de 2013. É precisamente por isso que a Lei determinou três medidas importantes.

Deu prazo de cinco anos para que as UBS tenham qualidade de equipamentos e infraestrutura necessárias para servirem de campos de aprendizagem para graduandos e residentes. Demandou medidas que ampliem a formação de preceptores nos serviços. E, por fim, instituiu um instrumento

denominado Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde, que deverá ser firmado entre instituições de ensino responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e dos programas de RM e gestores locais e regionais do SUS, com a finalidade de, entre outras coisas, garantir investimentos e ações que viabilizem os serviços de saúde, em quantidade e qualidade, para serem campos de prática.

Considerações finais

Criado num contexto caracterizado por grande polêmica e debate público, o PMM ganha respaldo popular, institui-se legalmente e se consolida, progressivamente, como a mais exitosa política do SUS na superação do desafio de garantir atendimento médico às populações das localidades mais vulneráveis. Em menos de 10 meses de implantação do PMMB, seus resultados superam os sete anos anteriores de ingresso de médicos na AB brasileira e de ampliação efetiva da população coberta.

As inovações introduzidas nas reorientações qualitativa e quantitativa da formação médica no Brasil, tanto na graduação quanto na RM, apontam para uma realidade na qual o SUS poderá avançar concretamente no cumprimento do preceito legal de ordenar a formação dos trabalhadores da saúde. Ainda mais porque a Lei possibilita estender essas

medidas para as demais profissões da saúde.

A ampliação expressiva da cobertura da ESF proporcionada pelo programa e o fato de quatro mil municípios começarem a contar com todas as eSF completas deverão proporcionar importante impacto nos indicadores de saúde, tanto dos que sinalizam aumento da oferta de serviços quanto dos que se referem aos resultados em saúde; e deverá demandar progressiva estruturação e qualificação da rede de apoio diagnóstico e terapêutico a uma AB em momento de ampliação de sua resolubilidade e aumento de sua legitimidade junto à população.

Contudo, se o êxito do PMM até aqui pode ser constatado por diversas evidências, isso não pode desestimular a realização de estudos que acompanhem elementos e efeitos outros do desenvolvimento do programa e que apoiem suas necessidades de formulação para as ações que se desdobram das atuais. Nesse aspecto, destacamos a análise e o acompanhamento das mudanças na formação médica em curso e do efeito que o programa já aparenta ter na transformação da representação social do médico e de sua atuação; e a importância de estudar alternativas de políticas e ações que permitam o avanço na construção de uma solução tripartite definitiva para o desafio da atração e da fixação do conjunto dos profissionais de saúde para as áreas que hoje só são preenchidas graças ao PMM. ■

Referências

- ACIOLE, G.G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/06/2011>>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 15 jun. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=15/01/2010>>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 out. 2013d. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Câmara dos Deputados. Sessão: 259.3.54.O, 04 de setembro de 2013. *Discursos e Notas Taquigráficas*. Alexandre Padilha, Ministro de Estado da Saúde. Brasília, DF, 2013f. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/sitaqweb/resultadoPesquisaDiscursos.asp?txOrador=alexandre+padilha&txPartido=&txUF=&dtInicio=&dtFim=&txTexto=&txSumario=&basePesq=plenario&CampoOrdenacao=dtSessao&PageSize=50&TipoOrdenacao=DESC&btnPesq=Pesquisar#>>>. Acesso em: 25 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família – Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas, Competência por Unidade Geográfica, janeiro/2007 a janeiro/2013. Brasília, 2014c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 25 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 22, de 31 de março de 2014. Adesão de Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 01 abr. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/Edital-22-MM-municipios-31-03-2014.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Informações sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.
- _____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2 set. 2011c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011>>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun. 2011d. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>>. Acesso em: 22 maio 2014.
- _____. Portaria Normativa MEC nº 3, de 01 de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras

providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013e. Disponível em: Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/02/2013&jornal=1&pagina=23&totalArquivos=120>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html>. Acesso em 01 de maio de 2014. Brasília, 2011a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério Da Saúde. Edital nº 38, de 8 de julho de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 09 jul. 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-38-2013-maismedicos-.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Edital nº 50, de 16 de agosto de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 ago. 2013c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-50.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). Resultados da 110ª Pesquisa CNT/Sensus – Relatório Síntese, 23 a 27 de Dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20Sensus/2010/110%20Sintese.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Resultados da 111ª Pesquisa CNT/Sensus – Relatório Síntese, 07 a 12 de Agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20Sensus/2011/rel.sintese111.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Pesquisa CNT/MDA nº 115 – setembro de 2013.

Disponível em: <http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/relatorio_pesquisa_cnt_mda_115_10092013.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. Pesquisa CNT/MDA nº 118 – abril de 2014. Disponível em: <<http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/Relatorio%20SINTESE%20-%20CNT%20ABRIL2014%20-%20R118%20-%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

COHN, A. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abraco, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Demografia Médica no Brasil*: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. *Estatística de médicos*: Inscrições principais ativas, 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Demografia Médica no Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/Demografia_medica_paulista.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

COSTA, G.; DAGNINO, R. (Org.). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface*, Botucatu, v.2, n.3, p. 51-71, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n3/05.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

FIGUEIREDO, A. M. *Resultados do Programa Mais Médicos: ampliação de vagas na graduação e residência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 18 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS (FNP). Movimento 'Cadê o Médico?'. 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>>. Acesso em: 22 maio 2014.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. *Estimativas de população*, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde*, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Divulgados resultados finais do Revalida 2011*. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/todas-noticias?p_p_auth=aqLyAMw3&p_p_id=56_INSTANCE_d9Q0&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=2&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_d9Q0_groupId=10157&p_r_p_564233524_articleId=83829&p_r_p_564233524_id=84013>. Acesso em: 25 maio 2014.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. D. Construção de agendas e inovações institucionais. *Estud. sociol. Araraquara*, v. 15, n. 29, p. 369-396, 2010.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World health statistics 2011*. OMS, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. *World health statistics 2012*. OMS, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 22 maio 2014.

PINTO, H. A. *Nova Política Nacional de Atenção Básica: mais acesso e qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, H.; MAGALHAES JR., H.; KOERNER, R. A. *evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014*. No Prelo.

PINTO, L.; TAVARES-NETO, J. *Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil*. No Prelo.

SANTOS, L.; PINTO, H. *A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_3521_0_a-saude-da-familia-de-cara-nova.html>. Acesso em: 22 maio 2014.

SALES, M. J. T. *1ª Audiência Pública da Comissão Mista da Medida Provisória nº 621/2013*, 03 de setembro de 2013. Brasília, DF: Senado Federal, 2013a. 47 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=135661&tp=1>>. Acesso em: 25 maio 2014.

———. *Resultados da Adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 42 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

SINGER, A. V. *Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOUSA, C. M.; SOUZA, A. A. (Org.). *Jornadas de junho: repercussões e leituras*. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2013. Disponível em: <<http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/Jornadas%20de%20Junho%20-%20Repercuss%C3%B5es%20e%20Leituras.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2.ed. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. *Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde: [Relatório Técnico de Projeto]*. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

———. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. *Sinais de mercado: Admissões por 1º Emprego Formal (RAIS/TEM) e Egressos de medicina (Censo da Educação Superior do INEP)*, 2011. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm3/>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

Estratégia de cuidado na Atenção Especializada Ambulatorial: qualificação e ampliação do acesso

Care strategy in Secondary Care: qualification and increasing of access

José Eduardo Fogolin Passos¹, Luciana Morais Rocha², Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos³

RESUMO A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a introdução de novos programas de atenção à saúde produziram aumento significativo no acesso da população à Atenção Básica (AB). A Atenção Especializada (AE), entretanto, não se ampliou de forma proporcional. Este artigo teve o objetivo de contextualizar a AE e propor um novo modelo. A AE caracteriza-se pela desarticulação entre os serviços, com modelo centrado nas especialidades, baixo uso de Tecnologias da Informação (TI) e financiamento por procedimentos. Propõe-se a discussão de um novo modelo de AE regionalizada, com critérios territoriais, multiprofissional, centrada nas necessidades do paciente, com uso de ferramentas de TI e nova forma de financiamento.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT The expansion of the Family Health Strategy (ESF) and the introduction of new health care programs produced significant increase in the population's access to Primary Care (AB). The Secondary Care (AE), however, was not increased proportionally. The objective of this study is to contextualize the AE and propose a new care model. The AE is characterized by dismemberment between services, focusing on specialties, low use of Information Technology (IT) and with a funding model based on individual medical procedure payment. It is proposed to discuss a new model of regionalized AE, centered on the patient's needs, using IT tools and a new form of financing.

KEYWORDS Unified Health System; Secondary care, Health services accessibility.

¹ Médico pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenador Geral da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. jose.eduardo@saude.gov.br

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Consultora Técnica da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. luciana.morais@saude.gov.br

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Diretora do Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. leda.vasconcelos@saude.gov.br

Introdução

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida associados a fatores de risco comportamental como o uso do tabaco, dieta inadequada, inatividade física e uso nocivo do álcool têm proporcionado o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis no mundo e no Brasil. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, as doenças não transmissíveis contribuíram para 36 milhões de mortes no mundo, em 2008, respondendo por 63% das 57 milhões de mortes totais (WHO, 2011). A maior parte dos óbitos por doenças crônicas (80,7%) é composta por doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes (SCHMIDT, 2011).

O aumento da prevalência de doenças crônicas tem desafiado a capacidade de resposta dos serviços de saúde. O cuidado das doenças crônicas requer uma reorientação do modelo de atenção com maior integração dos serviços de saúde, em especial, da Atenção Básica e da Atenção Especializada Ambulatorial (AEA). A ampliação do acesso à AB nos últimos anos tem proporcionado um aumento na demanda por acesso a consultas e exames especializados, contribuindo ainda mais para a necessidade de reorientação do modelo de atenção.

A fragmentação existente no sistema de saúde brasileiro contribui para o baixo desempenho dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso, a perda da continuidade da atenção, a baixa resolutividade e a não otimização dos recursos disponíveis. Em pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 52% dos pacientes hospitalizados poderiam ter sido tratados fora do ambiente hospitalar (OPAS, 2010).

A integração dos pontos de atenção é uma premissa básica para a garantia da integralidade, capaz de evitar a duplicidade de infraestrutura e serviços, diminuir os custos e melhorar a resolutividade. Os modelos de saúde integrados requerem atuação das

equipes de saúde de forma colaborativa, com corresponsabilidade, em uma atmosfera de confiança e respeito mútuos e com compartilhamento de informações, de forma a ofertar um cuidado eficaz, com qualidade, segurança e redução de custos (ENTHOVEN, 2009).

A reorganização da AE deve ser pautada de forma que essa esfera de atenção tenha atuação territorial, sendo referência para uma população definida, de forma a considerar os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado. Além disso, é preciso estabelecer uma mudança no modelo de cuidado na Atenção Especializada Ambulatorial, com a oferta de uma assistência multiprofissional baseada nas necessidades da população e na utilização de ferramentas de gestão da clínica. É preciso que o ponto de atenção da AE não seja utilizado exclusivamente para o atendimento presencial dos usuários, sendo também um ponto de apoio resolutivo para a AB, com a definição de uma carga horária específica para que os profissionais especializados prestem apoio matricial às equipes de AB, presencialmente ou a distância, por meio das ferramentas de teleassistência, teleeducação e telessaúde.

Cenário atual da Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde

A AE, também conhecida como Atenção Secundária à Saúde, se divide em: procedimentos de Alta Complexidade (AC), realizados, na sua grande maioria, em hospitais, mediante habilitação e credenciamento específico; e procedimentos de Média Complexidade (MC), realizados na rede própria e credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sem necessidade de credenciamento específico. A *tabela 1* resume os valores financeiros dos procedimentos de MC realizados em 2013, conforme o tipo e a finalidade.

Os atendimentos de MC não se distribuem de forma homogênea pelas diferentes regiões e unidades da federação: a região Sudeste, embora tenha 42% da população, concentra 55% dos procedimentos diagnósticos e 52% dos procedimentos clínicos. Ainda, o gasto

per capita com a MC varia entre as regiões do País, como se vê no seguinte exemplo: R\$ 30,04 no Amapá e R\$ 107,48 em São Paulo, com concentração dos menores gastos per capita na região Nordeste (FONTE: DATASUS).

Tabela 1. Execução física e financeira de consultas e procedimentos de Atenção Especializada de Média Complexidade aprovados pelo SUS, no Brasil, em 2013

Tipo de atendimentos	Frequência	Valor aprovado (em reais)
Procedimentos		
Procedimentos com finalidade diagnóstica (códigos grupo 02)	680.175.640	4.468.864.827,08
Procedimentos clínicos (códigos grupo 03)	520.229.634	4.030.076.289,13
Procedimentos cirúrgicos (códigos grupo 04)	8.906.410	305.128.105,51
Total procedimentos	1.209.311.684	8.804.069.221,71*
Consultas		
Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico, código 0301010048)	68.379.253	432.464.596,54
Consulta médica em Atenção Especializada (código 0301010072)	90.296.026	910.113.734,80
Total consultas	158.675.279	1.342.578.331,34

Fonte: SIH/Datasus, 2014

Além da variação entre os estados brasileiros, há ainda a diferença de acesso entre os municípios do mesmo estado. De uma lista de 89 exames de MC básicos, apenas a glicemia capilar foi realizada e registrada em mais de 80% dos municípios brasileiros, sendo que outros exames essenciais ao cuidado foram registrados em menos de 60% dos municípios brasileiros, como a dosagem de hemoglobina glicosilada (35%), o eritrograma (37%) e o eletrocardiograma (51%). Assim, há grande desigualdade entre moradores de estados e municípios com diferentes formas de acesso aos métodos básicos de apoio diagnóstico.

Dificuldades da Atenção Especializada

Além da questão do acesso, a AE apresenta problemas quanto à sua articulação com outros pontos de cuidado dentro da rede de atenção. Dados do Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de 2011 mostram que 33% dos profissionais da AB nunca tiveram contato com especialistas para troca de informações. Por outro lado, 52% dos especialistas nunca fizeram contato com seus colegas da AB, ocasionando fragmentação do cuidado e evidenciando baixa interação entre profissionais que compartilham a atenção dos mesmos pacientes. O modelo da AE é tipicamente centrado nas especialidades médicas e engessado pela tabela de procedimentos do SUS, frequentemente criticada quando se avaliam os valores desses procedimentos isoladamente, frente ao custo operacional do exame e do mercado. Há, ainda, na maioria das regiões, necessidade de aprimoramento dos mecanismos de gestão da AE, seja na regulação do acesso e no monitoramento das atividades, seja na definição de critérios de encaminhamento para a AE e de retorno para a AB, assim como de protocolos para indicação dos procedimentos realizados e

de microrregulação. Necessidade de maior utilização de ferramentas de TI e melhoria do transporte sanitário são outros aspectos a serem considerados.

Em relação às principais dificuldades e fraquezas apresentadas atualmente pela AE, pode-se dizer: 1. Desarticulação dos serviços de Atenção Especializada com as Unidades Básicas de Saúde; 2. Processo de trabalho baseado em especialidades médicas; 3. Modelo único de financiamento baseado na produção e na tabela de procedimentos; 4. Desalinhamento dos valores de tabela com o custo e os valores praticados no mercado; 5. Ausência de adaptação às diferentes realidades regionais; 6. Ausência de efetiva regulação do acesso como ferramenta organizativa nas Redes de Atenção à Saúde; 7. Dificuldades no mapeamento dos serviços; 8. Necessidade de melhor informação e monitoramento das atividades; 9. Necessidade de melhor organização do transporte sanitário; 10. Baixa efetividade e uso de tecnologias para transferência e troca de informações; 11. Pouca definição dos parâmetros de cuidado (entrada e saída na AE) e para a realização dos procedimentos; 12. Limitação na capacidade de gestão do cuidado na AE (prestadores, recursos humanos); e 13. Dificuldade de contratação do serviço privado, e de monitoramento desses contratos.

Desafios para a integração entre Atenção Básica e Especializada

Considerando o cenário de fragmentação e baixa efetividade do cuidado, o grande desafio é garantir o acesso ao cuidado integral e resolutivo na AE (equipe, apoio/procedimentos diagnósticos e terapêuticos), de forma vinculada à AB, que também precisa ser ampliada de forma a tornar-se mais resolutiva. Várias ações se encontram em curso para qualificar a AB, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), o PMAQ-AB e o

e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), além da ampliação da oferta e da possibilidade de realização de determinados exames de apoio diagnósticos na AB. A transformação da AE deve seguir princípios semelhantes aos da AB, guiando-se pelas demandas geradas na própria AB e permitindo a integração plena entre os pontos de atenção.

Dentre os princípios que devem reger a reestruturação da AE, tendo em vista uma AE territorializada, vinculada às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e resolutiva, temos: 1. Atuação territorial e apoio matricial; 2. Planejamento predominante na demanda da AB e em diretrizes clínicas; 3. Nova programação e parametrização dos serviços prestados; 4. Novo modelo de financiamento baseado nas necessidades das redes temáticas prioritárias ou nas linhas de cuidado, podendo refletir a capacidade e a oferta dos serviços ou se programar de acordo com a base populacional de referência; 5. Garantia de diferentes maneiras e formatos de cuidado, dependendo do tipo de agravamento e das características regionais; 6. Versatilidade nos mecanismos de gestão e regulação dos serviços; 7. Garantia do acesso nas diferentes regiões; 8. Utilização de ferramentas de tele-saúde para regulação, consultoria e diagnóstico; 9. Renovação do parque tecnológico da AE e suas especialidades nos territórios; 10. Discussão da complementaridade dos prestadores privados; e 11. Discussão dos modelos e formas de gestão do cuidado na AE (*figura 1*).

Reserva-se ao Telessaúde um papel importante na mudança do modelo, uma vez que a teleconsultoria pode se tornar uma ferramenta poderosa para permitir o contato e a troca de informações entre os profissionais de AE e AB, permitindo a priorização do encaminhamento e a aderência a protocolos baseados em evidências. Sabe-se que a utilização de ferramentas de telessaúde permite a redução de cerca de 80% dos encaminhamentos, permitindo que se utilizem os recursos de transporte sanitário e da AE de forma mais racional e efetiva (ALKMIM, 2012).

Figura 1. Estratégia de qualificação e ampliação do acesso à Atenção Especializada Ambulatorial

Atenção Básica	Regulação	Atenção Especializada
<ul style="list-style-type: none"> Atenção Básica Resolutiva: produção da carteira de serviços (definição de escopo da Atenção Básica e proposta de financiamento (ações, exames e procedimentos); Informatização e implantação do e-SUS nas UBS; Disponibilização de guia para elaboração e disponibilização de protocolos de encaminhamento/teleconsultoria/telessaúde 	<ul style="list-style-type: none"> Qualificação dos encaminhamentos - articulação de regulação e telessaúde; Integração SisReg, Plataforma de Telessaúde e e-SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Mudança de lógica de financiamento Qualificação dos serviços (equipe mínima, procedimentos mínimos, adoção de protocolos) Definição de responsabilidades (matriciamento, captação e população adscrita) AE baseada em diretriz clínica (necessidade) e nova programação e parametrização Modelo de financiamento (redes, linha de cuidado, serviços ou base populacional)

Fonte: Elaboração própria

Propostas

Já foi colocado que, para ampliar a resolutividade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, há que se produzir melhorias em todas as esferas de atenção.

Melhorias na Atenção Básica

Além das ações já citadas anteriormente, existem outras iniciativas de qualificação na AB, já em discussão e implantação, que podem levar à melhoria da AE, posto que estão fortemente relacionadas. Entre elas:

- Ampliação do leque de procedimentos diagnósticos e terapêuticos acessíveis, de vários modos (coleta e resultado de exames, teleradiológico, vagas definidas na UBS etc.), e disponíveis conforme decisão da equipe da UBS;
- Remuneração por ‘pacote’ de exames, desde que cumprido padrão de acesso, oferta, regionalização e organização;
- Pagamento per capita (captação) de algumas prioridades epidemiológicas pelo e-SUS;

- Incentivo por equipe, de acordo com a classificação da sua carteira de serviços;

- Financiamento do teto de Média e Alta Complexidade para AB, ampliando a possibilidade de regulação pela própria AB.

Também são essenciais para a integração entre a AB e a AE a elaboração e a revisão de protocolos clínico-assistenciais e de regulação, com critérios de encaminhamento da AB para a AE, e o devido retorno da AE para a AB; e a orientação das equipes assistenciais, possibilitando, também, a aderência dos profissionais às melhores práticas.

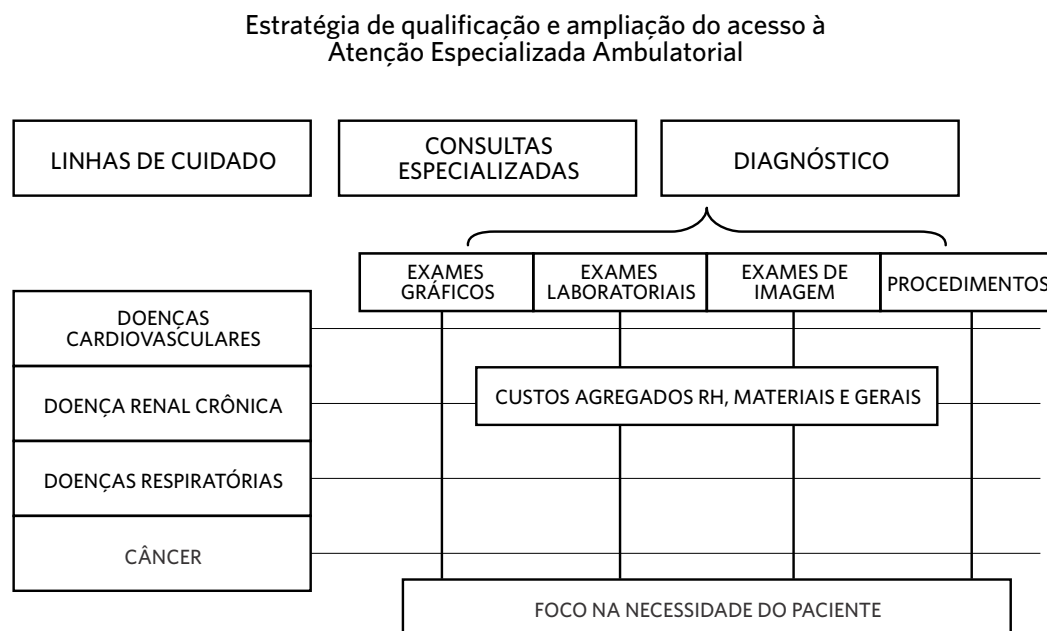
Outro avanço necessário para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a maior integração entre os pontos de cuidado dentro da rede de atenção é a implantação do prontuário eletrônico, que possibilita acesso rápido às informações, maior qualidade da informação clínica, confiabilidade dos dados, diminuição de solicitações em duplicidade, sistemas de apoio à decisão e outros recursos (BEZERRA, 2009). Vale pontuar que a implantação do e-SUS na Atenção Básica evidencia os esforços do governo federal para avançar nesta temática, uma vez que o sistema possui módulos que permitem a geração de informações detalhadas sobre a situação de saúde do usuário.

Estratégia de qualificação e ampliação do acesso à Atenção Especializada Ambulatorial (AEA)

Pode-se dividir a organização do cuidado na AEA em dois grandes grupos: de cuidado crônico-longitudinal e de cuidado imediato-transitório. O primeiro refere-se à organização do cuidado das pessoas com necessidades crônicas e permanentes de cuidado, e que se caracterizam por dependência de acesso, diagnóstico, terapia e acompanhamento longitudinal, como o cuidado para as doenças cardiovasculares e para a doença renal crônica, entre

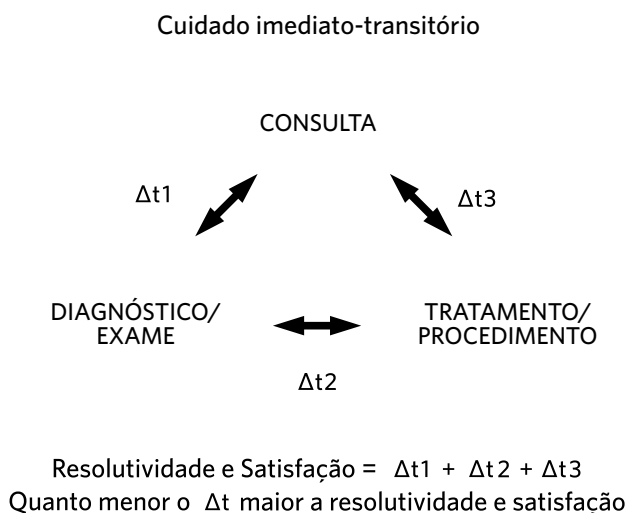
outras (figura 2). O segundo refere-se às necessidades transitórias, que se caracterizam por necessidade de acesso, diagnóstico e terapia de uma maneira mais resolutiva e imediata, como, por exemplo, em doenças relacionadas às especialidades de urologia, ortopedia e oftalmologia, entre outras, a exemplo da litotripsia, da cirurgia de catarata ou de determinado exame de imagem para diagnóstico. Nesse formato, podemos dizer que a atenção ao paciente depende de um triângulo de cuidado, no qual a resolutividade e a satisfação dependem dos tempos entre a consulta com o especialista, o diagnóstico por exame a ser realizado e, muitas vezes, o procedimento terapêutico definitivo (figura 3).

Figura 2. Representação esquemática para cuidado no formato crônico-longitudinal



Fonte: Elaboração própria

Figura 3. Representação esquemática para cuidado no formato imediato/transitório



Fonte: Elaboração própria

Proposta de novo modelo de financiamento

O atual modelo de financiamento da AE é pautado, quase que exclusivamente, em procedimentos clínicos e cirúrgicos da tabela do SUS, o que contribui para desvirtuar a lógica de cuidado integral e resolutivo, com baixo impacto para organização de cuidado. A reorganização da AEA deve considerar novos modelos de financiamento, sendo possível avaliar uma estratégia que aborde o contexto horizontal de financiamento, com critérios determinantes, que podem refletir uma lógica de piso da AEA para Média Complexidade, com componente fixo e variável. Também, por outro lado, o financiamento pode ser baseado na avaliação de condicionantes específicas, tais como: eixos específicos de diagnósticos, linhas de cuidados, redes temáticas ou serviços com determinados perfis de produção e competência. Algumas estratégias já evoluíram nesse sentido, como se pode observar na nova portaria que regulamenta o cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no

SUS. Nessa nova abordagem, instituída pelo Ministério da Saúde, o cuidado da pessoa com DRC não é baseado no pagamento exclusivo de procedimentos isolados, uma vez que é ofertado o repasse de um custeio mensal global por pessoa com DRC. Esse custeio, além de contemplar as necessidades clínicas (exames e consultas) da pessoa com DRC, vincula a organização do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Conclusão e perspectivas

A estruturação da Atenção Especializada Ambulatorial mostra-se como um grande desafio para os gestores e para o próprio SUS. Não se garante o acesso ao cuidado de alta densidade tecnológica, Alta Complexidade, sem considerar o papel fundamental da Atenção Especializada Ambulatorial para apoio diagnóstico e continuidade da atenção, assim como não se amplia o acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos sem estratégia ou política pública específica, para as ações na Média Complexidade. Desta forma, torna-se premente a instituição e sustentação

de uma política de Atenção Especializada Ambulatorial no SUS. Com efeito, novos modelos de atenção devem ser colocados para serem avaliados, discutidos e propostos, a fim de que se apresente uma Atenção Especializada com singularidades que expressem a realidade das diversas regiões do Brasil, suas características e dificuldades, seu acesso, sua organização e carência de profissionais especialistas em determinadas áreas da saúde. Assim, propõe-se uma discussão para se tornar factível uma Atenção Especializada Ambulatorial que adense a relação resolutiva com a AB, por meio de um modelo não único; por um plano organizativo, territorializado, com aproximação da AE à AB, sendo ambas resolutivas em seus processos de cuidado. Como estrutura de atenção, devem ser considerados: o uso de tecnologias de telessaúde (diagnóstico/apoio matricial ou segunda opinião específica),

além de apoio matricial para AB; a definição de necessidades da AEA pelas formas de cuidado e eixos fundamentais de estrutura, como equipe; o apoio diagnóstico e o apoio para procedimento terapêutico; e uma AB resolutiva, com capacidade de execução de determinados procedimentos fundamentais para garantia do cuidado. Ainda, para mudança de paradigmas, deve-se ampliar a discussão da forma de financiamento da AEA, avaliando prioridades como, por exemplo, redes temáticas, linhas de cuidado e serviços ou de forma geral por base populacional, em um panorama de abrangência mais horizontal. Estes são os desafios que nutrem maiores espaços de discussão para a implementação de uma AEA que qualifique o cuidado às pessoas no SUS e amplie o acesso às ações e serviços na AE, bem como na AB, de acordo com a necessidade da população. ■

Referências

ALKMIM M. B. et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. *Bull World Health Organ*, Geneva, v. 90, n. 5, p. 373-378, may 2012.

BEZERRA, S. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. *Meta: Avaliação*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, jan./abr. 2009.

ENTHOVEN, A. C. Integrated delivery Systems: the cure for fragmentation. *American Journal of Managed Care*, Plainsboro [New Jersey], v. 15, n. supl. p. s284-s290, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Opas). *Redes integradas de servicios de salud:*

conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPAS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4). Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso em: 16 out. 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cause-specific mortality, 2008: WHO region by country*. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.887?lang=en>>. Acesso em: 17 out. 2014.

Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para redução dos óbitos por dengue

Integrity and integration of health services: challenges to reduce dengue deaths

¹ Especialista em Engenharia Sanitária pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Consultor Técnico do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
rodrigo.said@saude.gov.br

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Bahia (BA), Brasil. Coordenador do Programa Nacional de Controle da Dengue do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
giovannini.coelho@saude.gov.br

³ Especialista em Cadeias produtivas pela Universidade Federal de Lavras (UFLA) – Lavras (MG), Brasil. Servidor técnico especializado da Secretaria Estadual de Saúde – Palmas (TO), Brasil.
olavo.fontoura@saude.gov.br

⁴ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil. Consultora Técnica do Ministério da Saúde na Coordenação Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília (DF), Brasil.
carolina.lucena@saude.gov.br

⁵ Mestre em Epidemiologia Aplicada ao SUS pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultor Técnico do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
matheus.cerroni@saude.gov.br

Rodrigo Fabiano do Carmo Said¹, Giovanini Evelim Coelho², Olavo de Moura Fontoura³, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena⁴, Matheus de Paula Cerroni⁵.

RESUMO A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde, como direito e como serviço. Para qualificar a atenção à saúde a partir da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde. O objetivo deste trabalho é relatar as atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, a partir de 2011, para promover a construção de um modelo de atenção integral à saúde, visando à redução do número de óbitos por dengue. Foram realizadas revisões das normas técnicas, estratégias diferenciadas de capacitação e integração das ações de vigilância e atenção à saúde no controle da dengue.

PALAVRAS-CHAVE Dengue; Políticas públicas de saúde; Integralidade em saúde.

ABSTRACT *The integrality is one of the doctrinal principles of the SUS that intend to combine different actions for quality health care. It is essential that the work processes been organized with a view to addressing the major health problems for qualifying health care through integrality. The objective of this study is to report the activities of Ministry of Health, since 2011, to promote the construction of model of integrate health care, aiming to reduce the number of dengue deaths. Review of technical standard, different training strategies and integration of surveillance and health care were conducted in dengue control.*

KEYWORDS *Dengue; Health public policy; Integrality in health.*

Introdução

A dengue é uma doença febril aguda causada por um vírus de genoma RNA, do gênero *Flavivirus*, e transmitida via picada de mosquitos infectados do gênero *Aedes*, sendo o *Ae. aegypti* seu principal vetor (RIGAU-PEREZ ET AL., 1998). São conhecidos quatro sorotipos Denv (1, 2, 3 e 4), com manifestações clínicas da doença variando desde infecções assintomáticas até formas mais graves, com quadros de hemorragia e choque, podendo evoluir para óbito (WHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde, em 2012, classificou a dengue como a mais importante virose transmitida por artrópodes. Nas últimas cinco décadas, a incidência da doença aumentou trinta vezes, variando de 908 casos no final da década de 1950 até mais de dois milhões de casos no ano de 2010. Atualmente, mais de 100 países são endêmicos, e estimam-se entre 50-100 milhões de novas infecções por ano, incluindo milhares de formas graves, e 20.000 óbitos por ano, gerando uma sobrecarga para os sistemas de saúde e a economia dos países afetados (WHO, 2012).

Nas Américas, a reemergência da dengue tornou-se um grave problema de saúde pública a partir da década de 1960 (GUZMAN; KOURI, 2003). No entanto, a história da transmissão de dengue na região das Américas pode ser categorizada em quatro períodos distintos. O primeiro refere-se à introdução da dengue na região (1600-1946). O segundo, o plano continental para erradicação do *Aedes aegypti* (1970-1974), foi marcado por um sucesso em 18 países da região. Enquanto o terceiro, período de reinfestação do *Aedes aegypti* (1971-1999), pode ser caracterizado por falhas nos programas de erradicação do mosquito. O último apresenta um aumento da dispersão do *Aedes aegypti* e do vírus da dengue (2000-2010), sendo, em 2010, notificados mais de 1,7 milhão de casos, com a ocorrência de 1.185

óbitos (DICK ET AL., 2014). Vale ressaltar que, na última década, observa-se, também, a cocirculação de diferentes sorotipos em muitos países (GUZMAN; KOURI, 2003).

No Brasil, a dengue foi documentada laboratorialmente em 1982, com a primeira epidemia – em Boa Vista, Roraima – causada pelos sorotipos 1 e 4 (OSANAI, 1983). Em 1986, ocorreram epidemias atingindo o Rio de Janeiro e capitais da região nordeste. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenizadas e/ou a alteração do sorotipo predominante (BRASIL, 2009). No período entre 2002 a 2011, a dengue se consolidou como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil, com aumento do número de casos e hospitalizações, com epidemias de grande magnitude, agravamento do processo de interiorização da transmissão, com registro de casos em municípios de diferentes portes populacionais e a ocorrência de casos graves acometendo pessoas em idades extremas. Ao longo desses 10 anos, foram registrados, aproximadamente, 4,8 milhões de casos prováveis (casos notificados, exceto os descartados) de dengue, o que representa um número quatro vezes maior em relação aos dez anos anteriores (BRASIL, 2012A).

Os condicionantes de expansão da dengue nas Américas e no Brasil são similares e referem-se, em grande parte, ao crescimento desordenado dos centros urbanos. O Brasil concentra mais de 80% da população nas áreas urbanas, com importantes lacunas no setor de infraestrutura, tais como dificuldades para garantir o abastecimento regular e contínuo de água, a não garantia de coleta e o destino adequado dos resíduos sólidos. Outros fatores, como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento

global, conduzem a um cenário que impede, em curto prazo, a proposição de ações visando à erradicação do vetor transmissor (BRASIL, 2009).

Diante desse quadro, a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2012, propõe a Estratégia Global para Prevenção e Controle da Dengue, no período de 2010-2020. Como meta, visa à redução da mortalidade da doença em 50% e redução da morbidade em 25%, até o ano de 2020, considerando como linha de base os registros do ano de 2010. O princípio orientador do programa é harmonizar as ações de prevenção, vigilância e gestão de casos com os sistemas de saúde existentes, garantindo a sustentabilidade e a rentabilidade das atividades. Ainda, para redução do número de óbitos, é necessário criar estratégias para garantir o reconhecimento oportuno de casos, implantar unidades de referência para acompanhamento dos casos graves, reorganizar os serviços de saúde para lidar com surtos de dengue e capacitar continuamente os profissionais de saúde (WHO, 2012).

A proposta deste texto é descrever as atividades desenvolvidas pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS) em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS-MS), visando à integração das ações de atenção e vigilância da dengue nos serviços de saúde a partir de 2011, que tem por finalidade a redução do número de óbitos por dengue no País e apoiar o alcance das metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. Também se pretende avaliar os resultados preliminares alcançados até o final do ano de 2013.

Antecedentes

Instituído em 2002, o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) (Brasil, 2002) visava a intensificar as ações

existentes e implementar novas estratégias operacionais para atingir a redução da infestação dos índices de *Aedes aegypti*, reduzir a incidência da dengue e reduzir a letalidade por febre hemorrágica da dengue (FHD) a menos de 1%. Foi implantado por intermédio de 10 componentes: vigilância epidemiológica; combate ao vetor; assistência aos pacientes; integração com a Atenção Básica (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs – e Programa de Saúde da Família – PSF); ações de saneamento ambiental; ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; capacitação de recursos humanos; legislação; sustentação político-social; e acompanhamento e avaliação do PNCD.

O componente de assistência aos pacientes tinha por objetivo garantir a assistência adequada e reduzir a letalidade das formas graves da doença. Também foi proposto organizar a rede assistencial identificando unidades de saúde de referência com fluxo de atendimento aos pacientes, implantar o sistema de Regulação de Leitos e elaborar planos de contingência para situações de epidemias. Além disso, visava capacitar os profissionais de saúde, viabilizar a realização de exames laboratoriais e utilizar o cartão de acompanhamento do paciente.

O componente de integração com a Atenção Básica tinha por objetivo a inserção do Pacs/PSF nas ações de vigilância, atenção, prevenção e controle da dengue. Também foi publicada a Portaria MS n.º 44, de 31/01/2002, com a definição das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no controle da dengue. Para monitoramento e avaliação das atividades, foram propostos como indicadores: a proporção de municípios com população superior a 100.000 habitantes com plano de contingência para FHD; a taxa de letalidade para FHD; a proporção de

municípios qualificados com a implantação do Pacs/PSF e a proporção de agentes comunitários capacitados (BRASIL, 2002).

Em estudo de análise lógica do PNCD, foram observados como aspectos positivos no componente de assistência aos pacientes a realização de capacitação de profissionais de saúde e a implantação de unidade ambulatorial de referência como estratégia para aprimorar a detecção e a confirmação dos casos de dengue hemorrágica, apesar de terem sido reduzidas as avaliações sobre o programa. Também se destacou a necessidade de atualização do modelo teórico-lógico do PNCD, de acordo com o modelo de Estratégia de Gestão Integrada para a Prevenção e Controle de Dengue na Região das Américas (EGI-Dengue-OPAS) (FIGUEIRÓ ET AL., 2010).

No ano de 2009, com o quadro epidemiológico da dengue no País, com ampla distribuição do vetor em todas as regiões, a circulação simultânea de três sorotipos virais (Denv1, Denv2 e Denv3) e a vulnerabilidade para a introdução do sorotipo Denv4, o Ministério da Saúde, em cooperação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, publicou as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. As diretrizes propõem como objetivo geral evitar a ocorrência de óbitos por dengue, prevenir e controlar processos epidêmicos, com organização das atividades de assistência, vigilância epidemiológica, controle vetorial, gestão, comunicação e mobilização em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas. No componente assistência, dá-se destaque à necessidade de evitar o óbito por dengue, através da qualificação da assistência prestada e da organização da rede de serviços de saúde. Para garantir a qualidade da assistência, recomendou-se a implantação da classificação de

risco proposta no protocolo clínico de dengue em todos os estabelecimentos de saúde. Essa classificação tem por objetivo reduzir o tempo de espera por atendimento, tratamento e internação, quando necessário, também contribuindo para a organização do fluxo de pacientes nas unidades de saúde. Para organização dos serviços de saúde é necessário garantir acesso qualificado em todos os níveis de atenção. Para contribuir para a redução da letalidade, o documento ainda discute as atribuições das unidades de saúde (Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária) no período de baixa transmissão e em período epidêmico (BRASIL, 2009).

Após a implantação do PNCD e das Diretrizes Nacionais, no período entre 2002 a 2010, foram notificados 3,9 milhões de casos prováveis de dengue, com o registro de 74.691 casos graves e a ocorrência de 2.315 óbitos. O ano de 2010 concentra 26,69% dos casos prováveis (1,0 milhão); 23,40% dos casos graves (17.474); e 28,33% dos óbitos (656) no período, segundo dados atualizados no portal saúde, em 20/01/2014 (BRASIL, 2014).

Integração das ações nos serviços de saúde

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Para qualificar a atenção à saúde a partir da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e vigilância em saúde incorporadas efetivamente nas equipes de atenção à saúde de todo País (BRASIL, 2007). O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente,

ao de integração. Torna-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente (HARTZ; CONANDRIOPOULOS, 2004).

A integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua ‘história social’, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde. Cabe registrar a distinção entre ‘integralidade’ e ‘integração’, termos que por vezes se confundem no debate acerca da organização dos serviços de saúde. Se a integralidade é um atributo do modelo, algo que o modelo de atenção à saúde ‘deve ser’, a integração é um processo, algo ‘a fazer’ para que o modelo de atenção seja integral. Nesse sentido, a integração envolve duas dimensões: uma dimensão ‘vertical’, proporcionada pelo estabelecimento da hierarquização dos serviços, que permite a produção de ações de distinta complexidade (primária, secundária, terciária) em função da natureza do problema que se esteja enfrentando; e uma integração ‘horizontal’, que permite a articulação, no enfrentamento do problema, de ações de distinta natureza (promoção, prevenção, recuperação). A construção de um modelo de atenção integral à saúde pressupõe, portanto, o desenvolvimento de um processo de implantação de ações que não são desenvolvidas no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se promova a integração, tanto ‘vertical’ quanto ‘horizontal’, de ações que são desenvolvidas. No primeiro caso, situam-se, por exemplo, as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, desenvolvidas na maioria dos nossos sistemas municipais de saúde. No segundo caso, cabe articular ações de prevenção e de assistência que

vêm sendo historicamente desenvolvidas por instituições diferentes, com lógicas organizacionais distintas (TEIXEIRA, 2011).

Em 2011, após uma grande epidemia de dengue, ocorrida no ano anterior, com elevado número de casos graves e óbitos, e diante da necessidade de apoio técnico institucional, a SAS-MS define em seu espaço de atuação, como agenda prioritária, as discussões sobre dengue. A estratégia foi promover a articulação entre as estruturas de atenção e de vigilância da dengue, objetivando obter uma resposta abrangente para a redução do número de óbitos da doença. Dessa forma, foi criada uma Assessoria Técnica, ligada ao Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde, para discutir e apoiar a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue (CGPNCD) e as recomendações das Diretrizes Nacionais para atenção aos pacientes, assim como para auxiliar as secretarias estaduais e municipais de saúde na redução do número de casos e de óbitos por dengue. Outros setores da SAS-MS também participam desse processo de integração: Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência e Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diferentes estratégias foram elaboradas em conjunto com a CGPNCD para alcançar os objetivos.

Atualização de normativas técnico-científicas para prevenção, diagnóstico e manejo de casos.

No ano de 2011, através de análise de literatura científica disponível, foi realizada a revisão do manual ‘Dengue – diagnóstico e manejo clínico’, e publicada a 4ª edição. Esse material foi elaborado com o objetivo

de uniformizar os protocolos existentes no País e adequá-los às recomendações da Organização Mundial de Saúde. Procurou discutir que dengue é uma doença dinâmica e sistêmica, e que, portanto, o acompanhamento dos pacientes deve ser contínuo e dinâmico. Assim, foi proposto novo modelo de estadiamento clínico, estratificado em quatro grupos, com valorização dos sinais de alarme e identificação precoce de sinais de choque. Também foi realizada a revisão dos volumes de hidratação indicados para tratamento dos pacientes, a ampliação das condutas para os grupos de risco, reavaliações clínicas, indicação de exames complementares e elaboração de algoritmo para condução dos casos. O algoritmo propõe uma abordagem clínica evolutiva, baseada no reconhecimento de clínicos e/ou laboratoriais que podem ser indicativos de gravidade, e está dividido em duas etapas: classificação de risco e manejo dos pacientes. Após edição do cartaz de manejo clínico, foram reproduzidos 600.000 exemplares e distribuídos para as secretarias municipais e estaduais de saúde.

Destacando a importância do profissional de enfermagem no atendimento do paciente com suspeita de dengue, outra revisão realizada, no ano de 2013, foi 'Dengue: manual de enfermagem', e publicada a 2ª edição. A proposta do manual foi abordar os aspectos relacionados à assistência de enfermagem no atendimento do paciente com suspeita de dengue, dando destaque às condutas inerentes à equipe de enfermagem (BRASIL, 2013).

Estratégias de capacitação

Diferentes estratégias de capacitação já foram implantadas, com treinamentos baseados em aula expositiva, discussão de casos e distribuição maciça de manuais e CDs. Porém, as análises dos óbitos mostram que a informação não atingiu a amplitude desejada, em parte,

em decorrência da falta de adesão dos profissionais às diferentes estratégias disponíveis. Esses modelos se baseavam na capacitação presencial e não atingiam os objetivos propostos. Baseado no exposto, o Ministério da Saúde sugere treinamentos simplificados que atinjam um maior número de profissionais ligados à assistência. No ano de 2011, dois modelos foram elaborados para a capacitação dos profissionais 'Dengue em 15 minutos' e curso de Educação a Distância (EAD).

A capacitação 'Dengue em 15 minutos' foi uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e, posteriormente, adaptada e incorporada às recomendações do Ministério da Saúde. Tem por objetivo alertar os profissionais de saúde sobre a situação epidemiológica da dengue no País, com aumento de casos graves e óbitos da doença, e ressaltar os pontos-chave na condução dos casos capazes de impactar a evolução clínica, evitando a ocorrência do óbito. Propõe sensibilizar um maior número de profissionais ligados à assistência em diferentes unidades de saúde. A capacitação é realizada no próprio estabelecimento de saúde, através de monitores formados previamente pelas secretarias estaduais e municipais ou pelo Ministério da Saúde. Foi elaborado material instrutivo, com dez *slides* para exposição que discutem o dinamismo da doença, a importância do acompanhamento contínuo, a valorização dos sinais de alarme, a realização da prova do laço, o estadiamento clínico e os volumes de hidratação definidos para cada grupo. Também destaca a importância da consulta ao algoritmo de classificação de risco e manejo do paciente para apoio na conduta clínica. Cada monitor e profissional de saúde recebe um *kit* padronizado de treinamento com os *slides* a serem discutidos, algoritmo de classificação de risco, estudo de caso e certificação de

conclusão da sensibilização.

A outra iniciativa para aprimorar as informações transmitidas aos profissionais de saúde foi a elaboração do curso EAD Dengue – atualização de manejo clínico. Esse curso é uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). A proposta é reforçar a capacitação no diagnóstico e no tratamento da doença, com a discussão de quatro casos clínicos que percorrem todo o protocolo de dengue. O curso é composto por módulos autoinstrutivos, podendo estender-se de acordo com a necessidade de pesquisa de cada participante, e compartilhamento de experiências por meio de redes sociais. O curso também habilita o profissional a baixar aplicativo gratuito para dispositivos móveis com o fluxograma de classificação de risco e manejo dos pacientes.

Descreve, também, a estrutura do serviço e o processo de trabalho nas unidades de Atenção Básica, Atenção Secundária e Hospitalar para o cuidado com o paciente. Aborda a possibilidade de instalação de unidades extras denominadas Polo de Atendimento de Dengue. Trata-se de instalações provisórias que podem ser criadas em qualquer área física que tenha as condições adequadas para o funcionamento de um serviço de saúde, com as mesmas recomendações na estrutura e no processo de trabalho das unidades de urgência/emergência. Por fim, propõem estimativas de cálculo de insumos, medicamentos, materiais, recursos humanos e leitos para elaboração dos planos de contingência assistenciais, considerando três cenários de risco (risco de transmissão de 1%, 2% e 4% da população da localidade).

Diretrizes para organização dos serviços de saúde

Para apoiar as secretarias municipais e estaduais de saúde, foram publicadas, em 2013, as Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemias de Dengue. O documento parte do pressuposto de que a maioria dos óbitos por dengue é evitável e descreve as funções estratégicas para garantir a qualidade do atendimento dos pacientes com suspeita de dengue: planejamento, gestão, acesso, monitoramento de pacientes, regulação, transporte, registro de informações, comunicação e articulação entre diferentes níveis de gestão. Segue como referência a publicação de Eric Martinez, que cita que

tão importante como evitar a transmissão de dengue é a preparação dos serviços de saúde para atender adequadamente os doentes e evitar suas mortes (MARTINEZ TORREZ, 2006, P.61).

Atualização dos planos de contingência

Por se tratar de doença com sazonalidade diferenciada por região, é importante reorganizar os serviços de saúde para o atendimento à demanda ampliada. Dessa forma, recomenda-se a elaboração de planos de contingência com modificações provisórias no processo de trabalho dos estabelecimentos de saúde para garantir o atendimento dos casos suspeitos de dengue. O plano de contingência é um documento que define as responsabilidades estabelecidas a uma organização para atender emergências. É um documento multisetorial e deve ser construído a partir de cenários prováveis. É desenvolvido em duas etapas: programática e operacional. Deve ser um documento dinâmico, com possibilidade de alterações conforme risco e aplicabilidade. A proposta do Ministério da Saúde foi atualizada nos últimos três anos e, em linhas gerais, consiste na estratificação da

resposta de contingência em momentos diferenciados de risco, para os componentes de atenção ao paciente, a vigilância laboratorial, a vigilância epidemiológica, o controle vetorial, a gestão, a comunicação e a mobilização. Dentro do componente atenção ao paciente, recomendam-se estratégias diferenciadas e gradativas para ampliação do acesso do usuário à rede de atenção; estratégias de acompanhamento do usuário na rede de atenção; desenvolvimento de ações de promoção e prevenção na Atenção Básica; capacitação de profissionais; ampliação de espaços de observação e de leitos de internação; implantação de unidades extras para atendimento (Polo de Atendimento de Dengue); redefinição do fluxo dos pacientes na rede de atenção; participação nos comitês de investigação de óbitos suspeitos de dengue; e planejamento para aquisição de insumos, equipamentos, recursos humanos temporários, materiais e medicamentos.

Investigação dos óbitos suspeitos de dengue

O Ministério da Saúde recomenda que a investigação dos óbitos suspeitos por dengue deva ser um evento sentinela para as vigilâncias locais e orienta a utilização do Protocolo de Investigação de Óbitos, anexo IX das Diretrizes Nacionais (BRASIL, 2009). A partir do ano de 2011, a Secretaria de Atenção à Saúde acompanhou a equipe da CGPNCD para apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no processo de investigação. Essa análise tem por objetivo identificar os fatores relacionados aos óbitos suspeitos por dengue e recomendar medidas para adequação imediata dos processos de trabalho envolvidos no atendimento do paciente. Os municípios são selecionados pela CGPNCD através da avaliação da situação epidemiológica e da ocorrência dos óbitos, e as discussões

são realizadas através da avaliação do acesso do usuário à rede de atenção, da qualidade da assistência prestada e da disponibilidade de meios e insumos para o atendimento.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda população. Com isso, o Ministério da Saúde criou o PMAQ. O programa foi instituído pela Portaria n.º 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, sendo um produto de negociação e pactuação das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, que tem por objetivo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em saúde. O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e pactuação (BRASIL, 2012B). Atualmente, o PMAQ encontra-se no segundo ciclo e o instrumento de avaliação externa engloba indicadores de monitoramento do processo de trabalho nas unidades de Atenção Básica que qualificam o atendimento do paciente com suspeita de dengue. Esses indicadores podem ser acessados pelo gestor municipal e pela equipe avaliada, permitindo troca de saberes e identificação de situações-problema

daquela equipe. Ainda existe um instrumento de autoavaliação (AMAQ) para melhoria do acesso e da qualidade da equipe, que engloba indicadores de monitoramento para as ações de promoção e prevenção desenvolvidas nas unidades de Atenção Básica.

Assessoria técnica às unidades federadas e aos municípios

De acordo com o acompanhamento da situação epidemiológica, a CGPNCD e a SAS elaboravam um plano de ação integrado para apoio aos municípios e estados auxiliando-os na detecção de alterações no padrão do comportamento da doença e nos momentos de implantação de ações nas diferentes fases de transmissão de dengue. A ação tem por objetivo apoiar a organização dos serviços para enfrentamento de epidemias de dengue, atualização e aplicação dos planos de contingência.

Resultados e discussão

Após consolidação da Assessoria Técnica na Secretaria de Atenção à Saúde, foi realizada reunião técnica em Brasília, no ano de 2011, com a participação de todas as unidades federadas, para apresentação da 4ª edição do manual 'Dengue: diagnóstico e manejo clínico', das estratégias de capacitação dos profissionais e das diretrizes para organização da rede de atenção. O trabalho de sensibilização do Ministério da Saúde também ocorreu em visitas presenciais nas unidades federadas: em 17 UF foram realizadas atividades de capacitação; em 20 UF, discussão dos planos de contingência; 16 UF receberam assessoria durante período de alta transmissão; e em 10 UF ocorreu investigação conjunta dos

óbitos por dengue.

A estratégia de capacitação 'Dengue em 15 minutos' foi implantada em diversos estados, mas vale ressaltar a iniciativa de Pernambuco, Rio de Janeiro, Alagoas e Espírito Santo e dos municípios de Fortaleza e Goiânia, onde o envolvimento das secretarias estaduais e municipais de saúde possibilitou um maior número de profissionais sensibilizados. Com a implantação da estratégia, o Ministério da Saúde realizou estudo para avaliar a capacitação 'Dengue em 15 minutos' quanto ao registro da classificação de risco e manejo clínico do paciente com dengue nas Unidades de Pronto Atendimento do estado de Pernambuco. Segundo Silva (2013), houve melhora nos registros de dados referentes à classificação de risco e manejo do paciente com hipótese diagnóstica de dengue nas unidades pesquisadas, porém, ainda se faz necessária uma melhora desses registros, devendo ser tal capacitação realizada com todos os profissionais envolvidos, assim como uma avaliação semestral da metodologia. Cabe destacar que o controle do número de profissionais capacitados nos eventos produzidos com a participação do Ministério da Saúde foi de responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de Saúde. O curso EAD de atualização de manejo clínico teve início no mês de maio de 2012, com a oferta de 5.000 vagas. Nos dados atualizados em 20 de julho de 2014, no portal da UNASUS, foram inscritos 9.537 participantes, entre médicos e enfermeiros.

No período de 2011 a 2013, as investigações dos óbitos suspeitos por dengue foram realizadas em 11 municípios, com mais de 150 casos pesquisados. Em linhas gerais, foi verificada baixa utilização do protocolo clínico de dengue nos estabelecimentos de saúde, baixo reconhecimento dos casos suspeitos e

pouca valorização dos sinais de alarme. Essas observações estão em consonância com outras publicações. No estudo de óbitos, em dois municípios brasileiros, os autores concluem: o que parece influenciar diretamente a ocorrência do óbito é o manejo clínico dos casos. Verificou-se que a assistência aos pacientes não alcançou o nível de adequação esperado em nenhum dos serviços avaliados e que as recomendações do Ministério da Saúde para o manejo dos casos de dengue não estão sendo seguidas (FIGUEIRÓ ET AL., 2011). Segundo o estudo, os sinais de alarme e choque para dengue não são pesquisados rotineiramente; os profissionais não têm utilizado o estadiamento clínico preconizado pelo Ministério da Saúde; a hidratação dos pacientes foi inferior à preconizada pelo manual; os exames laboratoriais, como hematócrito, não foram solicitados com a frequência recomendada; o tempo de entrega de resultados pelo laboratório foi inadequado para seguimento de pacientes com dengue; o tipo de assistência e o intervalo de reavaliação foram inferiores ao estabelecido (FIGUEIRÓ ET AL., 2011). E, de acordo com Eric Martinez,

a mortalidade de dengue pode estar relacionada a vários fatores do vírus, do hospedeiro, da patogenia de uma cepa viral circulante e da imunidade de uma população, mas especialmente com o nível de preparação do sistema de saúde (MARTINEZ TORREZ, 2006, P.61).

Atualmente, 22 unidades federadas estão com os planos de contingência elaborados para o período de 2013-2014, mostrando esforço da CGPNCD para sensibilizar as secretarias estaduais através de diversos fóruns. Mas também é importante avaliar o grau de aplicabilidade e a oportunidade das atividades

propostas de cada local.

O segundo ciclo do PMAQ encontra-se em fase de avaliação externa, com previsão da divulgação dos resultados no segundo semestre de 2014. O programa está inserido em cinco mil municípios brasileiros, com 53.060 equipes contratualizadas, incluindo equipes de saúde bucal, saúde da família, núcleos de apoio às equipes e centros de especialidades odontológicas. Serão avaliadas externamente nos seguintes parâmetros: acolhimento da demanda espontânea e utilização do protocolo clínico de dengue; atendimento dos casos suspeitos de dengue; oferta de ações educativas e promoção da saúde direcionadas à dengue. A autoavaliação das equipes é mais abrangente e permite a descrição das ações de educação em saúde junto à comunidade, visando à diminuição dos índices de infestação das localidades; participação dos Agentes Comunitários de Saúde na orientação da população quanto aos sinais e sintomas da doença e busca ativa de casos suspeitos; realização do atendimento dos pacientes conforme orientação do protocolo clínico; notificação de casos; acompanhamento diário de casos suspeitos; identificação dos sinais de alarme e fluxos de encaminhamento dos casos graves.

No período de 2010 a 2013, foram notificados 3.835.658 casos prováveis de dengue, conforme demonstrado na *tabela 1*. Na comparação entre 2010 e 2013, verifica-se um aumento de 45% dos casos prováveis. Com relação aos óbitos, considerando o ano de 2010 como linha de base, observa-se uma redução importante nos anos de 2011 e 2012 (26% e 50%, respectivamente). Já em 2013, a redução é menor: 09%, conforme verificado na *tabela 2*. Tal fato pode ser atribuído ao elevado número de casos em 2013.

Tabela 1. Número de casos prováveis de dengue, por Unidade Federada e Brasil, no período de 2010 a 2013

UF	2010	2011	2012	2013	Total
Rondônia	20.294	3.219	3.292	9.409	36.214
Acre	35.162	18.865	2.393	2.833	59.253
Amazonas	7.524	61.986	5.167	17.784	92.461
Roraima	7.590	1.451	1.874	953	11.868
Pará	15.568	19.240	16.246	9.352	60.406
Amapá	36.242	2.803	1.569	1.730	9.344
Tocantins	19.252	11.834	11.617	9.112	41.815
Maranhão	5.778	11.777	5.325	3.629	26.509
Piauí	7.137	10.060	12.255	4.983	34.435
Ceará	21.246	63.206	54.831	31.226	170.509
Rio Grande do Norte	7.846	23.171	28.778	17.870	77.665
Paraíba	6.667	12.602	8.771	13.398	41.438
Pernambuco	34.590	22.101	31.799	8.622	97.112
Alagoas	47.358	8.909	28.123	9.759	94.149
Sergipe	803	3.927	4.558	832	10.120
Bahia	45.429	39.612	48.473	62.147	195.661
Minas Gerais	214.552	40.343	29.456	421.048	705.399
Espírito Santo	26.081	40.336	11.961	68.988	147.366
Rio de Janeiro	29.824	165.787	181.169	213.420	590.200
São Paulo	207.546	114.884	29.152	223.139	574.721
Paraná	38.173	35.438	4.508	68.624	146.743
Santa Catarina	189	177	94	384	844
Rio Grande do Sul	3.646	363	170	448	4.627
Mato Grosso do Sul	63.519	8.510	9.202	79.230	160.461
Mato Grosso	35.443	6.146	32.856	35.915	110.360
Goiás	102.071	33.960	24.517	143.711	304.259
Distrito Federal	15.018	3.325	1.435	11.941	31.719
Brasil	1.011.548	764.032	589.591	1.470.487	3.835.658

Fonte: SES/SINAN. Dados obtidos pelo Sinan, tabulados todos os casos, exceto os descartados. Atualizado em 20/01/2014. Dados sujeitos à alteração

Tabela 2. Número de óbitos por casos graves de dengue, por Unidade Federada e Brasil, no período de 2010 a 2013

UF	2010	2011	2012	2013	Total
Rondônia	18	3	3	4	28
Acre	8	2	0	0	10
Amazonas	6	16	5	9	36
Roraima	5	1	0	0	6
Pará	20	20	6	11	57
Amapá	3	0	1	2	6
Tocantins	5	4	5	4	18
Maranhão	4	19	11	16	50
Piauí	7	2	6	2	17
Ceará	16	62	37	57	172
Rio Grande do Norte	7	17	10	13	47
Paraíba	5	8	13	13	39
Pernambuco	24	25	34	26	109
Alagoas	21	8	10	0	39
Sergipe	0	5	2	2	9
Bahia	34	16	28	17	95
Minas Gerais	83	18	15	99	215
Espírito Santo	13	19	11	26	69
Rio de Janeiro	43	134	43	57	277
São Paulo	141	56	13	73	283
Paraná	13	12	1	27	53
Santa Catarina	0	0	0	0	0
Rio Grande do Sul	0	0	0	1	1
Mato Grosso do Sul	42	2	6	36	86
Mato Grosso	52	5	14	27	98
Goiás	81	27	52	67	227
Distrito Federal	5	1	1	6	13
Brasil	656	482	327	595	2.060

Fonte: SES/SINAN. Casos graves correspondem ao somatório dos casos com classificação final FHD e DCC confirmados. Atualizado em 20/01/2014. Dados sujeitos à alteração

No período de 2010 a 2013, foram realizadas 292.021 internações, com um custo estimado de R\$ 94.559.401,30, conforme demonstrado nas *tabelas 3 e 4*. Na comparação dos valores de 2010 e 2013, verifica-se uma redução de 32% no total das internações, apesar do aumento de casos em 2013, o que pode ser atribuído a diversos fatores, como diferença no padrão de circulação dos sorotipos, imunidade

da população, faixa etária predominante e também ao processo de organização dos municípios, com a instalação de unidades extras de Polo de Atendimento de Dengue, que possibilitaram um melhor acesso ao usuário e um atendimento diferenciado para os casos suspeitos de dengue, com serviços oportunos de reposição volêmica, exames complementares e monitoramento dos pacientes.

Tabela 3. Demonstrativo do número de internações por dengue (CID A90 e CID A91), por Unidade Federada e Brasil, no período de 2010 a 2013

UF	2010	2011	2012	2013	Total
Rondônia	5.188	2.221	1.541	3.048	11.998
Acre	771	507	214	237	1.729
Amazonas	640	2.209	237	508	3.594
Roraima	1.200	240	314	71	1.825
Pará	7.052	8.602	5.778	4.104	25.536
Amapá	212	275	169	100	756
Tocantins	1.342	1.095	1.085	1.072	4.594
Maranhão	3.440	5.858	4.201	2.847	16.346
Piauí	3.285	2.782	2.381	1.504	9.952
Ceará	5.322	9.289	4.037	3.354	22.002
Rio Grande do Norte	1.214	3.112	1.672	1.595	7.593
Paraíba	2.323	2.602	1.391	1.804	8.120
Pernambuco	5.305	4.376	3.040	806	13.527
Alagoas	2.880	872	1.340	526	5.618
Sergipe	232	683	568	144	1.627
Bahia	11.388	9.315	10.593	9.564	40.860
Minas Gerais	7.304	2.372	1.525	7.381	18.582
Espírito Santo	1.928	3.470	1.080	1.683	8.161
Rio de Janeiro	4.721	9.843	3.757	4.253	22.574
São Paulo	6.464	3.377	1.176	4.222	15.239
Paraná	2.090	1.819	350	3.320	7.579
Santa Catarina	40	24	16	35	115
Rio Grande do Sul	183	68	20	50	321
Mato Grosso do Sul	4.256	903	611	2.970	8.740
Mato Grosso	5.074	1.005	2.917	1.892	10.888
Goiás	10.222	3.115	1.744	6.796	21.877
Distrito Federal	811	401	200	856	2.268
Brasil	94.887	80.435	51.957	64.742	292.021

Fonte: Base de dados SIHSUS- Sistema de Informações Hospitalares – fornecido pelo Datasus, tabulados pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação – SAS-MS em 18/06/2014

Tabela 4. Demonstrativo do custo de internações por dengue (CID A90 e CID A91), por Unidade Federada e Brasil, no período de 2010 a 2013

UF	2010	2011	2012	2013	Total
Rondônia	1.551.889,67	645.028,70	448.465,13	880.784,09	3.526.167,59
Acre	266.532,26	172.444,06	64.580,82	73.664,31	577.221,45
Amazonas	234.131,27	796.236,48	81.728,50	177.605,42	1.289.701,67
Roraima	422.283,29	82.366,78	109.817,71	24.856,97	639.324,75
Pará	2.153.667,56	2.624.924,47	1.763.203,84	1.260.670,97	7.802.466,84
Amapá	78.968,83	111.164,99	61.164,68	39.229,95	290.528,45
Tocantins	406.089,75	332.260,73	334.599,34	317.616,62	1.390.566,44
Maranhão	1.041.592,33	1.763.985,87	1.259.677,17	847.852,06	4.913.107,43
Piauí	993.976,48	860.787,59	716.621,70	438.939,93	3.010.325,70
Ceará	1.674.445,67	2.936.973,80	1.293.394,31	1.038.784,20	6.943.597,98
Rio Grande do Norte	379.184,21	984.147,55	568.753,23	472.133,64	2.404.218,63
Paraíba	747.804,74	883.145,02	466.619,66	580.676,15	2.678.245,57
Pernambuco	1.866.285,13	1.541.040,05	1.028.518,19	276.838,10	4.712.681,47
Alagoas	923.537,32	272.321,70	418.910,69	174.274,06	1.789.043,77
Sergipe	70.247,47	247.764,20	227.319,33	77.875,20	623.206,20
Bahia	3.578.414,16	2.836.839,69	3.252.095,25	2.901.697,88	12.569.046,98
Minas Gerais	2.713.067,18	860.282,69	522.034,16	2.759.071,64	6.854.455,67
Espírito Santo	666.068,81	1.134.848,04	381.642,83	522.703,81	2.705.263,49
Rio de Janeiro	1.588.935,82	3.363.100,83	1.263.510,51	1.423.564,93	7.639.112,09
São Paulo	2.474.566,88	1.177.253,40	433.606,62	1.458.717,98	5.544.144,88
Paraná	677.352,99	585.452,90	102.577,27	1.074.181,46	2.439.564,62
Santa Catarina	15.587,82	10.700,02	6.503,90	12.935,55	45.727,29
Rio Grande do Sul	93.372,37	22.645,49	5.878,17	24.558,78	146.454,81
Mato Grosso do Sul	1.407.082,19	296.599,13	197.814,71	892.796,83	2.794.292,86
Mato Grosso	1.858.049,74	305.196,79	982.823,97	593.436,67	3.739.507,17
Goiás	3.124.559,54	1.002.038,73	550.018,62	2.075.543,26	6.752.160,15
Distrito Federal	290.401,05	129.348,66	66.539,78	292.977,86	779.267,35
Brasil	31.298.094,53	25.978.898,36	16.608.420,09	20.713.988,32	94.599.401,30

Fonte: Base de dados SIHSUS- Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo Datasus, tabulados pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação - SAS-MS em 18/06/2014

Conclusão

A integralidade, como um princípio do Sistema Único de Saúde, implica repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde (FRACOLLI ET AL., 2011). Tendo em vista a complexidade de fatores envolvidos na transmissão de dengue, é de extrema importância a organização dos serviços de saúde para redução do número de óbitos, conforme preconizado nas diretrizes nacionais e pela Organização Mundial de Saúde. A implantação de estratégias integradas entre as ações de promoção, prevenção, controle, vigilância e atenção ao paciente pode contribuir para minimizar o impacto de uma

epidemia de dengue.

A estratégia da Secretaria de Atenção à Saúde, na busca dessa integração permanente com a CGPNCD, possibilitou a inclusão e a discussão de várias atividades nos serviços de atenção à saúde. Esse processo pode estar contribuindo para a redução do número de óbitos de dengue nos últimos três anos, apesar de não atingir, ainda, as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde; também possibilita uma melhor preparação dos serviços para o enfrentamento de epidemias. Tendo em vista os resultados preliminares obtidos e a gama de ações desenvolvidas, recomenda-se essa experiência de integração no âmbito das secretarias municipais e estaduais de saúde. ■

Referências

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Controle da Dengue*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf>. Acesso em:
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. *Cadernos de Atenção*, n. 21. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 199 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 160p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica / dados [internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue> Acesso em: 20 jan. 2014.
- DICK, O. B. et al. Review: the history of dengue outbreaks in the Americas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Northbrook, v. 90, n.6, p. 584-596, 2014.

- FIGUEIRÓ, A. C. et al. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v. 10, n. 1, p. S93-S106, nov. 2010.
- FIGUEIRÓ, A. C. et al. Death from dengue fever as a sentinel event for evaluation of quality of healthcare: a case study in two municipalities in Northeast Brazil, 2008. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2373-2385, dez, 2011.
- FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm.* USP, São Paulo, v.45, n. 5, p.1113-1141, out. 2011.
- GUZMAN, M. G.; KOURI, G. Dengue and dengue haemorrhagic fever in the Americas: lessons and challenges. *Journal of Clinical Virology*, Amsterdam, v. 27, n.1, p. 1-13, 2003.
- HARTZ, Z.; CONANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
- MARTINEZ TORREZ, E. La prevencion de la mortalid por dengue: um espacio y um reto para la atencion primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 20, n. 1, p. 60-74, 2006.
- OSANAI, C. H. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima. Nota prévia. *Rev. Inst Med Trop*, São Paulo, v. 25, n. 91, p. 3-4, 1983.
- RIGAU-PEREZ, J. G. et al. Dengue and dengue haemorrhagic fever. *Lancet*, Londres, v. 352, n. 9132, p. 971-977, set. 1998.
- SILVA, D. C. C. *Avaliação da Capacitação “Dengue em 15 minutos” na classificação e manejo do paciente de dengue nas Unidades de Pronto Atendimento, Pernambuco 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- TEIXEIRA, C. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CD0QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.ba.gov.br%2Fpdf%2FOS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf&ei=8ogDVNH3IpWRgwTto4Io&usg=AFQjCNGtnk-PW0BkfbelmjhledbWR1fRfg>. Acesso em: 5 set. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Special Programme for Research and Training in Tropical diseases. *Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention, and control*. Geneva: World Health Organization, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020*. Geneva: World Health Organization, 2012. PINTO, L.; TAVARES-NETO, J. *Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil*. No Prelo.

Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Primary Care and Continuing Health Education: scenario appointed by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB)

Hêider Aurélio Pinto¹, Alcindo Antônio Ferla², Ricardo Burg Ceccim³, Alexandre Ramos Florêncio⁴, Izabella Barison Matos⁵, Mirceli Goulart Barbosa⁶, Nilva Lucia Rech Stédile⁷, Angelo Pagot Zortea⁸.

¹ Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Sergipe (UFSE) – Aracaju (SE), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
heiderpinto.saude@gmail.com

² Doutor em Educação Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre, Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS). Coordenador Nacional da Rede Unida, Brasil.
alcindoferla@gmail.com

³ Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo (SP), Brasil. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
ricardo@ceccim.com.br

⁴ Mestre em Saúde Coletiva, Diretor Adjunto do Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
alexandre.florencio@gmail.com

RESUMO O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) passou a destacar a Educação Permanente em Saúde (EPS) por sua relevância na consolidação da mudança de práticas e de padrões de qualidade avaliados pelo programa e incluiu, no instrumento de coleta de dados com as equipes de Saúde da Família (eSF), questões relativas às atividades educativas realizadas no ano anterior. Neste artigo, se faz uma revisão das questões relacionadas com a política nacional de educação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a EPS é apresentada como prática de ensino-aprendizagem inserida no trabalho, além de iniciativas que a apoiam no trabalho das eSF, em particular o Telessaúde. Analisa questões relativas ao ensino-aprendizagem no cotidiano da Atenção Básica, conforme os dados coletados na etapa de avaliação externa do PMAQ-AB, cujo primeiro ciclo ocorreu em campo a partir de março de 2012. No País como um todo, aproximadamente 81% das eSF tiveram participação em atividades educativas, e dessas, aproximadamente 76% consideraram que contemplavam suas necessidades e demandas. Em ordem de frequência: Telessaúde, cursos presenciais, troca de experiências, educação a distância, tutoria/preceptorial e Rede Universitária de Telemedicina (Rute) ou outras atividades. No Telessaúde, principalmente a teleconsultoria, a segunda opinião formativa e o telediagnóstico. Concluiu-se que a EPS teve expansão e abrangência importantes na Atenção Básica; que as equipes têm se conectado com ofertas formativas; que ainda há evidência de processos educativos pontuais e de cunho informacional; e que as variações regionais de acesso às tecnologias de informação e comunicação são produzidas pelos problemas de infraestrutura, não pelo interesse e adesão. São formuladas considerações e recomendações para o fortalecimento da presença da EPS no cotidiano da Atenção Básica.

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

ABSTRACT *The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) went on to highlight the Permanent Health Education (EPS) for its relevance in the consolidation of changes on practices and quality standards evaluated by the program and included, in the data collect instrument with Family Health Teams (eSF), issues related to educational activities performed during the previous year. This article reviews the issues related to national education and development policy for the Unified Health System (SUS), where EPS is presented as a work-embedded teaching and learning practice. It also reviews initiatives that support it in the work of the eSF, in particular Telehealth. Moreover, this article analyses issues related to teaching and learning in primary care routine, according to data collected in PMAQ's external evaluation phase, whose first field cycle started in March, 2012. In the country as a whole, approximately 81% of the eSF participated in educational activities, and approximately 76% of them considered that they met their own needs and demands. Ordered by frequency: Telehealth, classroom courses, experience exchanges, distance learning, mentoring/preceptorship and Telemedicine University Network (Rute) or other activities. In Telehealth, mainly teleconsultance, the second formative opinion and telediagnostic. It was concluded that the EPS had significant coverage and expansion and in primary care; teams have been connected with training opportunities; there is still evidence of specific educational processes of informational nature; and that regional variations in access to information and communication technologies are produced by infrastructure problems, not by the interest and adhesion. Considerations and recommendations for the strengthening of EPS's presence of EPS in primary care routine are formulated.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Education, Continuing; Family Health Strategy.*

⁵ Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre, Brasil. izabmatos@gmail.com

⁶ Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Residência Integrada em Saúde pelo Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS), Brasil. Especialista em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde, pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil. Coordenadora Técnica do PMAQ/Rede Governo Colaborativo em Saúde, Brasil. mirceligoulart@gmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Ciências Ambientais da Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Petrópolis (RJ), Brasil. nilvarech.s@gmail.com

⁸ Especializando em Avaliação de Serviços de Saúde e economista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. angelopezor@gmail.com

Introdução

Este artigo analisa questões relativas à Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano da Atenção Básica, a partir dos dados coletados na etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011, cujo primeiro ciclo de coleta de dados em campo ocorreu a partir de março de 2012.

A EPS consta como estrutura da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento, para o Sistema Único de Saúde (SUS), introduzida em 2003 e vigente desde 2004, por meio de portarias e outros instrumentos de

gestão que propõem articular aprendizagem e trabalho, desenvolvimento profissional e desenvolvimento institucional do trabalho, educação para o conhecimento e educação para o trabalho, construção do saber e invenção de práticas no trabalho, colocando o cotidiano da saúde como parte relevante do ensino-aprendizagem da mesma. A avaliação externa do PMAQ-AB constituiu um primeiro esforço de reconhecimento da instauração dessa política no cotidiano da Atenção Básica, um esforço também de aquilatar a tradução da proposta na materialidade dos serviços de Atenção Básica e, portanto, permitir a indicação de caminhos à qualidade do acesso e à ampliação da resolubilidade da Atenção Básica.

O PMAQ-AB tem, na Educação Permanente em Saúde, um aspecto de investigação e é uma de suas principais apostas, tanto para a produção de movimentos locais quanto na singularização, suporte, qualificação e reinvenção desse movimento de mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Ou seja, ao mesmo tempo em que busca investigar questões relativas a esse tema, também procura induzir a integração de iniciativas institucionais para apoiar os processos formativos intraequipe, considerados como dispositivos para a qualificação da atenção e a implementação de mudanças apontadas pelo programa.

Para a análise, consideramos a Educação Permanente em Saúde como política e como prática de ensino-aprendizagem, tomando o referencial conceitual de Ceccim e Ferla (2008), e algumas ofertas nacionais estruturadas do SUS que o instrumento de coleta do PMAQ teve capacidade para avaliar, em particular, os recursos do Telessaúde e a adesão às Comunidades de Práticas do Departamento de Atenção Básica (DAB), viabilizadas pelo Ministério da Saúde. Os dados sobre a Educação Permanente em Saúde coletados pelo PMAQ-AB no Brasil são apresentados e analisados segundo a distribuição nacional e regional, compondo um desenho descritivo do cenário encontrado na avaliação externa, em 2012.

A análise apresentada neste artigo compõe o programa de pesquisas Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários, cadastrado junto ao sistema de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como investigação vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob o protocolo nº 21904/2012.

A Educação Permanente em Saúde composta nos e pelos territórios da Atenção Básica

Conforme Ceccim e Ferla (2008), a Educação Permanente em Saúde pode, ao mesmo tempo, apresentar-se como uma política de educação na saúde e uma prática de ensino-aprendizagem, em favor de um conhecimento de alta densidade e do desenvolvimento institucional resultante da problematização de modelos e metodologias, quando o cotidiano e a efetividade dos saberes profissionais estão em causa.

A Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde resultou de um percurso avaliativo institucional dos vários programas de treinamento, capacitação e educação continuada sustentados pelo governo federal em saúde, nos anos 1999-2002 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), envolvendo debates em diversos segmentos da sociedade, negociação junto às instâncias de controle social e pactuação entre os gestores e comissões intergestores até a sua formalização. A formulação da política considerou a crítica às estratégias de formação, que se modelavam pela transmissão do conhecimento e acumulação de cursos pelos trabalhadores sem que as práticas fossem reencetadas por seus operadores sociais ou ensejadas como potência protagonista dos processos abertos pela reforma sanitária brasileira, principalmente no que se refere à gestão do trabalho e da educação na saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

A EPS foi debatida e aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde (2003), constando nas deliberações da mesma e no Conselho Nacional de Saúde, onde gerou a Resolução nº 353/2003. Após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi instituída como política do SUS por meio da Portaria MS/GM nº 198/2004 (BRASIL, 2004). Essa Portaria foi modificada após o Pacto pela

Saúde de 2006, assinalando seus princípios, mas modificando sua abrangência de toda a política nacional relativa à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para um componente dentre outros programas e linhas de financiamento destinadas a públicos e objetos específicos, gerando a Portaria MS/GM nº 1.996/2006.

Como política do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, a Educação Permanente reflete uma singularidade relativa aos desafios da implementação dos princípios e diretrizes do SUS, em especial, a construção da integralidade sob participação popular e a gestão participativa, ascendentes dos cotidianos locais e materialmente experimentadas por trabalhadores e usuários, até as esferas federativas e interfederativas que constituem instâncias de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas.

A complexidade das práticas no dia a dia de serviços, redes e sistemas, mais que sedentas da absorção de evidências da ciência para a instrução de práticas com maior rigor e objetividade, apresenta-nos interrogantes quanto à consistência e à eficácia dos modelos de serviços, redes e sistemas adotados, particularmente, para satisfação das necessidades sociais em saúde, ensejamento de projetos terapêuticos singulares e invenção de linhas rizomáticas de cuidado e acesso à informação. Não se trata, a EPS, de uma ferramenta para implementar um modelo, mas de dispositivo para engendrar remodelagens. Além de recursos e serviços serem articulados, há toda uma dimensão pedagógica das práticas relativa à instauração de métodos, processos e técnicas que definem parâmetros de acesso e qualidade não discutidos em sua microgênese e manutenção molecular das lógicas disciplinares, biorreducionistas e hipertecnificadas.

Quem tem o mais profundo acesso às distintas relações que se estabelecem entre os diferentes atores do cotidiano, e aos distintos usos dos recursos da política de saúde e demais políticas públicas, se não os atores

locais das práticas? A complexidade do local é o destaque à operação da política, considerando que o engendramento de recursos de diferentes naturezas, inclusive cognitivos, é ação capaz de produzir mudanças no cotidiano. Esse engendramento inclui o reconhecimento das necessidades do cotidiano do trabalho e a escolha de abordagens capazes de potencializar avanços no sistema local por meio do fortalecimento das práticas de trabalho. Os processos de qualificação do pessoal da saúde “deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho”, justamente para que o trabalho alcance a potência de mobilização de saberes e práticas coletivas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, P. 50).

No texto de exposição da política original de EPS, aparece:

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2014A).

As principais características dessa política são:

1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de formação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade (CECCIM; FERLA, 2008, P. 164).

Essas características resumizam a imagem do “quadrilátero da formação”, proposta à EPS pela articulação entre ensino da saúde,

gestão setorial, práticas de atenção e participação social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Essa articulação, mais do que a associação de conceitos ou perspectivas de atuação, supõe um plano à educação de estar sempre ‘entre’: ensinar e mudar práticas; mudar práticas e aprender com o controle social; aprender com a participação da população e com o controle social, e transformar a gestão; transformar a gestão e formar para o trabalho; formar para o trabalho e mudar práticas.

Destacamos a tensão núcleo/campo de conhecimentos e práticas que essa concepção agudiza quando enfocamos a formação profissional – anterior e atual – na medida em que recoloca a capacidade profissional por sua exposição às quatro dimensões do quadrilátero. Diante da construção da eficácia, desaparece o predomínio do núcleo especializado da profissão ou da especialidade; emergem colateralidades, buscando vigência na definição do conhecimento útil e oportuno, que pode se expressar no trabalho, na sua organização e na qualidade das respostas que o trabalhador e a equipe oferecem, buscando qualificar a atenção à saúde em função das necessidades singulares dos usuários. No desenvolvimento individual e institucional é necessário que o cotidiano se expresse em sua complexidade, desarranjando conhecimentos já sintetizados e fomentando novos arranjos de saberes para fortalecer as práticas. Há uma ‘pedagogia que se produz em ato’, que opera nas ações por meio da Educação Permanente em saúde (CECCIM; FERLA, 2008). Parte dessas dimensões foi investigada pelo PMAQ.

Há movimentos que precisam ser gerados no cotidiano da Atenção Básica para gerar novos patamares de acesso e qualidade (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Essa ênfase dá destaque às ‘rodas’ como dispositivo de Educação Permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pois é no encontro entre os diferentes atores para a discussão sobre os problemas e as potencialidades do trabalho presentes no cotidiano que se produz ‘aprendizagem significativa’ (conhecimento que afecta o corpo); que se

mobiliza diferentes recursos e forças para o agenciamento das práticas; que se pode decidir formas de interação com apoios externos à equipe; e que se atravessa fronteiras (disciplinares, setoriais, pessoais) na produção de ações de gestão, atenção, formação e participação. É no contato, no plano das relações, que se materializa uma dimensão micropolítica importante: a expressão das tecnologias leves, que são a própria ‘alma’ do trabalho em saúde, na formulação de Merhy (2002).

Ofertas de apoio à Educação Permanente em Saúde no âmbito local

A Política Nacional de Atenção Básica organizou ofertas, desde a gestão, que intencionavam, objetivamente, a aprendizagem, a busca e o uso de informação, a construção cooperativa de saberes ou o desenvolvimento coletivo do conhecimento, a constituição de comunidades de aprendizagem e rodas de debate ou estudo-ação. O desenvolvimento de tecnologias da informação e comunicação, e sua introdução nos ambientes de educação e de trabalho têm crescido ao longo dos últimos anos e a tendência é manterem-se em ascensão em todo o mundo. Após a experiência e suas múltiplas frustrações, os processos de ensino-aprendizagem utilizados em ambientes ‘virtuais’ mudaram de formais e dirigidos para interativos, abertos e participativos. Como Educação Permanente em Saúde, os recursos tecnológicos disponíveis têm possibilitado a aproximação de profissionais interessados em aumentar a resolutividade dos serviços de saúde. Verifica-se, no âmbito da Atenção Básica, a introdução de sistemas de telessaúde e comunidades de práticas.

Nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Alemanha, por exemplo, o uso de recursos denominados ‘telemedicina’ (*telemedicine*, *telehealth*) tem ocorrido de forma sistemática

e constante, especialmente mediante a organização de redes de serviços especializados para telediagnóstico e definição de medidas terapêuticas para casos específicos de patologias. Além disso, também são realizadas algumas experiências com a utilização das tecnologias para o contato direto do médico com os pacientes, em domicílio, visando à longitudinalidade dos cuidados domiciliares. Christensen, Grossman e Hwang (2009) identificaram a telemedicina como uma potencialidade de *disruptive innovation*, que poderia mudar a prática médica. Assim, por meio da discussão de casos e das possibilidades terapêuticas ou apenas da troca de experiências, constituem-se rodas de conversação, passíveis, inclusive, de interação entre pessoas de várias partes do mundo.

No Brasil, a fim de facilitar esta interação, o Ministério da Saúde, por meio do DAB/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), instituiu o Telessaúde Brasil – Redes na Atenção Básica, normatizado pela Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2014B). Este programa busca desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de Educação Permanente em Saúde das equipes de Atenção Básica. Por meio dessa estratégia, visa

à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014B).

Resumidamente, o Telessaúde consiste em uma rede de serviços parceiros, com a criação de projetos intermunicipais ou regionais, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino e serviços de saúde. Essa rede foi criada para disponibilizar ao trabalhador que presta assistência um apoio permanente ao exercício profissional. Objetiva também ampliar os diálogos, ainda que virtuais, entre equipes

de trabalhadores que atuam em diferentes pontos de atenção, apostando que esses encontros produzam, além de aprendizagens, pactos e compromissos que fortaleçam a responsabilização e a capacidade de cuidado longitudinal e integral nas linhas de cuidado que atravessam vários serviços da rede.

O profissional pode acessar a rede por meio de teleconferências, diretamente ao telefone ou por texto publicado no portal em local especificamente criado para este fim. Assim, profissionais de várias partes do País podem sanar dúvidas, buscar informações ou soluções para os problemas emergentes, de forma a aumentar a qualidade e a resolubilidade das ações e, por consequência, a satisfação da população com os serviços a ela oferecidos.

Seu pleno funcionamento depende, por um lado, da informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a instalação de equipamentos de informática e a garantia de conectividade e, de outro, da qualificação dos profissionais para seu uso como recurso potente no apoio à condução dos projetos terapêuticos singulares que emergem nos contextos de trabalho cotidianamente. Sistemas telessaúde comportam iniciativas como: informação bibliográfica; indicação das bibliotecas virtuais de acesso pela internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências (reuniões, palestras, treinamentos para participações individuais ou em grupo via internet).

A segunda opinião formativa configura consultoria com caráter educacional, tendo em vista o apoio assistencial. É embasada nas evidências científicas disponíveis, entretanto, nasce na demanda local e deve ser ajustada pelo demandante local, mediante adequação à realidade e seguindo os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde em apoio à Atenção Básica. Pode envolver discussão de caso clínico, ‘pacientes’/‘casos’ de grande complexidade, situações ou circunstâncias que envolvem o grupo familiar, comunidade

ou grupos sociais, temáticas da equipe multiprofissional ou do trabalho na Unidade Básica de Saúde.

A teleconsultoria gera compartilhamento de responsabilidade, assemelhando-se à supervisão no ensino prático. A comunicação pode se dar por vídeo, voz e *chat*. Se o usuário/paciente estiver em atendimento durante a consultoria, trata-se de uma teleconsulta mediada por profissional. As webconferências representam ambiente colaborativo via internet para reuniões, palestras e treinamentos aos quais se pode aderir como indivíduo ou em grupos.

Na teleducação, as novas tecnologias de informação e comunicação permitem aulas em ambiente virtual de aprendizagem, ensinando a aprendizagem social e colaborativa das equipes de saúde de vários locais, independentemente de região ou distância. A biblioteca virtual é a disponibilização de acervo *online* para acesso gratuito ou base de endereços eletrônicos de periódicos. O acervo sempre completa as outras modalidades quando a profundidade ou revisão se faz necessária.

Pesquisas desenvolvidas no Brasil e no mundo apontam para a efetividade dessa rede. Santos *et al.* (2014), por exemplo, ao examinarem estudos desenvolvidos no mundo sobre o uso da telerreabilitação para a recuperação e melhora de crianças e adolescentes com doenças, agravos ou deficiências, apontam que esta é uma possível, efetiva e segura estratégia para o tratamento de doenças comuns de pessoas destas faixas etárias, como uma modalidade terapêutica possível de ser incorporada às práticas tradicionais. No que diz respeito ao Telessaúde especificamente, Godoy, Guimarães e Assis (2014), ao examinarem a telenfermagem (um programa ligado ao Telessaúde Nacional) em Minas Gerais, demonstram resultados que têm se constituído em uma estratégia de ensino-aprendizagem em saúde com recursos tecnológicos de informação que contribuem para a formação permanente dos profissionais de enfermagem, proporcionando melhor prestação do cuidado.

Sobre a questão da Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica, o PMAQ-AB investigou: 1) se foram utilizadas ações de educação permanente em saúde pela equipe no último ano; 2) se, dentre as ações realizadas, a equipe participou de atividades do Telessaúde, de teleducação (educação a distância, em especial, as formações oferecidas por meio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), da Rute, de cursos presenciais, de atividades de troca de experiências, de atividades de tutoria/preceptoria e atividades de Educação Permanente em Saúde, de maneira ampla; 3) se, utilizando as ações de telessaúde, a equipe faz uso da segunda opinião formativa, do telediagnóstico, da teleconsultoria ou apoios similares; e 4) se as ações de Educação Permanente realizadas contemplavam as demandas e necessidades da equipe.

Resultados

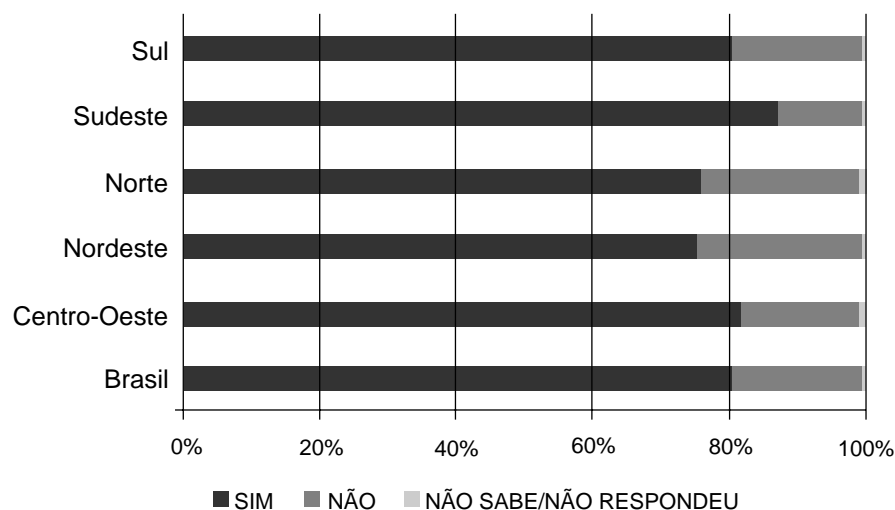
Este artigo utiliza dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ-AB no seu primeiro ciclo, cujo trabalho de campo foi realizado entre os meses de março e agosto de 2012. A base de dados utilizada foi condensada pelo Ministério da Saúde e enviada às Instituições de Ensino Superior em setembro de 2013. A análise que se faz neste artigo é descritiva, com os dados tratados segundo sua frequência simples e percentuais de distribuição nos diferentes quesitos de resposta. Os dados foram coletados diretamente nas Unidades Básicas de Saúde por pesquisadores de campo vinculados às universidades que compuseram a rede de pesquisa associada ao PMAQ-AB. No final do trabalho de campo, 17.202 equipes de Saúde da Família foram pesquisadas, sendo 1.045 (6,1%) nos estados da região Norte; 1.109 (6,4%) da região Centro-Oeste; 2.919 (17%) da região Sul; 5.559 (32,3%) da região Nordeste; e 6.570 (38,2%) da região Sudeste. A adesão ao PMAQ-AB no primeiro ciclo foi

de aproximadamente 70,7% dos municípios e de 53,9% das equipes existentes no período. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

No instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, as equipes foram questionadas sobre a existência de ações de Educação Permanente em Saúde envolvendo trabalhadores da Atenção Básica. Conforme se verifica no *gráfico 1*, no Brasil como um todo, aproximadamente 81,1% das equipes responderam afirmativamente à

questão; 18,3%, negativamente; e 0,5% não souberam responder ou não responderam essa questão. Houve variação entre as regiões brasileiras, sendo que os extremos foram a região Sudeste, com 87,1% das equipes com respostas afirmativas, e a região Nordeste, com 75,3% das respostas afirmativas. O percentual de respostas 'não sabe/não respondeu' oscilou em torno de 0,6%, com variação de 0,4% na região Sul e 1% na região Norte.

Gráfico 1. Distribuição percentual de respostas sobre acesso das equipes de Saúde da Família a atividades de Educação Permanente em Saúde. Brasil e regiões, 2012



Fonte: Dados do PMAQ-AB, tratados pelos autores

Em relação às modalidades de atividades de Educação Permanente em Saúde informadas pelas equipes que responderam afirmativamente à questão da existência dessas atividades, cuja síntese compõe a *tabela 1*, o Telessaúde obteve o maior percentual de respostas positivas, com 4.072 equipes, equivalentes a 29,32% do total. A variação entre as regiões oscilou entre 40,68% na região Sudeste e 10,81% na região Nordeste. A segunda modalidade mais frequente foi a de

curso presenciais, com 3.219 (79%) das equipes afirmando terem acesso aos mesmos, com uma variação regional oscilando de 75,8% na região Norte a 83,8% na região Centro-Oeste. A terceira modalidade mais frequente foi a da troca de experiências, com 2.757 (67,71%) equipes que têm acesso a atividades de Educação Permanente no Brasil afirmando fazerem uso desse tipo de atividade, com uma frequência oscilando entre 58% na região Norte e 71,5% na região Nordeste. Na

sequência, as atividades de educação a distância foram indicadas por 1.236 (30,4%) das equipes no Brasil, com variação de 11,5% na região Norte a 38,5% na região Sul. A tutoria foi uma modalidade de atividade educativa informada por 914 (22,5%) das equipes do País, variando de 16,6% na região Norte a 26,5% na região Nordeste. A Rede Universitária de

Telemedicina foi acessada por 418 (10,27%) das equipes no Brasil, com variação de 7,67% na região Sudeste a 18,45% na região Sul. E, em sétima posição em termos de frequência, outras modalidades de atividades foram indicadas por 436 (10,7%) das equipes, variando de 5% da região Centro-Oeste a 12,2% na região Sul.

Tabela 1. Atividades de Educação Permanente em Saúde utilizadas pelas equipes de Saúde da Família. Brasil e regiões, 2012

Regiões	Respostas	Nº de equipes	Porcentagem %
Participação em ações de Telessaúde			
Brasil	Sim	4.072	29,32%
	Não	9.814	70,68%
Centro-Oeste	Sim	283	31,48%
	Não	616	68,52%
Norte	Sim	157	19,92%
	Não	631	80,08%
Nordeste	Sim	449	10,81%
	Não	3.705	89,19%
Sudeste	Sim	2.321	40,68%
	Não	3.385	59,32%
Sul	Sim	862	36,85%
	Não	1.477	63,15%
Participação em ações de EAD/UNA-SUS			
Brasil	Sim	1.236	30,35%
	Não	2.836	69,65%
Centro-Oeste	Sim	84	29,68%
	Não	199	70,32%
Norte	Sim	18	11,46%
	Não	139	88,54%
Nordeste	Sim	99	22,05%
	Não	350	77,95%
Sudeste	Sim	703	30,29%
	Não	1.618	69,71%
Sul	Sim	332	38,52%
	Não	530	61,48%

Participação em atividades da Rede Universitária de Telemedicina (Rute)			
Brasil	Sim	418	10,27%
	Não	3.654	89,73%
Centro-Oeste	Sim	30	10,60%
	Não	253	89,40%
Norte	Sim	16	10,19%
	Não	141	89,81%
Nordeste	Sim	35	7,80%
	Não	414	92,20%
Sudeste	Sim	178	7,67%
	Não	2.143	92,33%
Sul	Sim	159	18,45%
	Não	703	81,55%
Participação em Cursos Presenciais			
Brasil	Sim	3.219	79,05%
	Não	853	20,95%
Centro-Oeste	Sim	237	83,75%
	Não	46	16,25%
Norte	Sim	119	75,80%
	Não	38	24,20%
Nordeste	Sim	369	82,18%
	Não	80	17,82%
Sudeste	Sim	1.802	77,64%
	Não	519	22,36%
Sul	Sim	692	80,28%
	Não	170	19,72%
Participação em atividades de Troca de Experiências			
Brasil	Sim	2.757	67,71%
	Não	1.315	32,29%
Centro-Oeste	Sim	193	68,20%
	Não	90	31,80%
Norte	Sim	91	57,96%
	Não	66	42,04%
Nordeste	Sim	321	71,49%
	Não	128	28,51%
Sudeste	Sim	1.539	66,31%
	Não	782	33,69%
Sul	Sim	613	71,11%
	Não	249	28,89%

Participação em atividades de Tutoria/Preceptoría			
Brasil	Sim	914	22,45%
	Não	3.158	77,55%
Centro-Oeste	Sim	60	21,20%
	Não	223	78,80%
Norte	Sim	26	16,56%
	Não	131	83,44%
Nordeste	Sim	119	26,50%
	Não	330	73,50%
Sudeste	Sim	557	24,00%
	Não	1.764	76,00%
Sul	Sim	152	17,63%
	Não	710	82,37%
Participação em outras atividades de Educação Permanente			
Brasil	Sim	436	10,71%
	Não	3.636	89,29%
Centro-Oeste	Sim	14	4,95%
	Não	269	95,05%
Norte	Sim	14	8,92%
	Não	143	91,08%
Nordeste	Sim	36	8,02%
	Não	413	91,98%
Sudeste	Sim	267	11,50%
	Não	2.054	88,50%
Sul	Sim	105	12,18%
	Não	757	87,82%

Fonte: Dados do PMAQ-AB, tratados pelos autores

As respostas positivas ao acesso a recursos do Telessaúde foram abertas para a identificação de funcionalidades com maior utilização pelas equipes. A *tabela 2* sintetiza os resultados. Como se verifica, a teleconsultoria foi a funcionalidade mais utilizada, com 2.111 (51,8%) equipes no Brasil com resposta positiva, variando de 35% na região Nordeste para 60,7% na região Sul. A segunda opinião formativa foi acessada por 2.103

(51,6%) equipes no Brasil, com variação de 38,6% na região Nordeste a 54,4% na região Sul. O telediagnóstico foi informado por 1.453 (35,7%) equipes no País, variando de 30,29% na região Nordeste a 38,8% na região Sul. Outras funcionalidades do Telessaúde foram utilizadas por 854 (21%) equipes no País, com oscilação de 10,2% na região Sul a 37,2% na região Nordeste.

Tabela 2. Funcionalidades de Telessaúde utilizadas pelas equipes de Saúde da Família. Brasil e regiões, 2012

Regiões	Respostas	Nº de equipes	Porcentagem %
Uso do Telessaúde para segunda opinião formativa			
Brasil	Sim	2.103	51,65%
	Não	1.969	48,35%
Centro-Oeste	Sim	153	54,06%
	Não	130	45,94%
Norte	Sim	77	49,04%
	Não	80	50,96%
Nordeste	Sim	173	38,53%
	Não	276	61,47%
Sudeste	Sim	1.231	53,04%
	Não	1.090	49,96%
Sul	Sim	469	54,41%
	Não	393	45,59%
Uso do Telessaúde para Telediagnóstico			
Brasil	Sim	1.453	35,68%
	Não	2.619	64,32%
Centro-Oeste	Sim	87	30,74%
	Não	196	69,26%
Norte	Sim	58	36,94%
	Não	99	63,06%
Nordeste	Sim	136	30,29%
	Não	313	69,71%
Sudeste	Sim	838	36,11%
	Não	1.483	63,89%
Sul	Sim	334	38,75%
	Não	528	61,25%
Uso do Telessaúde para Teleconsultoria			
Brasil	Sim	2.111	51,84%
	Não	1.961	48,16%
Centro-Oeste	Sim	132	46,64%
	Não	151	56,36%
Norte	Sim	57	36,31%
	Não	100	63,69%
Nordeste	Sim	157	34,97%
	Não	292	65,03%
Sudeste	Sim	1.242	53,51%
	Não	1.079	46,49%
Sul	Sim	523	60,67%
	Não	339	39,33%

Uso do Telessaúde para Outras Demandas			
Brasil	Sim	854	20,97%
	Não	3.218	79,03%
Centro-Oeste	Sim	69	24,38%
	Não	214	75,62%
Norte	Sim	41	26,11%
	Não	116	73,89%
Nordeste	Sim	167	37,19%
	Não	282	62,81%
Sudeste	Sim	489	21,07%
	Não	1.832	78,93%
Sul	Sim	88	10,21%
	Não	774	89,79%

Fonte: Dados do PMAQ-AB, tratados pelos autores

Por fim, o instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB coletou a opinião das equipes sobre a capacidade das atividades de Educação Permanente em Saúde utilizadas para suprir as demandas e necessidades das mesmas. O *gráfico 2* sintetiza as respostas obtidas no Brasil e nas regiões. No País como um todo, 75,7% das equipes que realizam essas atividades avaliam como suficiente o que foi utilizado no âmbito da Educação Permanente em Saúde. As variações regionais extremas são as equipes da região Norte, com 68,8% de respostas positivas, e a região Sudeste, com 79% das respostas positivas.

Os dados apresentados sistematizam as questões relativas às atividades de Educação Permanente realizadas pelas equipes de Saúde da Família que participaram da avaliação externa do chamado primeiro ciclo do PMAQ-AB, cujo trabalho de campo se realizou a partir do mês de março de 2012.

Discussão e recomendações

Os dados apresentados pelo PMAQ-AB no

que se refere à Educação Permanente em saúde mostram, inicialmente, que essa política do SUS se implementou de uma forma expressiva na Atenção Básica em oito anos de existência. Os estudos contemporâneos da ciência política alertam para a complexidade da etapa de implementação, no ciclo de uma política, pelo fato de que diferentes atores e interesses se põem em jogo também nessa etapa (MENICUCCI, 2006). De fato, no período de 2004, quando foi publicada, até o momento atual, um conjunto de descontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento, de reconhecimento e de expectativas se fazem verificar.

O PMAQ-AB identificou em aproximadamente 14 mil equipes, (mais de 80% das participantes), a realização de alguma atividade educativa no ano anterior à pesquisa em campo. Esse indicador poderia ser problematizado em relação à compreensão mais fina da Educação Permanente e outros erros não amostrais, além de possíveis vieses no universo de equipes que aderiram em relação ao total de equipes existentes. Todavia, o dado encontrado é marcador significativo de uma abrangência e uma apropriação no território

nacional dos princípios e do reconhecimento das dimensões da EPS. Também a avaliação positiva pelas equipes é sugestiva de que há associação entre Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica, operadora do cotidiano do SUS e do contato capilarizado com a população. Esse marcador de sentido aponta para a importância da continuidade e do incremento de ações no escopo de uma política nacional de Educação Permanente em Saúde.

Também a incorporação das ofertas de apoio à formação pela Política Nacional de Atenção Básica colabora com o trabalho local e tem um resultado positivo importante, demonstrado pelos dados coletados pelo PMAQ-AB. A participação em atividades de telessaúde, cursos presenciais, troca de experiências, atividades de educação a distância, tutoria/preceptoria, Rede Rute e outras atividades têm frequência relevante no cenário brasileiro como um todo. Parte das variações regionais ainda pode ser explicada por questões de infraestrutura, como é o caso do acesso às tecnologias de informação e comunicação nas regiões Norte e Nordeste, em particular, nos municípios com menor concentração populacional. Estudos posteriores, analisando os resultados ao nível dos municípios, permitirão detalhar essa explicação, mas esse cenário é sugestivo da necessidade de incremento nos esforços institucionais do Ministério, das secretarias estaduais e secretarias municipais da saúde, bem como das instituições de ensino e demais setores das políticas públicas para expandir o acesso com qualidade às ofertas em Tecnologias de Informação e Comunicação.

A análise mais detalhada dos cursos presenciais e a distância que vêm sendo ofertados às equipes de Atenção Básica no País poderá agregar mais evidências à afirmação, mas a frequência com que estão presentes nas respostas obtidas pode ser sugestiva de que ainda esteja presente e forte uma certa concepção de educação como absorção de conhecimentos, conforme modelo e paradigma presente na história da saúde pública e da clínica como

um todo. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 45), essas ofertas, comumente limitadas a produzir “mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde” costumam manter a “lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas”. Não há recursos para análise mais aprofundada do papel das equipes na identificação, a partir do cotidiano, da necessidade desses cursos que estão sendo utilizados, mas é razoável supor que, nas equipes onde a troca de experiências, rodas de conversa e outras dinâmicas de mobilização a partir do trabalho estejam em operação, mesmo recursos mais instrumentais façam parte da gestão da aprendizagem operada no coletivo. Estudos em maior profundidade, analisando essas ofertas, poderão esclarecer esses aspectos.

De toda forma, o desafio de implementar a saúde da família e a produção de redes como inovações nas práticas hegemônicas, requer a proposição de atividades educativas e formativas com uma potência de ‘atravessamento de fronteiras’ (CECCIM; FERLA, 2008). Nunca é demais lembrar que Madel Luz (2014), no seu clássico estudo sobre as políticas de saúde no Brasil, constituiu a expressão ‘instituições médicas’ para designar uma continuidade de discurso e um modelo de práticas que atravessava as entidades profissionais e se reproduzia nas instâncias de formulação e gestão de políticas, tendo a formação profissional como um dispositivo forte de produção de identidades.

Por outro lado, o apoio ao trabalho das equipes com recursos do Telessaúde permite identificar mais fortemente o matriciamento com o trabalho das mesmas, por meio das funcionalidades mais acessadas, como a segunda opinião, o telediagnóstico e a teleconsultoria. É provável que a ampliação de ofertas, com mais capacidade de diálogo com outros núcleos profissionais das equipes da Atenção Básica, amplie a abrangência e a influência desse recurso no trabalho local.

Vale ainda destacar que o PMAQ-AB

propõe que a Educação Permanente seja vista como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças na micropolítica do cotidiano dos serviços. Sugere que o saber e o fazer em Educação Permanente sejam encarnados na prática concreta dos serviços, pois a mudança do modelo de atenção imporia a necessidade de mudanças no processo de trabalho em saúde, que exigiria de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que pudessem contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras (BRASIL, 2011A; PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

Contudo, se a Educação Permanente aparece nesse lugar estratégico do PMAQ-AB, visto em sua dimensão de estratégia da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de mobilização de atores locais para a qualificação da Atenção Básica, essa riqueza não é acompanhada pelos instrumentos de avaliação externa (BRASIL, 2012B). O PMAQ-AB, em sua dimensão de avaliação de padrões de qualidade e da implantação de diversos programas caros à PNAB, prioriza, na avaliação externa, no que diz respeito à Educação Permanente, apenas algumas ofertas, mais estruturadas, objetivas e passíveis de verificação, que o próprio Ministério da Saúde faz aos municípios e equipes. Daí, a série de padrões que buscam verificar o grau de implantação e de uso de uma estratégia como o Telessaúde.

Isso mostra claro limite do PMAQ-AB em acompanhar e ‘verificar’ o quanto o ‘saber’ e diversos ‘fazeres’ da Educação Permanente estão encarnados nas práticas cotidianas das equipes. Contudo, é interessante notar que outros padrões não diretamente relacionados à Educação Permanente parecem mostrar com contundência o quanto ela foi uma prática desenvolvida nos territórios para alimentar o processo de mobilização para a mudança que o programa buscou todo o tempo provocar.

O PMAQ-AB, em seu documento base, propõe uma articulação entre os processos

de EPS e as estratégias de apoio institucional. Sugere que a EPS seja um modo de agir do apoio para fortalecer as equipes no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, na superação dos padrões que as equipes, no contexto do programa, elencaram como objeto de problematização e mudança a partir de sua situação e demanda concreta (BRASIL, 2011B).

Segundo Pinto, Ferla e Sousa (2014), nos resultados da avaliação externa, 77,9% das equipes refeririam receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde. Dessas, 76% avaliaram como muito boa ou boa a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas. Os autores sugerem que ocorreu uma prática de Educação Permanente, associada ao apoio institucional, muito mais próxima da concepção defendida neste artigo do que aquelas que, com questões genéricas e inespecíficas, o PMAQ-AB permitiu identificar.

Por isso tudo, entendemos que outros estudos devem ser utilizados para aprofundar esta questão, até mesmo porque existem questões abertas sobre necessidades e práticas desenvolvidas de Educação Permanente tanto no chamado módulo *online* do programa, aplicado aos gestores, quanto em questões dirigidas aos trabalhadores pelos avaliadores do programa. Tratando estes dados teríamos informações sobre ofertas mais singulares e moleculares de práticas de Educação Permanente e da avaliação que os profissionais fazem delas.

Finalizando, é preciso registrar a importância de que as informações coletadas, analisadas e sistematizadas tenham utilidade para as equipes. O esforço de análise do PMAQ-AB sobre as questões de Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica, sem dúvida, pode ser uma contribuição para a busca de maior potencial de transformação, não apenas a colocação em agenda de uma tal questão para o Programa ou a identificação do cenário atual. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de monitoramento do telessaúde Brasil: redes na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/telessaude2/index.php?1=home&2=apresentacao>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011l. 55p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*; manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf> Acesso em: 14 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em 14 abr. 2014.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O. Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. *Physis: R. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- CHRISTENSEN, C. M., GROSSMAN, J. H., HWANG, J. *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill, 2009.
- GODOY, S. C. B.; GUIMARÃES, E. M. P.; ASSIS, D. S. S. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. *R. Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 148-155, mar. 2014.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. 2. ed.. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2013. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora-rede-unida/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicinas-pdf/view>>. Acesso em :14 abr. 2014.
- MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde soc.*, v. 15, n. 2, p. 72-87, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PINTO, H. A.; FERLA, A. A.; SOUSA, A. N. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, 2014.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, sup., ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- SANTOS, M. T. N et al. Aplicação da telessaúde na reabilitação de crianças e adolescentes. *R. Paul. Pediatr.* [online] v. 32, n. 1, p. 136-143, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100020>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Design de capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Frederico Azevedo (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Paula Pereira (normalização)

Carla de Paula (português)

Simone Basílio (português)

Renan Souza (inglês)

Impressão

Printing

Formato 3 - Gráfica & Editora

Tiragem

Number of Copies

10.000 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em outubro de 2014

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90 g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in October, 2014

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2014.

n. 51; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

N