

ORGANIZADOR

Mailson Fontes de Carvalho

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

concepções, experiências e reflexões

ORGANIZADOR

Mailson Fontes de Carvalho

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

concepções, experiências e reflexões

| São Paulo | 2023 |



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

G393

Gestão do cuidado na atenção primária à saúde: concepções, experiências e reflexões / Organizador Mailson Fontes de Carvalho. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-758-7

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.97587

1. Medicina e saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Gestão do cuidado. 4. Gerenciamento do cuidado. 5. Saúde pública.
I. Carvalho, Mailson Fontes de (Organizador). II. Título.

CDD: 610

Índice para catálogo sistemático:

I. Medicina e saúde.

Jéssica Oliveira • Bibliotecária • CRB-034/2023

ISBN formato impresso (brochura): 978-65-5939-757-0

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2023 os autores e autoras.

Copyright da edição © 2023 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons:

Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0).

Os termos desta licença estão disponíveis em:

<<https://creativecommons.org/licenses/>>.

Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural.

O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Biegging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Biegging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Bianca Biegging
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Editoração eletrônica	Andressa Karina Voltolini Potira Manoela de Moraes
Bibliotecária	Jéssica Castro Alves de Oliveira
Imagens da capa	Rawpixel.com, Freepik - Freepik.com
Tipografias	Acumin, Belarius
Revisão	Os autores e os organizadores
Organizador	Mailson Fontes de Carvalho

PIMENTA CULTURAL
São Paulo • SP
+55 (11) 96766 2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com



CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt
Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto
universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosângela Colares Lavand
Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Federal de Rondônia, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadette Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos
Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva.
Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabrcia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos
e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taíza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabete de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

SUMÁRIO

Prefácio	11
-----------------------	-----------

CAPÍTULO 1

Elisa Miranda Costa
Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Francenilde Silva de Sousa
Marcela Mayana Pereira Franco
Lorena Lúcia Costa Ladeira
Vanessa Moreira da Silva Soeiro

De seletiva à abrangente:

a trajetória da APS na consolidação do Sistema Único de Saúde.....	14
--	-----------

CAPÍTULO 2

Letícia Maria Carvalho de Sousa
Mailson Silva de Oliveira
Thamina Oka Lôbo Paes Landim
Jamila da Silva Rodrigues
Tânia Maria Penafiel Diniz Moura
Mayanny da Silva Lima Barbosa
Nayara Cristina da Rocha Oliveira
Jovelina Rodrigues dos Santos Arrais Neta
João Maria Correa Filho
Mailson Fontes de Carvalho

Atenção Primária à Saúde:

potencialidades, desafios e conjecturas na contemporaneidade.....	33
---	-----------

CAPÍTULO 3

Elisa Miranda Costa
Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Francenilde Silva de Sousa
Marcela Mayana Pereira Franco
Lorena Lúcia Costa Ladeira
Vanessa Moreira da Silva Soeiro

O cuidado à saúde bucal no SUS:

do modelo biomédico à ESF	51
---------------------------------	-----------

CAPÍTULO 4

Alice Ribeiro Cavalcante
Ariédna da Hora Ferreira
Daiane Lima de Oliveira
Nelita D'Iolanda Costa Moura
Shelda Santos Silva
Tânia Maria Santos Luz
Mailson Fontes de Carvalho

Coordenação do cuidado:

potencialidades e desafios no contexto da APS 69

CAPÍTULO 5

Letícia Maria Carvalho de Sousa
Mailson Fontes de Carvalho

Monitoramento e avaliação:

ferramentas estratégicas na gestão do cuidado em saúde..... 84

CAPÍTULO 6

Italo Rossi Roseno Martins
Dorothy Emanuely Acácio Vasconcellos Meira
Lívio Cesarini Moura Sousa
Maria Dara Lopes de Moraes
Vanêssa Alves Monteiro da Silva
Wesley Moreira Ferreira
Érica Alana Leal Moura
Mailson Fontes de Carvalho

Gestão do cuidado farmacêutico:

hipermedicalização e de prevenção quaternária na atenção primária..... 105

CAPÍTULO 7

Denise Maria Campos de Lima Castro

Katyucia Oliveira Crispim de Souza

Thaynara Silva dos Anjos

Jerusa Costa dos Santos

Fábio Vidal Franco

Larayne Gallo Farias Oliveira

Gabriela Ferreira Granja

Célia Regina Maganha e Melo

Daiana Bonfim

Lislaine Aparecida Fracoli

**Implementação do Modelo
de Acesso Avançado na APS:**

percepção de gestores de unidades de saúde 122

CAPÍTULO 8

Monique Dutra Fonseca Grijó

Emilly Maia Lima Viana

Vanila Santos da Costa

Maria Helena Santana

Eliana Amorim de Souza

Daniela Arruda Soares

Vulnerabilidade programática:

desafios para o controle e vigilância

da hanseníase no contexto da pandemia de covid-19..... 139

Sobre os autores e as autoras..... 160

Índice Remissivo..... 168

PREFÁCIO

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental, não apenas como a porta de entrada preferencial e a base sólida para a organização de um sistema de saúde centrado nas necessidades da população, mas como elemento estruturante e estratégico para a mudança no modelo assistencial proposta no âmbito do movimento da reforma sanitária brasileira (MRSB).

No atual cenário da saúde, é imprescindível compreender para além dos fundamentos, preceitos e normativas que circundam a implantação da APS brasileira, voltando o olhar para os desafios relacionados ao cotidiano das práticas de cuidado, processos de trabalho e gestão desenvolvidos na APS. A crescente demanda por serviços de qualidade e o aumento da complexidade nas necessidades de saúde da população tem pautado a agenda governamental em busca de aprimoramento dos serviços de saúde, especialmente partindo da necessária compreensão e aprimoramento dos processos de gestão voltados para a promoção do cuidado integral e centrado no paciente.

Nesta perspectiva, este livro apresenta uma abordagem abrangente sobre a gestão do cuidado na APS, trazendo reflexões teóricas, evidências práticas e experiências vivenciadas neste contexto, com objetivo de contribuir para a construção de conhecimento no entorno desta temática a partir das contribuições de pesquisadores, acadêmicos e especialistas na área.

O livro encontra-se dividido em dois eixos relacionados às (a) concepções teóricas e reflexivas e à (b) experiências e aspectos programáticos. Os capítulos partem de uma reflexão sobre as bases conceituais da gestão do cuidado na Atenção Primária, fornecendo um arcabouço teórico que embasa o desenvolvimento das práticas de

gestão nesse contexto, para em seguida abordar temas e apresentar experiências correlacionadas.

No eixo de Concepções Teórico-reflexivas, os primeiros capítulos nos levam a uma jornada histórica, apresentando a transição da atenção primária seletiva para uma abordagem mais abrangente, consolidando o ideal do SUS. Nestes, são discutidos desde a evolução do modelo biomédico para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), explorando desafios e perspectivas relacionadas às ferramentas estratégicas para aprimorar a gestão do cuidado em saúde.

No eixo de Experiências e Aspectos Programáticos, os capítulos aprofundam-se em experiências concretas e desafios enfrentados na APS, seja através da implementação do Modelo de Acesso Avançado, seja através dos desafios enfrentados no controle e vigilância da hanseníase em meio à pandemia de Covid-19.

Um aspecto crucial explorado nesta obra é a transição do modelo de atenção seletiva para o modelo de atenção abrangente, que busca garantir o acesso universal, integralidade e qualidade nos serviços prestados. Os capítulos dedicados a essa temática discutem os desafios enfrentados nesse processo e apresentam exemplos de experiências bem-sucedidas na consolidação desse modelo.

A coordenação do cuidado também recebe atenção especial neste livro, destacando-se como uma ferramenta estratégica para a otimização dos fluxos de atendimento, a integração entre os profissionais de saúde e a garantia de uma assistência contínua e articulada. São apresentados estudos de caso e práticas inovadoras que demonstram os impactos positivos da coordenação do cuidado na Atenção Primária.

Além disso, a obra aborda a importância do monitoramento e da avaliação na gestão do cuidado na Atenção Primária, enfatizando a necessidade de indicadores adequados, processos de

retroalimentação e mecanismos de melhoria contínua para garantir a efetividade das ações implementadas.

Este livro não se limita apenas a análises teóricas, mas também busca trazer experiências práticas e casos reais que ilustram os desafios enfrentados pelos gestores da Atenção Primária. Por meio dessas experiências, o leitor terá acesso a abordagens inovadoras e boas práticas que podem ser replicadas e adaptadas em diferentes contextos.

Longe de exaurir o debate conceitual ou vivencial que circunda a temática, esta obra busca proporcionar uma compreensão mais ampla e aprofundada sobre a APS e alguns desafios presentes na gestão do cuidado neste contexto da atenção à saúde no SUS. Ao explorar esta coletânea de capítulos, espera-se que o leitor adquira um entendimento mais sólido sobre a importância da atenção primária no contexto do SUS, compreenda os principais desafios e potencialidades da gestão do cuidado na APS, e seja inspirado pelas experiências e práticas programáticas apresentadas, estando a partir de então munido de conhecimentos e insights para enfrentar os desafios que permeiam esse campo.

A gestão do cuidado na APS é uma jornada desafiadora e fundamental para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e equitativo. Este livro serve como um guia para gestores, profissionais de saúde, acadêmicos e pesquisadores comprometidos com a melhoria da APS e com a promoção de cuidados de saúde mais humanizados, eficientes e centrados nas necessidades das pessoas.

Atenciosamente,

Mailson Fontes de Carvalho
(Organizador)

1

*Elisa Miranda Costa
Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Francenilde Silva de Sousa
Marcela Mayana Pereira Franco
Lorena Lúcia Costa Ladeira
Vanessa Moreira da Silva Soeiro*

DE SELETIVA À ABRANGENTE:

**A TRAJETÓRIA DA APS NA CONSOLIDAÇÃO
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RESUMO:

Este capítulo apresenta um debate sobre as múltiplas concepções para Atenção Primária à Saúde no Brasil. O percurso metodológico foi a consulta da literatura nacional e internacional, incluindo livros, artigos e as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que a Constituição Federal de 1988, as edições da Política Nacional da Atenção Básica e a implantação da Estratégia de Saúde da Família foram marcos importantes para que o Brasil avançasse em direção à APS abrangente proposta pela Conferência Internacional de Alma-Ata e em relação à universalização do acesso aos serviços de saúde. Porém, há uma tensão entre a APS abrangente e a diminuição do papel do Estado, através das políticas de austeridade fiscal e o novo modelo de financiamento proposto para a APS, o "Previne Brasil".

Palavras-Chave: atenção primária à saúde; política de saúde; Brasil; sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

Atenção primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde que responde às necessidades individuais e coletivas. Os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população fazem parte da APS. Durante o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS passou a ser compreendida como a porta de entrada principal para acessar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

A construção da APS como eixo norteador do SUS foi um processo longo e conflitante, resultando na existência de diferentes linhas de interpretação da APS. Não há uma uniformidade quanto ao conceito, identificando-se quatro linhas principais de interpretação: Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominado de atenção primária seletiva; Um dos níveis de atenção que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, não incluindo o amplo espectro das ações de saúde pública e serviços clínicos direcionados a toda a população; Atenção primária abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; Filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

As distintas concepções da APS refletem o processo histórico da implantação do SUS e absorvem os preceitos dos movimentos sociais e marcos teóricos conceituais nacionais e internacionais, como o *Welfare State*, a Reforma Sanitária Brasileira, 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Internacional de Alma-Ata. Atualmente, a APS constitui-se como um processo de construção coletiva dos sistemas dos sistemas universais e públicos de saúde (COTTA, 2013).

Este capítulo consiste numa revisão bibliográfica e análise documental sobre a atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS), no qual incluídos artigos nas bases de dados Bireme, SciELO e Pubmed e documentos e publicações do governo federal e do Ministério da Saúde. Este é um texto teórico conceitual, no qual serão abordados os distintos conceitos para a APS, o processo histórico de implantação da APS no SUS, compreendendo os princípios de Starfield (2002), os documentos normativos constitucionais, o estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os avanços e os desafios latentes para a construção da APS no Brasil.

A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Em 1930, a saúde pública tinha por base práticas normativas de prevenção de doenças mediante campanhas sanitárias de saúde pública e a organização de serviços rurais de profilaxia, centralizado no Ministério da Educação e Saúde Pública. A organização das ações e serviços de saúde se davam por meio das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões (COTTA, 2013).

Em 1940, as reformas administrativas no Ministério da Educação e Saúde Pública aprofundaram a centralização e a verticalização das ações da Saúde Pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública. A dualidade entre a saúde pública e a assistência médica urbana no âmbito do seguro social persiste durante várias décadas. Contudo, alguns marcos históricos foram importantes na tentativa de superar esses modelos assistenciais como: participação da universidade e dos membros da população nas atividades de saúde, criação dos Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, Programa de Ações Integradas de Saúde e Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

A atenção primária seletiva é caracterizada por programas focalizados e seletivos com uma cesta básica de serviços para enfrentar um limitado número de problemas de saúde, geralmente em países em desenvolvimento para populações mais pobres. Esses serviços dirigidos aos grupos materno-infantil, tendo como ações mais comuns: monitoramento de crescimento infantil; reidratação oral; amamentação e imunização e por vezes, complementação alimentar; planejamento familiar e alfabetização de mulheres (MENDONÇA *et al.*, 2018). Essa concepção ainda está presente na saúde pública brasileira, porém teve início de sua ruptura com a redemocratização e a emergência do Movimento da Reforma Sanitária.

Durante o regime militar, o enfoque dado à saúde era pautado sobretudo, na visão biologicista, mecanicista e reducionista, com ênfase nas ações curativas concentradas especialmente nas doenças pestilenciais. No Brasil, até a segunda metade da década de 1970, a conjuntura geral, nos campos político, social e econômico, traduzia um momento de crise. Esse regime começou a perder força a partir do governo Geisel, caracterizado pela crise financeira e pelo desdobramento da população, no período do fim do milagre brasileiro, devido ao aumento da dívida externa, inflação, baixos salários, ampliação da pobreza, piora dos indicadores de saúde, como o aumento da mortalidade materna e infantil, doenças relacionadas ao trabalho e subnutrição (FERTONANI *et al.*, 2015).

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil emergia, demonstrando a necessidade de redimensionar o foco das ações de saúde, visando o modelo vigente, relacionando-se ao paradigma da Produção Social da Saúde, com destaque para a defesa dos ideais de justiça social, democracia, equidade e solidariedade. Esse movimento social foi um arcabouço teórico importante para a criação do SUS, baseando-se na luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde e na descentralização da gestão (COTTA, 2013).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco na história da saúde pública brasileira, pois propõe a criação de ações institucionais em consonância com o conceito ampliado de saúde, envolvendo a promoção, proteção e recuperação da saúde. A institucionalização do SUS ocorreu em outubro de 1988 pela Constituição Federal. O SUS trata-se de um sistema público de inspiração socialista, sob os preceitos do Modelo de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), delineando uma nova forma de produzir saúde no Brasil. No título VIII da Constituição Social aborda-se sobre a Seguridade Social, cujo conteúdo abrange previdência, saúde e assistência social, reflete-se uma preocupação com o bem-estar, a equidade e a justiça dos cidadãos.

O movimento de libertação das colônias africanas e democratização da América Latina, Médicos Descalços Chineses, a Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial, o Relatório de Lalonde foram marcos históricos importantes que apresentam como ponto comum a crítica ao modelo biomédico, hegemônico, especializado e de abordagem vertical aos problemas de saúde pública. Esse modelo assistencial foi bastante criticado pelo tecnocracismo e por intervir sobre problemas específicos de forma isolada, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença. Essa concepção foi bastante difundida na América Latina, inclusive no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

Esses movimentos impulsionados pelas agências internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde Pública (OPAS) contribuíram para a realização da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, com o objetivo de repensar o modelo de atenção à saúde vigente. Nessa Conferência foi lançado em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para todos nos Anos 2000, com o objetivo de alcançar um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva. Além disso, foi introduzido o termo

“tecnologias apropriadas” que são relevantes para as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito fundamental compreendido como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença/enfermidade. Nesse contexto, APS passa a contemplar todos os setores correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário e direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades de saúde.

A APS abrangente proposta pela Conferência de Alma-Ata busca a integralidade e participação social. Os princípios fundamentais dessa concepção são: necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universal com base nas necessidades de saúde, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos. Portanto, a APS representa o primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade mediante sua plena participação, levando a atenção à saúde ao nível mais próximo possível onde as pessoas residem e trabalham, além disso deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos. É importante estabelecer as distinções entre as características de implementação da APS seletiva e da APS abrangente (WHO, 2008).

Quadro 1 - Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS abrangente

Atenção Primária Seletiva	Atenção Primária Abrangente
Acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e de medicamentos essenciais para as populações rurais mais pobres;	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e proteção social da saúde;
Concentração em saúde materno-infantil;	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade;
Focalização em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas;	Resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças cobertas;
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades;	Promoção de condições e estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais;
Participação vista como mobilização de recursos locais;	Participação institucionalizada da sociedade civil em políticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas;
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho;	Aumento dos recursos para a saúde para alcance de cobertura universal;
Atenção Primária como antítese do hospital	Atenção Primária como coordenadora dos pontos da RAS.

Fonte: Adaptado de World Health Organization (WHO). La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca. The World Health Report. Ginebra: WHO, 2008.

A APS abrangente deve contemplar os atributos característicos propostos por Starfield (2002): prestação de serviços de primeiro contato, assunção da responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; garantia do cuidado integral, considerando os âmbitos físico, psíquico e social; coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades e serviços orientados para a comunidade de acordo com suas necessidades (STARFIELD, 2002).

Quadro 2 - Atributos característicos da Atenção Primária, segundo Starfield (2002)

Primeiro contato	• Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. • Porta de entrada preferencial do sistema de saúde; ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados
Longitudinalidade	• Assunção de responsabilidade pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença da doença
Abrangência ou Integralidade	• Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando os âmbitos orgânico, psíquico e social de saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal e de saúde. • Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir a todos, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento.
Coordenação	• Coordenação do cuidado ao longo da RAS, incluindo as diversas ações e serviços para resolver necessidades em saúde, desde as menos frequentes, as mais complexas
Orientação para a comunidade	• Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive, de forma a alocar de maneira mais adequada os recursos disponíveis na comunidade. Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde
Centralidade na família	• Consideração do contexto e a dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. Conhecimento dos membros de dos seus problemas de saúde
Competência cultural	• Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais e suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidades.

Fonte: Adaptado de STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

O Sistema Único de Saúde apresenta como princípios e diretrizes principais a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização dos atendimentos e participação social. Para operacionalizar as ações e a organização do serviço, o mesmo centra-se na Estratégia de Saúde da Família. A implantação dessa estratégia é desdobramento e aprofundamento da implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), criação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) e revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nos anos 2006, 2011 e 2017.

Em 1991, o PACS, implantado pelo Fundo Nacional de Saúde inicialmente em áreas rurais e periurbanas, surgiu para atender às demandas de combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia com foco da reidratação oral e na orientação à vacinação. A expansão do modelo PACS para outras regiões do país a partir de 1993-1994 respondeu a novos objetivos políticos do governo federal, como o de priorizar as áreas periféricas das grandes cidades identificadas como bolsões de pobreza pelo "Mapa da Fome" com o intuito de impactar positivamente sob os indicadores de saúde dessas áreas e descentralizar as políticas de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Apesar deste programa se configurar como avanço no SUS, o mesmo ainda apresentava resquícios da atenção primária seletiva, pois apresentava caráter emergencial e visou dar respostas à assistência médica onde não houvesse condições de interiorização. Portanto, gradualmente, as atribuições dos agentes comunitários foram se renovando e passaram a ser as seguintes: cadastramento da população adscrita, identificação dos grupos de risco e em situação de vulnerabilidade, visitas domiciliares. A institucionalização dos agentes comunitários de saúde (ACS) levou ao entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executada fora da unidade. Com a mudança substancial nas práticas

sociais em saúde, o perfil do ACS passou a ser caracterizado como genérico, autônomo e mediação social (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

A avaliação contínua do PACS indicou a necessidade de maior articulação entre esse modelo e os serviços de saúde para evitar o esgotamento e o desgaste da atenção dos agentes. O PSF materializou-se com a portaria do Ministério da Saúde nº 692/1993. Nesse período, o programa foi implantado principalmente em pequenos municípios e guardou um caráter restritivo da APS, com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (MENDONÇA *et al.*, 2018).

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 apresenta como principais determinações a substituição do modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios por nova modalidade de transferências diretas do FNS para os fundos municipais e estaduais, o fortalecimento da capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica, avançando para além da seletividade e propondo a Saúde da Família como Estratégia e a definição do indicador e produção e de impacto epidemiológico. Dentro das NOB ficou estabelecido o Piso da Atenção Básica (PAB) em parte fixa que corresponde à transferência em base per capita para cobertura da atenção básica pelos municípios e parte variável composta por incentivos financeiros para a adoção de programas estratégicos que variam conforme a adoção ou não desses programas pelo município (MASSUDA, 2020).

A transferência de recursos destinados à APS de forma regular e automática pelo FNS para Fundos Municipais de Saúde permitiu financiar serviços de saúde em municípios mais desprovidos de infraestrutura básica, promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde. A Portaria MS nº1886 de 1997 estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar o PACS e a ESF, estimulando a expansão dos mesmos no país. Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada em documento

do Ministério da Saúde de 1997 intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Observa-se que a ESF preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Na década de 2000, observou-se a crescente adesão municipal à proposta do Ministério da Saúde e consequentemente, a expansão da cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família no território. Simultaneamente, as portarias nº 1444 de 2000 e nº 267 de 2001 estabeleceram as diretrizes para inclusão da saúde bucal na ESF e a criação de incentivo financeiro para sua implantação. Posteriormente em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reconhece a estratégia de ESF como principal estratégia para a reorganização das práticas de saúde bucal e a importância do seu papel na consolidação da APS no SUS (COSTA JUNIOR *et al.*, 2021).

A Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) passaram a investir no processo de regionalização da atenção à saúde. A APS permaneceu como estratégia prioritária em relação à reorientação do modelo de atenção à saúde, ao passo que as NOAS reforçaram a importância da regionalização da assistência à saúde como caminho para a ampliação do acesso às ações integradas tendo como perspectivas a universalização e a integralidade da atenção (COTTA, 2013).

A PNAB em 2006 definiu a ESF como estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial. A PNAB prevê a oferta e organização de ações e serviços na perspectiva da atenção integral em saúde, desde a promoção em saúde à reabilitação com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde. Os recursos federais passaram a ser adicionados ao PAB variável para incentivar municípios a implementarem equipes da ESF, com o objetivo de desenvolver ações de saúde em âmbito individual e

coletivo para a população de território definido. A PNAB em 2006 legitima a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária, uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade com atuação dirigida à população de um determinado território (MELO *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O NASF foi implantado com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede assistencial e ampliar a abrangência e o escopo das ações na APS, bem como sua resolutividade, ressaltando ainda os processos de territorialização e regionalização. O NASF reúne profissionais das mais variadas áreas categorias de saúde: psicólogos, professores de educação física, nutricionistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, sendo uma ferramenta importante para a realização do apoio matricial às equipes de saúde da família (MENDONÇA *et al.*, 2018).

De acordo com a PNAB editada em 2011, a atenção primária caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A reedição da PNAB em 2011 se diferencia da anterior por reforçar o financiamento tripartite, provendo entre outras formas de repasse fundo a fundo para o custeio de investimentos dos serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

Até 2010, o SUS não havia definido uma unidade de saúde como porta de entrada obrigatória; contudo, pretendia-se que a APS fosse a porta de entrada preferencial. Com o intuito de avançar em

direção à regionalização, o Decreto 7508/2011 regulamenta a Lei de 8080 de 1990, dispõe sobre a organização, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação entre os entes federativos no SUS e estabelece a APS como porta de entrada principal para o SUS, sendo equipe multidisciplinar para integrar, ordenar o cuidado e atender às necessidades de saúde. Em 2011, há um consenso nas três esferas de gestão para a necessidade de se organizar e integrar a RAS (MELO *et al.*, 2018).

Em 2011, foi estabelecido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), vinculado aos recursos do PAB variável associados à avaliação de desempenhos das equipes de saúde da família. O PMAQ se apoia na contratualização de metas relacionadas a diversos indicadores de acesso e qualidade da atenção básica. O desempenho das equipes é avaliado com base em um conjunto de critérios em processo de certificação que inclui autoavaliação e uma avaliação externa. O objetivo do PMAQ é instituir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, bem como das equipes da APS de ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade consoante às necessidades concretas da população. Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, baseado no enfrentamento dos nós críticos. O Requalifica UBS, o PMAQ-AB e o Programa Mais Médicos são expressões desse esforço. Nesse período também foi criado o e-SUS-AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Em 2017, a PNAB foi revisada, apresenta com maior detalhe as noções de redes e regiões de saúde, incorporou-se os cuidados paliativos e enfatizou-se a importância da vigilância em saúde. A PNAB também estabelece que cada equipe será responsável por 2 mil a 3500 pessoas. A flexibilidade trazida pela nova PNAB está atrelada à ideia de adequação às necessidades locais, porém sem deixar isso tão claro. Esse novo arranjo flexibiliza a carga horária, ao estabelecer o mínimo de dez horas

trabalhadas, permitindo que uma categoria seja composta por até três profissionais para atingir as quarenta horas semanais. Esse formato pode induzir uma fragmentação do processo de trabalho, cria condições para a precarização dos contratos trabalhistas e retrocesso para a integralidade e longitudinalidade do cuidado. As descontinuidades podem ser percebidas quando se estabelece a possibilidade de redução dos agentes comunitários de saúde, ao vincular o quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao passo que oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições (MELO *et al.*, 2018).

AVANÇOS E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ABRANGENTE NO BRASIL

Historicamente, percebe-se os avanços e os desafios coexistindo para a consolidação da APS abrangente. A expansão da ESF contribui para a universalidade, a integralidade e equidade como princípios doutrinários fundamentam a ideologia da assistência à saúde defendido pelo Movimento Sanitário, enquanto consolida a hierarquização, regionalização e controle/participação social que regem as formas de organização administrativa do sistema de saúde brasileiro.

A APS sob uma perspectiva abrangente contribuiu para o aumento da participação dos municípios e estados no financiamento da saúde, aumento das transferências fundo a fundo dos recursos federais para estados e municípios; aumento da oferta pública de serviços de saúde, ampliação da capacidade gestora estadual e municipal, ampliação das experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços em áreas até então desassistidas; maior acesso aos serviços do SUS, melhora do modelo de gestão com a incorporação da adesão da clientela; reorientação da formação profissional em saúde em vários cursos de graduação; ampliação

da oferta de educação permanente no SUS e a implantação da saúde bucal na RAS (MENDONÇA *et al.*, 2018). Adicionalmente, a implantação da ESF propiciou redução de internações hospitalares por condições sensíveis à APS e melhoria nos resultados com a queda da mortalidade infantil, beneficiando populações mais vulneráveis (BASTOS *et al.*, 2017).

Apesar dos avanços normativos para a consolidação da APS no Brasil, há uma inflexão nesse processo, entre APS seletiva e abrangente. Essas dificuldades de consolidar a ESF como estratégia prioritária dentro do SUS refletem-se na heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios, superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras e pouca integração entre os serviços. Ainda persistem iniquidades sociais e marorregionais no acesso aos serviços públicos de saúde, heterogeneidade quanto ao processo de implantação da APS no território GIOVANELLA *et al.*, 2017).

Algumas dificuldades relacionadas a atenção aos usuários também podem ser observadas como: persistência de desigualdades no acesso, excessiva medicalização, uso inadequado de tecnologias e problemas no âmbito da qualidade e resolutividade da atenção em diversos serviços do SUS. A formação de recursos humanos e a rotatividade dos profissionais da APS constituem-se como nó crítico, devido à distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional, aumento da precarização das relações de trabalho na saúde e resquícios do modelo biologista na formação dos profissionais de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

As leis de austeridade fiscal agudizam o subfinanciamento crônico, comprometendo a consolidação das ações da APS no SUS. A Emenda Constitucional nº95/2016 foi aprovada, estabelecendo teto de gastos públicos, bem como, o congelamento de investimentos e do financiamento dos setores da educação e saúde pública (RASELLA *et al.*, 2018). A aprovação dessa medida agravou o problema de

subfinanciamento do SUS e coloca em risco a universalidade e a viabilidade da implantação da APS abrangente no Brasil.

Em 2019, o governo brasileiro lançou uma nova política para a Atenção Primária à Saúde no SUS, chamada Previnde Brasil (Portaria nº 2979/2019). Essa política modifica o financiamento da APS para os municípios. No lugar de habitantes e equipes da ESF, as transferências intergovernamentais passam a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços da APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionados de indicadores. Essas mudanças possivelmente terão um conjunto de impactos para o SUS e para a saúde da população que precisam ser identificadas e monitoradas. Com o novo modelo de financiamento ficam revogadas as normativas de parâmetro e custeio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, resultando no não credenciamento de novas equipes do NASF desde 2020 (MASSUDA, 2020).

Historicamente, o processo de implantação da ESF sofre um tensionamento entre as perspectivas de atenção primária abrangente e seletiva. A ESF deve ser implantada de forma abrangente primando pela promoção da saúde e universalização do acesso aos serviços de saúde do SUS com cuidado longitudinal e integral. Por fim, a reorganização do SUS orientada por uma APS abrangente, condutora do processo de integração da RAS, com orientação comunitária e para o enfrentamento de determinantes sociais é contribuir para a redução das iniquidades em saúde e para a efetivação do direito universal à saúde no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da APS abrangente no Brasil vem em consonância com as adoção das mudanças político-institucionais do Estado Democrático, através da expansão da ESF, abordagem

e definição das regiões de saúde para o planejamento em saúde, porém ainda esse processo ainda apresenta dificuldades como: operacionalizar a APS no território brasileiro com dimensões continentais e caracterizado por desigualdades sociais; as leis de austeridade fiscal e a as demandas impostas pela COVID-19 que sobrecarregam os serviços de saúde, contribuindo para a piora de indicadores de saúde, como a mortalidade materna, novos casos de arboviroses e aumento de morbidade por condições crônicas não transmissíveis. Portanto, tais fatores impõem novos desafios para consolidar a APS abrangente de forma equânime, longitudinal e integral para os usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Mayara Lisboa *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. **PloS one**, v. 12, n. 8, p. e0182336, 2017.

COSTA JUNIOR, Sylvio da *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Editora UFV, 2013.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde publica**, v. 35, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In: **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 2018.

FERTONANI, Hosanna Patrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

RASELLA, Davide *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca. The World Health Report. Ginebra: WHO, 2008.

2

*Letícia Maria Carvalho de Sousa
Mailson Silva de Oliveira
Thamina Oka Lôbo Paes Landim
Jamila da Silva Rodrigues
Tânia Maria Penafiel Diniz Moura
Mayanny da Silva Lima Barbosa
Nayara Cristina da Rocha Oliveira
Jovelina Rodrigues dos Santos Arrais Neta
João Maria Correa Filho
Mailson Fontes de Carvalho*

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

**POTENCIALIDADES, DESAFIOS E CONJECTURAS
NA CONTEMPORANEIDADE**

RESUMO

Este capítulo propõe apresentar reflexões sobre os nós críticos e desafios do Sistema único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir de vivências de profissionais de saúde. São retomados marcos históricos e aspectos contextuais e apresentados desafios da atenção primária presentes no contexto atual, apresentando uma narrativa de tempo, fatos, conceitos principiológicos, inquições e reflexões sobre o SUS e APS no Brasil da contemporaneidade, em um tracejado de possibilidades para discussões, aprofundamentos e esclarecimento de vieses sobre a saúde no Brasil.

Palavras-chave: sistema único de saúde; atenção primária à saúde; saúde pública.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 determina o acesso às ações e serviços de saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado e reconhece os determinantes sociais, econômicos e ambientais no processo saúde-doença. É nesse aparato normativo que se constitui o maior sistema de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado com o objetivo de garantir universalidade de acesso, integralidade do cuidado, equidade e participação social a todos os brasileiros.

Ao longo de sua implantação, o SUS estabeleceu um modelo de reorganização das ações de saúde no país, fomentando uma mudança da prática clínico-assistencial, ancorando-se na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS) como nível assistencial prioritário, de complexidade crescente e direcionada a resolver a maioria dos problemas de saúde da população (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A APS fornece o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, constituindo-se porta de entrada preferencial para as necessidades de saúde dos cidadãos, com garantias ao cuidado contínuo ao longo do tempo, ordenamentos dos fluxos e contrafluxos assistenciais e organização de produtos, processos e informações de saúde em todos os pontos da rede de atenção à saúde. Os fundamentos conceituais da APS a relacionam a um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde, realizadas por equipe multiprofissional e dirigidas às necessidades de saúde de um território definido (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017). Todavia, uma conceituação mais ampla se constitui a partir da sua compreensão para além de um nível assistencial, como uma estratégia de organização e funcionamento do sistema de saúde, perspectiva ainda utópica.

Ao longo do tempo, foi operacionalizada através de programas (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, entre outros) e foi se constituindo como estratégia prioritária de organização do próprio sistema de saúde, fundamentando-se a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e sendo operacionalizada por equipes multiprofissionais, trabalhando em unidades de saúde da família, popularmente conhecidos por postos de saúde, em ações de educação em saúde, atendimento individual e coletivo, visitas domiciliares, mobilização comunitária, prevenção e vigilância de agravos, cuidados paliativos, educação permanente em saúde em convergência aos princípios basilares do SUS, seguindo a lógica de regionalização e hierarquização, com atuação em um território definido, população adscrita e cuidado centrado no indivíduo e na família (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Ainda que possamos constatar os enormes avanços resultantes da trajetória de implementação da PNAB, muitos ainda são também os desafios presentes na sua implementação, especialmente no fazer cotidiano dos serviços. É fato que desde as primeiras iniciativas e programas estruturantes da APS brasileira, os atributos propostos por Starfield (2002) se fazem presentes como orientadores da organização e funcionamento dos serviços voltados aos cuidados primários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Neste contexto, este capítulo propõe apresentar reflexões sobre os nós críticos e desafios do SUS e da APS no Brasil.

O SUS E A CRIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A implantação do SUS data da década de 80, mas sua matriz de influência histórica advém das lutas sociais pela redemocratização do país e democratização no acesso aos serviços e ações de

saúde, que começaram ainda na década de 70. Este movimento, denominado de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico de participação popular e democracia na saúde pública. A ampla participação da sociedade civil de todo o país e o relatório dessa conferência representou a consolidação das propostas do movimento sanitário, ampliando a compreensão do conceito de saúde e impulsionando a criação de um novo sistema de saúde, único, produto da unificação dos subsistemas existentes (GIOVANELLA *et al.*, 2012), marcos precursores da mais recente e profunda reforma do setor saúde no Brasil: a criação do SUS!

O SUS tem seu regramento ancorado na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas (Lei 8080/90 e Lei 8.142/90) e nas inúmeras portarias e resoluções do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e de outros órgãos normatizadores da política de saúde brasileira. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes que preveem o acesso universal aos serviços de saúde, a integralidade de suas ações e equidade nas políticas públicas de saúde, o SUS amplia a filosofia de política de saúde para além das anteriores práticas hegemônicas da atenção médica previdenciária, excludente, de alto custo e centrado na doença.

Implementar um sistema de saúde universal, equânime e integral em um país marcado pela desigualdade social e cerceamento de direitos básicos foi e continua sendo um grande desafio. Se por um lado, a crise econômica dos anos 70/80 e processo de redemocratização no Brasil favoreceram as discussões do movimento sanitário; por outro, a consolidação de seus princípios e real implementação foi tensionada pela grande heterogeneidade e extensão territorial do país, pelas profundas desigualdades em saúde existentes e especialmente pelo avanço do ideário neoliberal presente na década de 90, com consequente redução de gastos públicos, contribuindo para um desenho organizacional das práticas que se

aproximavam da atenção seletiva e o crescimento da participação da iniciativa privada no setor saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

As políticas públicas de saúde implementadas são bastante inclusivas e demonstram avanços derivados dos investimentos realizados. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo a atender mais de 190 milhões de pessoas, das quais 80% dependem exclusivamente dele (BRASIL, 2021). Podemos destacar: a elevada capilaridade da APS, com a expansão quantitativa de equipes, totalizando 48.817 ESF financiadas em dezembro de 2022 e ampliação da cobertura pela ESF, com alcance de 75,12% da população brasileira em 2022 (BRASIL, 2022); controle e erradicação de doenças através do Programa Nacional de Imunizações (PNI); a criação do Programa de Vigilância, Prevenção e Controle do HIV/AIDS; políticas de promoção da saúde; assistência farmacêutica; hemoterapia; Sistema Nacional de Transplante; Vigilância Sanitária, dentre outros. Contudo, o subfinanciamento crônico desde sua criação, baixa qualificação dos quadros técnicos, iniquidades regionais na distribuição de profissionais de saúde por habitante, longo tempo de espera para consulta e exames na atenção especializada, infraestrutura inadequada das UBS, são alguns dos desafios enfrentados pelo SUS (ANDRADE *et al.*, 2018; CONASS, 2003; FARIAS *et al.*, 2019; MASSUDA, 2020; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Em meio a tantos desafios, a atenção primária foi se constituindo como estratégia de reorganização, ampliando seu escopo de atuação e sua importância na dinâmica de funcionamento do sistema. As primeiras experiências implementadas estiveram relacionadas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), programas de base comunitária, verticalizados, com noção de transitoriedade, voltados para grupos populacionais específicos e com um rol seletivo de ações ofertadas, num cenário político e econômico desafiador à proposta de políticas universalistas.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado através da Portaria GM/MS n. 692/1993, permitiu ampliar a cobertura de saúde, ainda que inicialmente tenha se dirigido à população mais vulnerável socialmente (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Sua implantação teve início no Ceará e os bons resultados apresentados pelo programa, sobretudo na redução da mortalidade materno infantil, alçaram sua expansão para todo o país, que com a instituição de um novo ciclo na evolução do SUS, transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2015) para além do caráter seletivo dos seus antecessores (MELO *et al.*, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Com a importante missão de reorganizar a atenção à saúde em nosso país, a atenção primária, na perspectiva de organização em redes de atenção, se mostra capaz de mitigar ou resolver até 90% dos problemas mais comuns de saúde de um território (MENDES, 2015). Porém, desarticulada, não é capaz de garantir a integralidade das práticas, a longitudinalidade do cuidado ou mesmo o acesso demandado pelos usuários. Logo, faz-se necessário que a APS se constitua em meio a outros serviços de saúde, conformando uma rede de cuidados à saúde fortemente integrada e com sistema de regulação eficaz (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A fragmentação dos serviços assistenciais é ainda uma realidade no SUS dos rincões Brasil adentro, resquício dos modelos assistenciais privatistas e biomédicos que ainda se apresentam hegemônicos. Todavia, o ideário de conformação de Redes de Atenção à Saúde apresenta caminhos para a superação deste desafio.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) utiliza estratégias que conduz à resolução dos problemas, mediante a demanda da população através dos serviços integrados e baseados em uma relação horizontal do cuidado, onde as ações iniciam-se na atenção básica, como porta de entrada e concluída, mediante necessidade, na rede regionalizada e hierarquizada, garantindo a integralidade

do cuidado. Para que o fluxo da RAS ocorra de forma resolutiva, a atenção primária à saúde deve favorecer com a promoção da saúde, prevenção de agravos, descentralização, capilaridade, resolutividade, coordenação e ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas na rede (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

(DES)CAMINHOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A implementação da APS no Brasil sofreu influências do contexto político e econômico vivenciado no país. Sua trajetória histórica apresenta mudanças importantes no financiamento, na regulamentação, na estruturação dos serviços, em uma perspectiva que, não linear, apresenta um entremeio entre avanços e retrocessos.

A propagação da Estratégia Saúde da Família (ESF) só foi possível com a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), instituído através da Norma Operacional Básica (NOB) 96, que estabeleceu repasses financeiros fundo a fundo e rompeu com a lógica do financiamento por produção (MELO *et al.*, 2018). Outro marco foi a criação da PNAB, em 2006, lançada no contexto do Pacto pela Saúde, que tanto incorporou os atributos da APS propostos por Bárbara Starfield (2002), como também definiu os itens necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS) e reconheceu a ESF como modelo prioritário para reorganização da APS. Embora reconhecidamente importante como ganho para a assistência em saúde da população, a PNAB 2006 não conseguiu romper com os desafios de infraestrutura inadequada, subfinanciamento e falta de atração de profissionais médicos (MELO *et al.*, 2018; BATISTA; FERREIRA, 2020).

Uma reformulação dessa política foi implementada em 2011 (Portaria GM/MS n. 2.488/2011), em um movimento integrado de regulamentação do SUS e reorganização dos serviços, com a criação de programas para enfrentar desafios presentes na APS, como o Requalifica UBS (para reformas, ampliações, construções e informatização de UBS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa Mais Médicos (PMM), o e-SUS AB e a criação de diferentes modalidades de equipes de atenção básica. Tais iniciativas também permitiram o incremento financeiro no componente de investimento e no PAB Variável aos municípios, ampliando o financiamento do governo federal na atenção primária. É fato que a PNAB 2011 manteve a essência da sua primeira publicação, mas incorporou elementos importantes quanto à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da APS permitindo o seu fortalecimento (MELO *et al.*, 2018; BATISTA; FERREIRA, 2020).

Uma nova versão da PNAB foi apresentada em 2017 (Portaria GM/MS n. 2.436 de 21 de setembro de 2017), frente ao cenário político conservador e sob a justificativa de reorganização das práticas e atendimento às especificidades locorregionais do Brasil.

Diversas entidades da saúde coletiva e defesa do SUS apresentaram fortes críticas à nova versão da PNAB, temendo, com essas mudanças, retrocessos frente aos princípios do SUS e um possível enfraquecimento da atenção primária no país, com a redução de recursos frente à desvinculação de receitas, o desincentivo de equipes no modelo saúde da família em face de outras configurações de equipes de APS a partir de então financiadas e também retrocessos proporcionados pela relativização na composição e consequente minimização das equipes (BATISTA; FERREIRA, 2020).

A possibilidade da redução e até mesmo da exclusão dos agentes comunitários de saúde (ACS) em equipes de atenção básica, proposta pela PNAB/2017, induz a descontinuidade

do acompanhamento do indivíduo, famílias e comunidade, principalmente nas localidades com grande extensão territorial e difícil acesso. Outras críticas permeiam na fusão de funções dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias (ACE), além da inclusão de novas funções aos ACS, que descaracterizam o trabalho desses profissionais originalmente voltado para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e visitas domiciliares para acompanhamento da situação de saúde das pessoas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Paralelo à PNAB 2017, uma nova modalidade de financiamento foi proposta, extinguindo o Piso de Atenção Básica (PAB) e criando uma nova lógica de financiamento das ações. Tal ajuste permitiu maior flexibilidade aos gestores no manuseio de recursos da atenção básica, desvinculando-os dos programas ou destinações específicas. Em contraponto, atribuiu também maior dificuldade de fiscalização de recursos por parte dos órgãos fiscalizadores e de controle social ao extinguir os seis blocos de financiamento vigentes (um deles da AB) e uni-los em apenas dois blocos: o de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (MELO *et al.*, 2018).

Novas mudanças que geraram críticas entre os estudiosos e apoiadores da APS, segundo Giovanella *et al.* (2020), foram: Programa Saúde na Hora, em 2019, que priorizava a demanda espontânea e o cuidado individual na contra mão do atributo de longitudinalidade da APS; o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), que abandonou o componente de intervenção na graduação médica e ampliação de vagas de residência em medicina da família e comunitária, presentes no programa antecessor (Programa Mais Médicos); a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, com ênfase no cuidado clínico individual em detrimento de uma APS abrangente e integrada com a RAS; e o novo modelo de financiamento da APS, com a implementação do Programa Previne Brasil.

Sob a defesa de aumentar a cobertura, cadastrar população e ganhar eficiência em seus processos, o Programa Previne Brasil trouxe forte impacto com a mudança no financiamento da APS com risco de retrocesso e focalização de ações. Ele apresenta uma proposta de financiamento em três eixos principais: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a ações estratégicas. Embora pretenda institucionalizar o pagamento por desempenho, modelo largamente utilizado em países desenvolvidos, o método de avaliação não se mostra suficiente para garantir padrões de qualidade do cuidado (MASSUDA, 2020). Um exemplo é que o alcance de determinada meta pode velar outras nuances do cuidado como a adesão ao tratamento medicamentoso de forma correta, adoção de uma dieta adequada, o que significa que a “boa meta” não corresponde necessariamente a uma melhora nos indicadores de resultado.

Neste contexto há ainda a possibilidade de redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estão contemplados nas métricas de avaliação, contribuindo para a focalização das ações na APS, além da eventualidade de perda financeira de muitos municípios em um cenário de congelamento de gastos públicos. Essa nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF.

As mudanças ocorridas como a atualização da PNAB em 2017 e a criação do Programa Previne Brasil, anteriormente citadas, são criticadas por sanitaristas e algumas entidades como Conselho Nacional de Saúde (CNS) que temem, portanto, o caráter privatizante, seletivo e focalizado da APS na contramão de um sistema universal e integral almejado desde a implantação do SUS.

Como reduzir as estratégias de intervenção na estratégia saúde da família na busca pelo alcance de resultados de sete indicadores?

Os cuidados dispensados nos serviços de APS devem ser observados e discutidos quanto a sua organização para que não se desvie o foco dos seus objetivos. Todavia, as políticas públicas adotadas na última década tendem a induzir os profissionais à busca desenfreada por métricas, esquecendo-se do usuário como um ser que precisa ser visto em sua integralidade, com suas particularidades, de forma humanizada e que o torne também responsável pela promoção, prevenção e tratamento das patologias que o acomete.

Tradicionalmente, os serviços de saúde se organizam de maneira hierarquizada, baseada no saber das profissões e das categorias, dificultando a garantia de um cuidado integral que leve em conta as necessidades dos usuários. E então, que caminhos são possíveis para que os avanços sejam factíveis?

APS “ENTRE NÓS”: DESAFIOS, CONJECTURAS E REFLEXÕES

Ao completar seus 31 anos de existência em 2022, o Governo Federal emitiu uma nota comemorativa sobre o SUS, onde enfatizou ser ele o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas. Conquanto isso, ainda que sejam evidentes os avanços derivados da expansão da atenção primária no país, seu desempenho tem sido questionado frente ao contexto epidemiológico, socioeconômico e ambiental do Brasil, pois referidos contextos demandam, cada vez mais do sistema, assistência oportuna, adequada e qualificada.

Neste contexto, alguns problemas se apresentam como agravantes, tais como: o subfinanciamento; a baixa valorização profissional; elevada rotatividade de profissionais na APS; a sobrecarga de trabalho com inclusão crescente de atribuições, devido

à tripla carga de doenças no Brasil; as deficiências nos processos de planejamento local e a baixa qualificação e perfil inadequado dos ocupantes de cargos de gestão na saúde.

Em algumas situações, a ESF perde seu papel de porta de entrada no sistema, devido à dificuldade de clareza das funções dos níveis de atendimento nos serviços de saúde, acarretando uma significativa demanda nos setores de média e alta complexidade. A necessidade do acesso disponível, longitudinalidade garantida, coordenação do cuidado através da informatização e organização dos serviços são fatores que contribuem para sua eficácia. São necessários ajustes a diferentes realidades para organizar os serviços a nível primário e, com isso, conduzir com mais eficiência para os demais níveis de atenção (PORTELA, 2017).

A definição da quantidade de recursos financeiros suficientes para a APS visando à universalidade e à integralidade da atenção não são tarefas fáceis, pois depende das peculiaridades sociais, ambientais, geográficas, epidemiológicas e étnicas de cada município e microrregião. Por isso, as necessidades de financiamento precisam ser analisadas com maior profundidade e elaboradas com base nas reais particularidades de saúde das populações, a fim de contribuir para a expansão e a manutenção qualificada da ESF/APS a médio e longo prazo.

Embora se verifique o aceno do Ministério da Saúde para ampliá-lo, com intuito de promover maior equidade na distribuição dos recursos, ressalta-se a premência de corrigir as desigualdades entre os níveis de atenção para assegurar uma fonte estável de financiamento para a APS, o que deve ser viabilizado com planejamento especializado, mediante coleta de dados sobre as particularidades de cada comunidade.

O avanço da ESF perpassa ainda por uma gestão eficiente de pessoal, especialmente no que se refere aos mecanismos de contratação dos profissionais, submetidos a condições e relações

inadequadas de trabalho, baixos investimentos em pessoal, vínculos precários, promovendo uma falta de atração e alta rotatividade nas equipes, fato este que dificulta o vínculo profissional-usuário e consequentemente os resultados em saúde (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Entre os desafios, ressalta-se também a necessidade de uma formação profissional fundamentalmente sensível para a realidade de saúde da população, considerando sua complexidade social, econômica e cultural. De igual maneira, o ensino deve focar no desenvolvimento de profissionais capazes de articular com outras profissões e de realizarem um trabalho efetivo entre diferentes setores que influenciam na determinação social da saúde.

Vale ressaltar que quando se compreende a APS em sua base filosófica, enquanto junção de valores, de princípios, conjunto indissociável de elementos estruturantes que compõem os atributos, independente da rotatividade de profissionais, mantém-se a resolutividade pela adesão de sua propositura. É difícil fortalecer bases principiológicas em transitoriedade? Sim, mas é possível que sejam traçados os perfis da APS para que profissionais que estejam contidos nessa área de atuação conheçam seus fundamentos.

É necessário, portanto, que o modo de formação dos profissionais de saúde seja revisto, descolando-se dos aspectos tecnicistas e decorrentes de processos pedagógicos disciplinares para implementação de estratégias de integração ensino-serviço-comunidade. Além disso, ainda é notada excessiva valorização da doença e da formação especializada, como decorrentes da insuficiência dos conteúdos curriculares que não abordam as dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado.

Apesar de vários investimentos para capacitar profissionais, como a residência em saúde da família e as atividades de educação permanente, os esforços precisam ser intensificados a fim de que essas estratégias tragam benefícios em larga escala para a consolidação da ESF e de um sistema de saúde centrado na APS.

Acrescenta-se ainda que a alta prevalência de doenças crônicas, os agravos de saúde mental acentuados em período pandêmico, além da manutenção de doenças infecciosas e aumento da incidência de mortes violentas, formam um perfil sanitário brasileiro bastante complexo para formulação de políticas públicas capazes de atender a resolutividade satisfatória, permanecendo o desafio de organizar a APS não apenas como estratégia para otimizar recursos, mas sim, como elemento essencial e crítico ao sistema de saúde.

A ESF mostrou ser o modelo mais adequado para o funcionamento da APS no país, merecendo ser consolidada e expandida. Para que consiga efetivar seus princípios e diretrizes, melhorar os resultados em saúde e ser capaz de enfrentar os desafios contemporâneos, é preciso investimento em formação profissional, voltado a romper a lógica fragmentada do cuidado. Além disso, é importante a criação de condições adequadas de trabalho para as equipes multiprofissionais, com criação de plano de cargos, salários e carreira, promovendo uma maior fixação e satisfação deste profissional com o serviço. A indução financeira pelo governo federal se traduz, portanto, como mecanismo fundamental para redução de heterogeneidades e iniquidades sociais, aumentando o financiamento da APS até níveis adequados e suficientes (TASCA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, que opera de forma igualitária, universal e integral através de uma rede de cuidados articulada, necessita de planos de ação de estruturação da assistência vinculada a esses princípios. Mesmo com bases normativas e constitucionais estabilizadas, a existência de desafios e dificuldades, sobretudo quando relacionados à atenção primária em saúde, torna-se evidente.

A carência de recursos financeiros e a sua forma de distribuição, a necessidade de uma infraestrutura adequada, somados à escassez de profissionais qualificados, a distância da participação do usuário da política de saúde em que está inserido, são obstáculos pungentes a serem superados, sem esquecer do impacto das desigualdades sociais entre as regiões do país e os abismos assistenciais ocasionados por vulnerabilidades socioeconômicas.

Longe de exaurir a discussão acerca dos caminhos da APS no futuro, buscou-se neste capítulo apresentar uma narrativa de tempo, fatos, conceitos principiológicos, inquições e reflexões sobre o SUS e APS no Brasil da contemporaneidade, em um tracejado de possibilidades para discussões, aprofundamentos e esclarecimento de vieses sobre a saúde no Brasil.

A referência aos “nós” destacada no texto deve ser interpretada nas diferentes esferas de significados dessa narrativa. Quando se utiliza a APS com a regionalização, com a ramificação das redes, os “nós” aparecem como enlaces, unindo pontas. Em outra parte, os “nós” são os emaranhados que dificultam e impossibilitam a transmissão de comunicação, de bloqueio de acesso, representando nesse aspecto os nós que atam e amarram. Ou seja, aqueles que impedem o desenvolvimento das políticas públicas.

O desenlace destes “nós”, presentes “entre nós”, tende ao tracejado de críticas construtivas e desobstrutivas sobre as práticas de APS, buscando vislumbrar soluções na planta de uma casa em que reside o SUS e tem a APS como porta de entrada e não como muro de segregação. O aumento de demandas de saúde, as várias possibilidades tecnológicas e as avaliações do orçamento com diagnósticos da continuidade do modelo assistencial da APS, são eixos temáticos para o cerne de discussões com horizonte nas transformações quanto à eficiência do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, *et al.* Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy. (1998-2012). **Plos One**. v. 13, n. 8, e:0201723. ago, 2018.

BATISTA, M. H. J.; FERREIRA, R. K. A. **Mudanças e Implicações da Política Nacional da Atenção Básica na Saúde Pública**. Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Brasília: MS, dez. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 01 mar. 2023.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Maior Sistema Público de saúde no mundo, o SUS completa 31 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro: v. 43, n. especial 5, p. 190-204, dez. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* orgs. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed. 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.*, Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4. p. 1475-1481, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 4, p:1181-1188, abr. 2020.

MEDEIROS, C. R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro: v. 42, n. 1, p. 38-51. 2018.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro: v. 42, n. 116, p. 11-26, jan-mar, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C., PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp, p.158-64, 2013.

PINTO, H. A; SOUSA, A. N. A; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**. v. 38, n. spe, p.358-357, 2014.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Acesso em: 01 mar. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TASCA *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 44, sn, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em 01 de mar. 2023.

3

*Elisa Miranda Costa
Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Francenilde Silva de Sousa
Marcela Mayana Pereira Franco
Lorena Lúcia Costa Ladeira
Vanessa Moreira da Silva Soeiro*

O CUIDADO À SAÚDE BUCAL NO SUS:

DO MODELO BIOMÉDICO À ESF

DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.97587.3

RESUMO:

Este capítulo apresenta o processo de implantação do Política Nacional de Saúde Bucal, abordando a evolução dos modelos de atenção à saúde até a configuração da Estratégia de Saúde da Família. A estratégia metodológica adotada foi a consulta da literatura nacional e internacional, incluindo livros, artigos e as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que a saúde bucal no Brasil foi implantada sob estrutura de um modelo biomédico com ações residuais e fragmentadas, porém a partir da Constituição Federal de 1988, da implantação da Estratégia de Saúde da Família e da Política Nacional de Saúde Bucal, os serviços de saúde bucal estão sendo reorganizados de forma integral, longitudinal ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Palavras-Chave: Brasil; política de saúde; serviços de saúde bucal; sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

As transformações dos modelos de organização da atenção à saúde bucal no Brasil foram impulsionadas pelo desenho político-institucional e organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização da atenção à saúde baseia-se nos modelos de proteção social que venham a ser adotados por um país, além disso são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania.

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais. A inclusão da previdência, da saúde e da assistência na seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. Esse novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados.

No contexto brasileiro, a criação do SUS em 1988 impulsionou a transformação do modelo de atenção à saúde no país. Nesse sentido, várias propostas de mudança no modo de organização das práticas de saúde vêm sendo elaboradas e experimentadas no âmbito do SUS, nos últimos anos. Especificamente para a saúde bucal, ampliou-se esse serviço, através da inclusão do cirurgião-dentista

na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), porém universalizar o atendimento odontológico no Brasil é complexo e incorre em diversos desafios.

Dados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal, realizado em 2010, apontam que 24,6% dos adolescentes de 12 a 19 anos referiram dor de dente nos seis meses anteriores à entrevista, 35,8% apresentaram cárie dentária e 8,9% apresentaram algum elemento dentário perdido por cárie (BRASIL, 2012). Percebe-se que mesmo com implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a prevalência de cárie dentária ainda é elevada entre adolescentes, adultos e idosos e distribuição dessa doença é desigual para o território brasileiro. Esses resultados refletem que as práticas de saúde bucal ainda são verticais, fragmentadas e bastante direcionadas para os escolares, apresentando a necessidade de reorientar o modelo de atenção à saúde bucal e amplificar o acesso a esses serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA JUNIOR *et al.*, 2021).

Ao longo desse capítulo será discutido historicamente o processo de implantação da saúde bucal no SUS, os distintos modelos de saúde bucal vigentes ao longo desse percurso e que forma a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) articula-se à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Em 1910, há esparsos registros de atividades odontológicas isoladas ligadas aos serviços sanitários então existentes ou em estabelecimentos de ensino público, com cirurgiões-dentistas ocupando cargos em inspetorias dentárias ou de higiene escolar (GIOVANELLA *et al.*, 2017). A partir de 1923, constituiu-se a primeira forma organizada de sistema previdenciário de natureza pública, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP),

restritas a alguns segmentos de trabalhadores urbanos, com oferta esporádica de serviços odontológicos.

Em 1926, o Relatório de Giés foi publicado pelo governo norte-americano com orientações sobre o modelo de educação e prática odontológica nos Estados Unidos e demais países da América Latina, tendo ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como lócus privilegiado de atuação profissional (SILVA; SENNA, 2013).

Esse relatório foi responsável por orientar a formação do cirurgião-dentista, bem como organizar o modelo de atenção à saúde bucal, de maneira análoga ao Relatório Flexner, apresentando como características:

1. São mecanicistas, pois veem o corpo humano como máquina,
2. São biologicistas, pois compreendem a doença, apenas por seu caráter biológico, excluindo os determinantes sociais ou econômicos do processo do adoecimento;
3. São individualistas, porque consideram o indivíduo como objeto, alienando-o de sua vida e de seus aspectos sociais, sendo assim a doença é vista como restrita a práticas individuais;
4. Conferem grande ênfase à especialização, na medida em que aprofundam o conhecimento científico na direção de partes específicas do corpo humano, exercendo marcantes influências na formação profissional e nas respectivas práticas de saúde. No caso da odontologia, a divisão dessa área do conhecimento em especialidades tem dificultado a aquisição de uma visão integral e humanística do indivíduo;

5. Excluem as práticas alternativas, pois a medicina científica impõe-se em relação às demais práticas de assistência à saúde.
6. Tecnificam o ato médico/odontológico: necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica, produzindo uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças;
7. Ênfase na medicina/odontologia curativa: o processo fisiopatológico é considerado a única base do conhecimento para diagnóstico e terapêutica;
8. Concentração de recursos: devido à dependência crescente de tecnologia, ocorre uma concentração das práticas médicas em hospitais como centros de diagnóstico e tratamento e clínicas odontológicas que fazem uso de forte tecnologia.

Entre os anos de 1930 e 1940, ocorreu a ampliação da estrutura previdenciária preexistente com a criação dos Institutos de Assistência e Previdência (IAP), mantendo-se a oferta de alguns serviços odontológicos previdenciários aos trabalhadores, além de poucos registros de ações curativas voltadas, prioritariamente, às gestantes, pré-escolares e escolares (CHAVES, 2016).

A partir de 1950-1960, a odontologia pública se institucionaliza, conquistando espaço na estrutura administrativa do então chamado Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia, no âmbito do recém-criado Ministério da Saúde. Neste período, a atenção odontológica ganhou alguma expressão pública no Brasil, com o início de uma racionalidade na organização da saúde bucal denominada "odontologia sanitária". Inicia-se a utilização de um sistema de atenção a escolares de redes públicas, em uma dada modalidade de sistema incremental, implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (SILVA; SENNA, 2013).

A assistência programática voltada para os escolares, introduzida pelo SESP no início da década de 1950, de matriz sanitária americana, rompeu, de certa forma, com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, mas manteve as características presentes no Relatório de Giés. O sistema incremental do SESP foi aplicado durante quase quatro décadas pelo Estado brasileiro, em regiões onde a prática odontológica pública pôde ser organizada (CHAVES, 2016).

Ao longo dos anos 70, emergiram conceitos como a simplificação tecnológica e desmonopolização das ações, sob forte inspiração de movimentos populares e latino- americanos. Surgiu, então, de modo mais sistemático, a experiência da "odontologia simplificada", que preconizava a diminuição dos custos, o aumento de cobertura dos serviços de saúde bucal (SILVA; SENNA, 2013).

A simplificação com um modelo tecnoassistencial ainda apresentava contradições, tais como não considerar o controle social, não focar nos determinantes sociais do processo saúde-doença e iniquidades em saúde bucal, baseando-se, fundamentalmente, nas ações básicas, não se preocupando com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CHAVES, 2016).

Ao longo dos anos seguintes foram incorporados técnicas e procedimentos odontológicos, acompanhando o conhecimento e difusão de ciências básicas e clínicas. A inclusão de novos procedimentos, em especial os de caráter preventivo, e a estruturação de serviços de referência, para necessidades de maior complexidade, representaram avanços na busca da "odontologia integral" (SILVA; SENNA, 2013).

O sistema de saúde brasileiro estruturou-se até o início dos anos 1980 segundo o modelo biomédico de assistência à saúde. Entre as principais características desse modelo assistencial predominante no país até essa época é possível destacar: serviços

de saúde estruturados com enfoque na doença e, portanto, com caráter predominantemente curativo; atendimento médico centrados em hospitais; serviços de alto custo devido à grande dependência tecnológica; serviços não efetivos com relação às necessidades de saúde da população nas diferentes regiões do país. Nesse período, os indicadores de saúde da população refletiam as mazelas de um modelo econômico excludente e concentrador de rendas e capital (FERTONANI *et al.*, 2015).

Na década de 1980, optou-se por substituir gradativamente o sistema incremental e desenvolver a “odontologia comunitária”, com práticas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com o movimento da Reforma Sanitária e a constituição do SUS, baseado na universalidade, equidade e integralidade da atenção, os esforços e os recursos odontológicos foram gradualmente redirecionados (GIOVANELLA *et al.*, 2017). Críticas e proposições de mudanças foram desenvolvidas de maneira progressiva e publicadas por alguns autores situados no polo crítico da academia, dos serviços das entidades odontológicas ou dos movimentos sociais mais amplos.

Na década de 1980, duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) podem ser destacadas por terem evidenciado, em seus textos, a fragilidade do setor de saúde bucal no Brasil (NARVAI, 2006). A primeira foi a 7ª CNS que abriu espaços para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando o modelo de odontologia até então proposto como ineficiente, ineficaz e mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados (SILVA; SENNA, 2013). Já durante a 8ª CNS, o movimento nascente de Saúde Bucal Coletiva defendeu veementemente as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária nos campos político, ideológico e institucional para a odontologia brasileira (NARVAI, 2006).

Em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Afirmou

a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (GIOVANELLA *et al.*, 2017). Porém, o relatório da 1ª CNSB denunciava que o modelo assistencial vigente era residual, além de ineficaz e ineficiente, decorrente de uma política deliberada que privilegiava os serviços privados, em detrimento da manutenção e ampliação dos órgãos públicos.

A primeira edição da PNSB, lançada em 1989 pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde cita os princípios do SUS, porém ainda é um documento direcionado à aplicação de métodos preventivos e à priorização de serviços, que preconiza o acesso para grupos prioritários, além de apresentar limitações quanto à universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal (SILVA; SENNA, 2013).

Em 1993, a 2ª CNSB aprovou estratégias políticas para a saúde bucal no país, reconhecendo-a como “direito de cidadania” e indicando formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, além de defender a descentralização das ações com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social (PUCCA JR, 2006).

Em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que passou a compor a porta de entrada do sistema de saúde. A proposta deveria ser capaz de resolver grande parte dos problemas ou atender necessidades de saúde, por meio de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

As Portarias Nº 1.444, de dezembro de 2000, e Nº 267, de março de 2001, estabeleceram as diretrizes para a inclusão da saúde bucal no ESF e a criação de incentivos financeiros para

sua implantação. A inclusão da saúde bucal na ESF marca um deslocamento tecnoassistencial: da atuação restrita ao consultório odontológico, para a perspectiva de incorporação da complexidade do território no processo de trabalho da saúde bucal (modelo de abordagem familiar). Esse novo contexto representou um avanço na reorganização das práticas de saúde bucal, apresentando três particularidades: a responsabilidade das equipes multiprofissionais sobre territórios definidos e com população adscrita; a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) como parte da equipe; e a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde (CHAVES, 2016).

Em 2003, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal teve como tema central o "Acesso e qualidade superando a exclusão social", debatido com base em quatro eixos temáticos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal e financiamento e organização da atenção em saúde bucal (SILVA; SENNA, 2013).

Como desdobramento ligado à implementação da PNSB, apresenta-se então o "Brasil Sorridente", visando a avançar para a melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a política propõe superar a desigualdade em saúde bucal por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

A PNSB, publicada em 2004 e ainda em vigor, tem como principais eixos: a reorganização da APS, especialmente por meio das ESB da ESF; a organização da atenção especializada, através da implantação de CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); a promoção e a proteção da saúde, através da educação em saúde, a realização de procedimentos coletivos e a fluoretação das águas de abastecimento público; e a vigilância em saúde bucal, na perspectiva do monitoramento das tendências, por meio da realização de estudos epidemiológicos periódicos (BRASIL, 2004).

Essa política reconhece a ESF como principal estratégia para a reorganização das práticas de saúde bucal e a importância do seu papel na consolidação da APS no SUS. A publicação da PNSB e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ambas em 2004, foram fundamentais para o desenho e a negociação dos avanços que ocorreram nos anos seguintes, tanto na garantia de financiamento para a expansão dos serviços de saúde bucal na APS, quanto na incorporação de serviços e ações até então ofertadas de forma desorganizada e residual, segundo o modelo tradicional (GIOVANELLA *et al.*, 2017).

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem como um dos eixos estruturantes assumir o compromisso de qualificação da APS, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização; assegurando a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população (BRASIL, 2004).

A equipe de saúde bucal é parte integrante da ESF, e compõe o conjunto de profissionais inseridos no contexto de produção do cuidado em saúde, buscando ampliar a capacidade de absorver as necessidades em saúde e as demandas espontânea e programada no SUS. Em geral, a relação entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família se mantém desigual, uma vez que cada equipe de saúde bucal se responsabiliza pela população de mais de uma equipe de saúde da família (BRASIL, 2018).

O trabalho na ESF exige envolvimento com o território e pressupõe o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, transcendendo o trabalho na assistência individual. Torna-se, então, fundamental sua participação das discussões, articulações e no desenvolvimento de ações intersetoriais com os demais trabalhadores e usuários (MENDONÇA *et al.*, 2018).

ARTICULAÇÃO SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A articulação da saúde bucal na RAS estrutura-se para enfrentar uma condição de forma longitudinal, o que implica na continuidade e na integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2011). A RAS constitui-se de três elementos básicos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A população sob responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados de saúde da população, com uma gestão de base populacional, elemento essencial da RAS (MOYSES, 2013).

A estruturação operacional das RAS é constituída pelos pontos da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Serviços de APS constituem-se como centro de comunicação da rede, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Na estrutura da RAS, a saúde bucal na APS tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em saúde bucal no SUS. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2018).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011). Embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos de rede, a APS tem o papel fundamental de orientador das RAS.

Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de Pontos de Atenção à Saúde: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), laboratórios de prótese dentária, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), entre outros. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Os sistemas de referência e contrarreferência são modos de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários, reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2018).

O modelo de atenção à saúde consiste em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e das intervenções sanitárias, definidos de acordo com a situação demográfica e epidemiológica

e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado contexto social e histórico (MENDES, 2011).

Diante do exposto, a saúde bucal vem se inserindo no SUS e na configuração da RAS de maneira gradual, através das normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 - Normativas para o processo de consolidação da Saúde Bucal na Rede de Atenção à Saúde

Normativa	Objetivo
Portaria n.º 1444/GM de 28 de dezembro de 2000	Estabelecer incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.
Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal	Apresentar as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006.	Aprovar 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).
Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamentar a Lei n.º 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.
Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.	Aprovar 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).
Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011.	Instituir 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.
Lei n.º 12.732 de 22 de novembro de 2012	Estabelecer prazo para o início do tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada

Portaria MS/SAS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014	Redefinir os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria MS/SAS nº 516 de 17 de junho de 2015	Aprovar as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço.
Portaria de Consolidação MS/ GM nº 2 de 03 de outubro de 2017	Instituir a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria de Consolidação MS/ GM nº 2 de 03 de outubro de 2017	Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde.
Portaria de Consolidação MS/ GM nº 5 de 03 de outubro de 2017	Instituir os Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e estabelecidos os critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.
Portaria de Consolidação MS/ GM nº 5 de 03 de outubro de 2017	Instituir o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
Portaria de Consolidação nº 5 de 03 de outubro de 2017	Dispor sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Fonte: Próprio Autor.

A configuração da saúde bucal em formato de rede apresentou muitos avanços, já que ao se estudar o acesso aos serviços de saúde bucal, através das pesquisas domiciliares em 1998, 2003, 2008 e 2013, percebe-se uma expressiva redução da população brasileira que nunca foi ao dentista, indicando a ampliação dos serviços de saúde bucal, devido à implementação da PNSB. Porém a desigualdade de acesso à consulta odontológica permanece elevada entre as diferentes faixas etárias (GALVÃO; MEDEIROS; RONCALLI, 2021).

Fatores contextuais também têm sido associados à utilização de serviços de saúde bucal no Brasil. Vieira *et al.* (2019) constataram utilizando os dados do Brasil Sorridente que baixa renda, baixa escolaridade, sexo feminino e raça autorreferida como negra ou parda foram os principais fatores individuais associados à menor utilização de serviços de saúde bucal, ajustados pelo número de dentes cariados e necessidades de tratamento de saúde bucal, demonstrando que é necessário ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal e mitigar iniquidades em saúde bucal.

Em estudo que buscou investigar se o tempo máximo de demora (60 dias) para o início do tratamento dos pacientes com câncer de boca a partir do diagnóstico, previsto na Lei Federal nº 12.732/2012, observou-se que a partir de 2018 houve um maior número de casos que iniciaram o tratamento do câncer de boca com o tempo de demora de até 60 dias, com diferenças regionais e tendência estacionária na maioria das regiões e no Brasil, porém o alcance parcial da meta, o predomínio da tendência estacionária e as desigualdades regionais indicam a necessidade de continuar monitorando o tempo de demora para o início do tratamento do câncer de boca no país e intensificar esforços para garantir o cuidado em saúde (FRANÇA *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em Saúde bucal no SUS vem se ampliando continuamente, especialmente após a implantação da PNSB e propõe como principal eixo norteador a ESF. Porém esse processo ainda apresenta desafios, devido à dificuldade de operacionalizar as linhas de cuidado em saúde no território brasileiro por ser extenso e marcado por iniquidades sociais, refletindo-se nas disparidades de acesso aos serviços de saúde bucal, além disso, a articulação da

APS aos demais pontos da RAS, como os CEO, CACON e UNACON permanece como uma das fragilidades para superar o modelo biomédico. Há um novo desafio de readequar os serviços de saúde bucal após a COVID-19, pois observa-se a diminuição de atividades educativas em saúde bucal e o menor número de realização de biópsias nos serviços ambulatoriais, portanto esses serviços precisam ser readequados com o objetivo de suprir as demandas espontânea programada no SUS, especialmente na APS. É fundamental repensar o cuidado em saúde bucal, considerando as linhas de cuidado, a gestão clínica e o gerenciamento de necessidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2018. 350p.

CHAVES, Sônia Cristina Lima. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. EDUFBA, 2016.

COSTA JUNIOR, Sylvio da *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

FERTONANI, Hosanna Patrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves *et al.* Timeframe for initiating oral cancer treatment in Brazil since approval of new legislation in 2012: time trend, 2013-2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; MEDEIROS, Arthur de Almeida; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Contextual and individual factors associated with public dental services utilisation in Brazil: A multilevel analysis. **Plos One**, v. 16, n. 7, p. e0254310, 2021.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 610, 2018.

MOYSÉS, S. J. Saúde Coletiva: **Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

PUCCA JR, Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 243-246, 2006.

SILVA, Andréa Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de. **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

VIEIRA, Janete Maria *et al.* Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 79, n. 1, p. 60-70, 2019.

4

*Alice Ribeiro Cavalcante
Ariédna da Hora Ferreira
Daiane Lima de Oliveira
Nelita D'Iolanda Costa Moura
Shelda Santos Silva
Tânia Maria Santos Luz
Mailson Fontes de Carvalho*

COORDENAÇÃO DO CUIDADO:

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS
NO CONTEXTO DA APS**

RESUMO:

Este capítulo um apanhado conceitual acerca do atributo da coordenação da atenção no contexto da gestão dos cuidados na atenção primária à saúde. São apresentados os aspectos estruturantes que circundam o conceito, sua compreensão no contexto da atenção primária e estruturação no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, detalhando aspectos relacionados desafios de implementação ainda presentes no contexto atual de configuração do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; coordenação do cuidado; redes de atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), instituída como primeiro nível de atenção em sistemas de saúde estruturados, instala-se como porta de entrada primordial para os cuidados primários de indivíduos e comunidades, especialmente direcionada às necessidades de saúde identificadas. Nesse liame, conceitua-se mais amplamente como um conjunto de ações e serviços de âmbito individual e coletivo que envolve a promoção, prevenção, proteção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, cuidados paliativos, redução de danos e vigilância em saúde, ofertadas de maneira individual e coletiva a todas as pessoas, desenvolvidas de maneira gratuita e integral (BRASIL, 2017). Starfield (2002, p. 28) assim caracteriza a APS:

Nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

No contexto brasileiro, a atenção primária foi instituída como estratégia de reorganização do modelo assistencial, alinhando seus princípios e diretrizes aos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, foi concebida para atuar como porta de entrada principal dos usuários do SUS, atuando como principal acolhedora das demandas individuais e coletivas, bem como na função de mediadora e centro de comunicação entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS).

Destaca-se que tais funções e perspectivas de atuação são diversas frente a diversidade de modelagens dos sistemas de saúde em cada país ou região. Todavia, é possível destacar características comuns, conhecidas como atributos, que orientam os serviços na

prestação de cuidados primários. Starfield (2002) apresenta sete atributos característicos da APS, dos quais quatro essenciais e três derivados (Figura 1).

Figura 1: Atributos da APS



Os atributos essenciais são aqueles que fundamentam o desenvolvimento das atividades na APS, estando entre eles o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e coordenação da atenção. Já os derivados são aqueles que qualificam as ações e serviços, a saber: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

Destaque-se que a coordenação da atenção, classificada como atributo essencial da APS, refere-se à gestão da prestação continuada de cuidados a um paciente, articulando as diversas especialidades em detrimento do alcance de um objetivo comum (BRASIL, 2020), o que aproxima o conceito do modelo organizacional de RAS. Neste capítulo, apresentamos um apanhado conceitual acerca do atributo da coordenação da atenção no contexto da gestão dos cuidados na APS.

EM BUSCA DE UM CONCEITO ESTRUTURANTE...

No contexto da Administração e suas teorias, a coordenação foi apresentada como um dos elementos constitutivos da administração ou ainda como um dos seus princípios. No livro *Administration industrielle et générale* (1916), Jules Henri Fayol, um dos principais teóricos do campo da administração, estabeleceu os elementos (a) planejamento, (b) organização, (c) coordenação, (d) comando e (e) controle como ferramentas necessárias para administrar de uma organização, popularmente conhecidas como funções da administração, as quais foram posteriormente debatidas, contrapostas e reconfiguradas ao longo dos anos por diversos autores como Luter Gulick, Peter Drucker e Henry Mintzberg.

Neste campo, a coordenação foi compreendida como o processo que liga, une e harmoniza as atividades da organização (negócio), facilitando seu trabalho e potencializando seu sucesso, a partir da sincronização dos atos e esforços e adaptação dos meios à finalidade preconizada. Esse processo também comporta o estabelecimento de relações entre as várias partes do trabalho (CHIAVENATO, 2020).

Na área da saúde, o conceito ganha outras nuances. Considerando a RAS como a organização a ser administrada, a função de coordenação da RAS foi atribuída à APS, que deve atuar como centro de comunicação e como ordenadora do sistema de saúde (MENDES, 2011). Já no aspecto micropolítico da atenção, a coordenação dos cuidados relaciona-se ao estado de harmonia em uma ação comum, vinculada diretamente a disponibilidade de informações a respeito dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos serviços ao qual utilizaram, estão ou que ainda farão uso (STARFIELD, 2002).

Destaque-se que no Brasil, após a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com o recente fortalecimento da proposta das RAS no Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de coordenação da atenção no âmbito da APS foi aprimorado e apresentado nas publicações oficiais do Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS no. 2.436/2017 definiu coordenação como processo de elaboração, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, desenvolvendo a comunicação entre os mais diversos pontos de atenção, responsabilizando os serviços pelos cuidados prestados aos usuários através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Inclui ainda o papel de articulação entre outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

Importante pontuar que na esfera da coordenação os cuidados que são prestados aos usuários, a relação entre pessoas e as organizações articuladas são realizados de maneiras distintas, tornando mais ampla sua definição. Isto posto, destacam-se a existência de três tipos de coordenação: sequencial, recíproca e coletiva. Entende-se por coordenação sequencial quando um paciente encontra constantemente os profissionais ou instituições enquanto doente (é o caso, por exemplo, de um paciente com quadro de asma que é direcionado ao profissional pneumologista através do médico da APS) (LENZ *et al.*, 2014). Por outro lado, a coordenação recíproca ocorre quando o indivíduo é atendido conjuntamente por vários profissionais ou instituições (por exemplo, um indivíduo diabético é assistido simultaneamente pelo agente de saúde, médico endocrinologista e nutricionista) (ALMEIDA *et al.*, 2018; HERNANDES *et al.*, 2020).

Por fim, a coordenação coletiva é efetivada quando os profissionais de saúde envolvem o usuário na tomada de decisões, apoiando-o (por exemplo, no caso de um usuário com câncer de mama que é assistido simultaneamente por profissionais especialistas na área de oncologia, psicologia, profissionais

responsáveis pelos cuidados paliativos e médicos da APS, para discussão do quadro e compartilhamento das medidas a serem adotadas) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001).

A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA COORDENAÇÃO DA REDE

A priori, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se como organizações poliárquicas construídas a partir da junção de serviços de saúde, interligados entre si por uma missão única, apresentando objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) – executada no tempo e lugar adequado, com o custo e a qualidade correspondente, de maneira humanizada e segura e com equidade (MENDES, 2011).

Tal perspectiva tem suas raízes no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1920, que citava “para maior eficácia e progresso do conhecimento, deveria estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas, no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica”, além de instruir que “todos os serviços, sejam eles curativos ou preventivos, devem estar intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área”. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, e passou a orientar diversos países a desenvolver modelos para a organização da Saúde para abranger de forma integral sua população (LAVRAS, 2011).

Nessa perspectiva, os sistemas de atenção à saúde surgem como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde

das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Diante disso, a capacidade do sistema de saúde de desempenhar potencialmente suas funções, possibilita a reorganização dos fluxos na rede de atendimento, redefinição dos papéis das diferentes unidades e níveis de atenção, bem como a criação de novos pontos de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2015; WHO, 2020).

A adoção do modelo de redes de atenção permite ao sistema de saúde que ele permaneça em uma construção de organizações articuladas e pessoas que estejam envolvidas e comprometidas com o propósito da solução cooperativa das carências de pessoas e comunidades (OPAS, 2017). Logo, proporciona resultados positivos como a redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhora do custo efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo.

Quanto maior a multiplicidade de serviços envolvidos, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado e, portanto, para que seja efetiva, deve ser concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema, além de acrescentar as características particulares dos grupos envolvidos nesse sistema (ALMEIDA, 2018). Para isso, é necessário a definição de um *coordenador dos cuidados*, que deve acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS.

O aprimoramento dos sistemas de saúde a partir da integração dos serviços e níveis assistenciais tem sido desafio para diversos países, sobretudo devido à hegemônica conformação fragmentada dos sistemas de saúde. Na América Latina, destacam-se as estratégias implementadas a partir da reforma do sistema de

saúde do Chile, país que apresenta um sistema dual e complexo, mas que vem avançando na construção de redes assistenciais integradas e implementando instrumentos de coordenação do cuidado já reconhecidos: criação dos Conselhos de Integração de Redes Assistenciais, promovendo a articulação interinstitucional das redes assistenciais com representantes dos setores público e privados e os gestores de todos os níveis do sistema de saúde; a construção de Mapas de Derivação, que são esquemas com a definição do fluxo e referências de acordo com a patologia e a localização geográfica; o monitoramento das filas de espera para atenção especializada e hospitalar; a utilização de sistemas de referência e contrarreferência informatizadas e a estratégia Médico gestor de demandas, com o manejo das prioridades clínicas por médicos das equipes de APS com base nos protocolos, fluxos e mapas de derivação (ALMEIDA *et al.*, 2018a).

Também é possível identificar experiências importantes nesta perspectiva advindas do Canadá, país que oferece cobertura universal de assistência médica necessários com base na necessidade, possuindo planos de seguros saúde provinciais e territoriais, nas quais são administrados individualmente de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo governo federal, na qual um dos seus principais princípios é a existência de um “Médico da Família”, que acompanha a saúde do paciente, mesmo que esse seja encaminhado para serviços de maior complexidade, sendo enviado para esse médico os resultados de exames e informações sobre as consultas com especialistas, garantindo que esse profissional tenha acesso a todos os dados do paciente e assim, evitando a repetição de procedimentos já realizados, visto que esse profissional conhece todo o histórico do paciente que ele acompanha (CIHI, 2010).

Destarte, a coordenação do cuidado tem sido apontada como atributo fundamental da APS na organização de sistemas de saúde, no intuito de prover melhorias na prestação do cuidado em termos de acesso, qualidade e continuidade da atenção no mesmo

nível ou em diferentes níveis do sistema de saúde (ALELUIA, 2017; MCDONALD, 2014). Somente uma APS forte e conectada aos demais pontos de atenção, com maior atuação comunitária e capacidade de coordenação, torna-se capaz de atenuar as demandas e necessidades de saúde da população e proporcionar a reorganização pretendida nos sistemas de saúde (DAUMAS *et al.*, 2020).

COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA APS

A Coordenação dos Cuidados é uma abordagem que busca promover uma maior integração entre os diversos serviços de saúde, com o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde. Desta forma, tem sido referida como o núcleo da APS, pois é a responsável por articular e organizar ações de saúde, garantindo a integralidade e qualidade das ações prestadas.

Coordenar é um dos aspectos fundamentais e integrantes do processo de gestão do cuidado, sobretudo na perspectiva de fomentar aprimoramentos na prestação de serviços conforme as demandas dos usuários e buscar minimizar empecilhos de acesso aos diferentes níveis de atenção e ações (ALMEIDA *et al.*, 2018b).

O termo gestão do cuidado tem sido utilizado para designar um processo de trabalho que acontece nas dimensões político-institucional, organizacional e de práticas profissionais, que, articuladas e integradas com os diferentes níveis de complexidade, superam a fragmentação do sistema de saúde e corroboram com a integralidade e a longitudinalidade da assistência (SODER, 2018). Um modelo de gestão do cuidado adequado toma por objetivo ações capazes de impactar a organização da atenção à saúde, o desempenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões e o sistema de informação clínica e a comunidade nas suas faces individual e coletiva (MENDES, 2022).

Na APS, a gestão do cuidado se baseia em princípios como a humanização, a integralidade, a responsabilidade, a equidade, o respeito à autonomia, a participação e o empoderamento do paciente, para buscar a otimização do uso dos recursos de saúde, garantindo o cuidado de qualidade. Assim, se preocupa com a organização dos serviços, a realização de avaliações sobre as práticas e a formulação de estratégias para melhoria da qualidade do cuidado e resolubilidade dos serviços.

A resolubilidade de problemas frente ao cuidado prestado à população demanda uma série de serviços e intervenções envolvidas, implicando em um alto nível de coordenação para que se obtenha resultados esperados. Isso posto, é importante compreender a coordenação não como atividade burocrática, inflexível e estática, pelo contrário, para que seja eficiente deve ser vislumbrada como algo dinâmico que vai se adequando às especificidades e complexidades de cada contexto, considerando particularidades de cada indivíduo ou coletividades, integrando todos os setores e profissionais da saúde, criando conexões e demandando apoio e associações entre agentes e sistemas (ALMEIDA *et al.*, 2018a).

Na elaboração de estratégias para melhorias da coordenação do cuidado faz-se necessário incorporar as perspectivas dos usuários, dos profissionais de saúde e da condução do sistema, sendo que as ações devem ser avaliadas nessas três dimensões. No Brasil, a primeira condição para APS coordenar o cuidado é a construção de um primeiro nível assistencial com acessibilidade e capacidade de resolução da maioria dos problemas de saúde, e para que ocorra, é necessário o fortalecimento das equipes multiprofissionais, além de melhorias na infraestrutura. Somando-se a essas medidas, devem ocorrer a criação de fluxos de atendimentos nas regiões levando em consideração o contexto dos usuários e suas trajetórias assistenciais habituais. Além disso, é fundamental a elaboração de protocolos e diretrizes com papéis e funções bem definidas para todas as unidades que compõem o sistema, desencadeando melhorias na qualidade à prestação do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018b).

Concomitantemente, faz-se necessário o reconhecimento, a interligação e a intersecção dos serviços, incluindo no escopo de possibilidades de acesso, ações e serviços de saúde no mesmo ou em distintos níveis de atenção (ALELUIA, 2010). Logo, deve envolver os diversos provedores e profissionais da APS, especialistas, serviços de emergência, procedimentos diagnósticos e hospitais, além dos usuários e seus familiares (BODENHEIMER, 2008), através de mecanismos e instrumentos para troca de informações sobre usuários e seu processo assistencial.

Para tanto, diversas ferramentas e estratégias podem ser utilizadas: avaliação da necessidade de cuidado; estabelecimento de protocolos e procedimentos assistenciais; desenvolvimento de protocolos de referência e contrarreferência; desenho de fluxos de cuidado; gerenciamento das informações dos usuários; e compartilhamento de informações com outros serviços de saúde. Além disso, a educação em saúde e a promoção da saúde são também fundamentais neste processo.

Trata-se, portanto, de tarefa complexa, que envolve desde o fomento de interações entre os profissionais de saúde, equipes multiprofissionais, pacientes e seus familiares, quanto a integração entre serviços de mesmo ou diferentes níveis, que podem possuir diferentes lógicas de funcionamento e organização, bem como apresentar resistência ao aspecto ordenador do cuidado exercido pela APS. Sua inobservância pode incidir erros de diagnósticos e de tratamento, utilização indevida ou excessiva de recursos e serviços especializados, a ampliação de filas de espera e possíveis hospitalizações desnecessárias (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012) e em contraponto, sua utilização pode ser crucial para avançar na garantia da integralidade e qualidade dos cuidados e ampliar a eficiência do sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Coordenação do Cuidado é fundamental para garantir a qualidade e a eficiência do atendimento à saúde, especialmente no contexto da Atenção Primária e do SUS. Quando implementada é capaz de proporcionar a integralidade e a continuidade do cuidado ao paciente, desde a prevenção à promoção da saúde, passando pela assistência às doenças agudas e crônicas, além de identificar fragilidades e necessidades de intervenção no aspecto organizacional do sistema de saúde.

Além disso, tem se mostrado importante estratégia para garantia da efetividade do próprio SUS, através da implementação de mecanismos e ferramentas de integração, interoperabilidade e comunicação entre os diferentes profissionais e serviços de saúde envolvidos no atendimento ao paciente, possibilitando no campo individual, uma avaliação mais completa da situação de saúde e a definição de um plano de tratamento adequado, que contemple ações intersetoriais importantes para o bem-estar do paciente, e no campo coletivo, o adequado funcionamento das estruturas organizacionais do sistema.

Destaque-se que coube à APS, porta de entrada preferencial para o SUS, desempenhar o papel de coordenação do cuidado, identificando e encaminhando o paciente para os níveis de complexidade adequados de acordo com suas necessidades de saúde. Todavia, frente ao contexto atual, a tarefa da coordenação do cuidado tem se tornado um grande desafio, demandando esforços no tocante não apenas da sua implementação, mas em aspectos ligados ao fortalecimento da APS como política pública, visando superar as dificuldades do de um modelo ainda caracterizado pela fragmentação entre níveis e o pouco comprometimento com o trabalho em rede e processos mais horizontais e interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. R.S *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, 2017.

ALMEIDA, P. F *et al.* Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.7, 2018a.

ALMEIDA, P. F *et al.* Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 244-260, 2018b.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, 2012.

BODENHEIMER, T. Coordinating care: a perilous journey through the Health Care System. **The New England Journal of Medicine**, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**– 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **National Health Expenditure Trends, 1975 - 2010**. Ottawa, Canadá: CIHI, 2010.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Atlas, 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P *et al.* Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

HERNANDES, H. C. P *et al.* Coordenação do cuidado baseado em saúde digital e cuidado híbrido no acompanhamento da jornada do paciente pós COVID-19. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 80, 2020.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à Saúde no Brasil. Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo - Parte 1. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, 2011.

LENZ, M. L. M *et al.* Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2014.

MCDONALD, K. M *et al.* **Care Coordination: Atlas Version**. Rockville: AHRQ Publication, 2014.

MENDES, A *et al.* Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.2, 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V *et al.* **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Transformando los servicios de salud hacia redes integradas**: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Buenos Aires: OPAS, 2017.

SODER, R *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm Foco**, v. 9, n. 3, p. 76-80, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1 ed. Brasília: UNESCO, 2002. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance, 19 March 2020**. Whashington: WHO, 2020.

5

*Letícia Maria Carvalho de Sousa
Mailson Fontes de Carvalho*

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

**FERRAMENTAS ESTRATÉGICAS
NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE**

RESUMO

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo acerca do monitoramento e da avaliação como ferramentas para a gestão do cuidado em saúde, destacando os principais métodos e estratégias utilizados para o monitoramento e a avaliação em saúde a partir de uma análise crítica sobre a importância e as limitações das ferramentas nos processos de gestão do cuidado em saúde. Em suma, destaca-se que as ferramentas são valiosas para a gestão do cuidado na atenção primária à saúde, ressaltando a necessidade de uso consciente e crítico nos processos de melhoria.

Descritores: avaliação em saúde; avaliação de processos em cuidados de saúde; atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado em saúde é uma abordagem que visa garantir a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população. Nesse contexto, o monitoramento e a avaliação são importantes ferramentas para a gestão do cuidado em saúde, pois permitem acompanhar o desempenho dos sistemas de saúde e identificar oportunidades de melhoria.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), o monitoramento e a avaliação em saúde são processos sistemáticos de coleta, análise e utilização de informações sobre as atividades, recursos e resultados dos serviços de saúde. O monitoramento é compreendido como processo contínuo que permite avaliar a execução das atividades planejadas e identificar problemas em tempo real. Já a avaliação é um processo mais amplo, que envolve a análise crítica dos resultados alcançados e a identificação de oportunidades de melhoria (DONABEDIAN, 1988). Consideradas atividades complementares, o monitoramento pode contribuir significativamente para a produção de informações que sustentem a realização dos processos avaliativos (SOUSA, 2018).

O monitoramento normalmente envolve o acompanhamento de indicadores e metas acordadas. Os indicadores são uma estimativa que contém informações sobre o estado de saúde de uma população-alvo e/ou sobre o desempenho do sistema de saúde; já os dados são informações, geralmente numéricas, coletadas através da observação e que ao serem trabalhadas geram um indicador (OMS, 2009).

Além disso, torna-se inquestionável a contribuição do monitoramento e avaliação (M&A) para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Segundo De Savigny e Adam (2009), o M&A

em saúde possibilita a identificação das lacunas e os pontos fortes dos sistemas de saúde, sendo capazes de orientar as tomadas de decisão dos gestores.

Diante desse contexto, este texto tem como objetivo apresentar a importância do monitoramento e da avaliação como ferramentas para a gestão do cuidado em saúde, destacando os principais métodos e estratégias utilizados para o monitoramento e a avaliação em saúde.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, fundamentado na literatura nacional e internacional explorada e na análise crítica dos autores. Para Meneghetti (2011) o ensaio caracteriza-se pela sua natureza reflexiva e interpretativa, devendo ser utilizado como opção consciente e intencional de explanação sobre uma determinada temática de interesse.

Assim, a construção teórica que norteou o pensar reflexivo apresentada neste constructo aborda aspectos relacionados ao monitoramento e avaliação como ferramentas para a gestão do cuidado em saúde, seus métodos e estratégias de integração neste processo, além de buscar experiências e/ou evidências de sua utilização no contexto da atenção primária. Além disso, apresenta-se uma análise crítica sobre a importância e as limitações da utilização do M&A nos processos de gestão do cuidado em saúde.

M&A: FERRAMENTAS ESSENCIAIS NO PROCESSO DE GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A avaliação e monitoramento são componentes importantes da gestão do cuidado em saúde, pois permitem a coleta sistemática de dados e informações relevantes sobre o desempenho dos serviços de saúde e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes permitindo identificar problemas e propor possibilidades de soluções.

O monitoramento e a avaliação integrados são um processo dinâmico e contínuo que envolve o uso de informações e dados em tempo real para tomar decisões e ajustar estratégias de atendimento (OMS, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) é a principal estratégia para a integração do monitoramento e avaliação na gestão do cuidado em saúde. A PNMA-SUS tem como objetivo “fortalecer o uso de informações para a tomada de decisão, o planejamento e a gestão em todos os níveis do SUS” (BRASIL, 2018, p. 13). Para isso, a política estabelece diretrizes e estratégias para a coleta, análise e disseminação de dados, bem como para a formação de profissionais em monitoramento e avaliação em saúde.

Cabe destacar que a integração do monitoramento e avaliação na gestão do cuidado em saúde também pode ser realizada por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação (TICs), como sistemas informatizados, uso de prontuários eletrônicos e telemedicina.

O uso de TICs permite uma coleta, gerenciamento, armazenamento e processamento mais eficiente de dados, bem como uma comunicação mais rápida e eficaz entre os profissionais

de saúde, melhorando a abrangência, precisão, eficiência e eficácia das avaliações e a qualidade do cuidado prestado aos usuários. Salienta-se que, embora o setor saúde no Brasil produza quantidade relevante de dados e informações através dos Sistemas de informação utilizados, o uso delas para o processo de planejamento, controle e avaliação dos serviços ainda é insatisfatório (BAY JUNIOR, 2021; CARVALHO, 2009).

Os registros eletrônicos de saúde (RES) tornaram-se uma ferramenta popular para os prestadores de cuidados de saúde monitorarem e avaliarem o atendimento que prestam. Os RES, também conhecidos como prontuários eletrônicos permitem que os prestadores de cuidados de saúde coletem dados de forma mais eficiente e se comuniquem de forma mais eficaz entre si, melhorando a qualidade do atendimento (JENAL; MARTINEZ ÉVORA, 2012)

O uso da telemedicina tornou-se cada vez mais importante no monitoramento e avaliação integrados na gestão do cuidado em saúde. A telemedicina permite que os prestadores de cuidados de saúde monitorem e avaliem os pacientes remotamente, reduzindo a necessidade de visitas presenciais e melhorando a eficiência do atendimento (OMS, 2010).

O envolvimento de todas as partes interessadas é, portanto, essencial para o sucesso do monitoramento e avaliação integrados na gestão do cuidado em saúde. Isso inclui formuladores de políticas, prestadores de cuidados de saúde e pacientes (OMS, 2016).

Existem diversas experiências bem-sucedidas sobre o uso da avaliação e monitoramento para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde na atenção primária em diferentes partes do mundo. Algumas dessas experiências incluem:

- *Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária (QI)* em Alberta, Canadá: programa governamental canadense que objetivou melhorar a qualidade do atendimento na

atenção primária, utilizando um sistema de monitoramento e avaliação baseado em indicadores de desempenho para identificar áreas de melhoria e implementação de ações de melhoria da qualidade. O programa já apresenta impacto significativo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde na atenção primária na província, impactando na cultura dos serviços (LESLIE *et al.*, 2020).

- *Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária (QPIP)* em Londres, Reino Unido: programa do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) que tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde na atenção primária em Londres. O programa utiliza um sistema de monitoramento e avaliação baseado em indicadores de desempenho para identificar áreas de melhoria e implementar ações de melhoria da qualidade. O programa teve um impacto positivo significativo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde na atenção primária em Londres (BOADEN *et al.*, 2015).
- *Programa de Atenção Primária à Saúde (PHC)* na Etiópia: programa governamental etíope que tem como objetivo fornecer atendimento primário de saúde para a população do país. O programa utiliza um sistema de monitoramento e avaliação baseado em indicadores de desempenho para acompanhar a qualidade do atendimento, identificar problemas e planejar ações de melhoria da qualidade. O programa teve um impacto significativo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde na atenção primária na Etiópia (MEDHANYIE *et al.*, 2014).
- *Sistema de Monitorização de Cuidados Primários (PC Monitor)* para aplicação em 31 países europeus: criação de um instrumento padronizado que descreve, compara e avalia a atenção primária de forma multidimensional. A aplicação do

instrumento permite melhorar a compreensão da assistência de cuidados primários em diferentes contextos nacionais, avaliar os sistemas de APS no contexto de seus objetivos políticos e criar oportunidades para uma melhor tomada de decisão. Se o PC Monitor for aplicado de forma sistemática (a cada 5 anos por exemplo) resultaria no conhecimento das tendências na atenção primária (KRINGOS *et al.*, 2010).

Essas experiências demonstram a relevância da avaliação e monitoramento para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na atenção primária e como essas ferramentas podem ser eficazes na identificação de áreas e implementação de ações de melhoria da qualidade. A seguir estão algumas maneiras pelas quais a avaliação e o monitoramento podem contribuir para a gestão do cuidado em saúde:

- *Identificação de áreas de melhoria:* possíveis falhas na prestação de serviços de saúde (atrasos no atendimento, erros no processo de triagem, falta de recursos e lapsos na comunicação entre os profissionais de saúde) podem ser identificadas e demandar planos de ação para melhoria do desempenho dos serviços de saúde.
- *Avaliação da eficácia dos tratamentos:* permite que os profissionais de saúde ajustem e melhorem os protocolos de tratamento para garantir que os pacientes recebam o melhor cuidado possível.
- *Avaliação de políticas públicas e programas da saúde:* viabiliza que gestores e profissionais de saúde associem a realização de iniciativas com os desfechos na saúde dos indivíduos.
- *Identificação de pacientes de alto risco:* permite que os profissionais de saúde priorizem esses pacientes para receber cuidados adicionais e gerenciem seu cuidado de forma mais eficaz.

- *Melhoria da segurança do paciente:* ajuda a identificar riscos potenciais para a segurança do paciente, como erros de medicação, infecções hospitalares ou queda, permitindo a implementação de medidas preventivas para reduzir o risco de danos aos pacientes.
- *Monitoramento da satisfação do paciente:* permite a avaliação da qualidade do cuidado fornecido e implementação de medidas para melhorar a experiência do paciente.

MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO NA APS

O monitoramento é uma ferramenta essencial para a gestão da APS, permitindo a coleta, análise e interpretação de informações para a tomada de decisões e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. O monitoramento em saúde pode ser realizado por meio de diversas estratégias e métodos, como por exemplo as visitas domiciliares para coleta de dados e observação direta, a entrevista com usuários e profissionais de saúde, os eventos-sentinela e áreas-sentinela, entre outros (CARVALHO *et al.*, 2017).

As visitas domiciliares se constituem em ferramenta essencial para monitoramento das condições de vida das pessoas, através da observação direta de fatores que influenciam na saúde dos indivíduos como moradia, saneamento básico, relação de proteção/deprecação do meio ambiente, educação, emprego, acesso aos meios de transporte, comunicação, lazer e interação entre produção e consumo de bens e serviços. Tal estratégia permite reconhecer a necessidade em saúde de uma dada comunidade, definir prioridades de acordo com a realidade local e implementar ações de saúde equitativas (BRASIL, 2004).

As reuniões de equipe constituem-se em momento dialógico que permite a troca de saberes entre os profissionais de saúde. Dentre seus objetivos podemos citar a identificação de problemas de saúde, programação local, estabelecimento de vínculo de confiança entre os participantes, resolução de problemas de saúde sensíveis à APS, divisão de tarefas, cooperação entre os trabalhadores e monitoramento das ações do território.

Os eventos-sentinela e áreas-sentinelas são estratégias para monitoramento em saúde que busca uma maior proximidade com a realidade local, superando as limitações dos sistemas de informação em saúde que não permitem a compreensão das condições de vida que interferem na saúde local. Para conhecimento de características de áreas-sentinelas pode-se utilizar de indicadores quantitativos tradicionais e entrevistas com informantes-chaves (BRASIL, 2004).

A auditoria clínica é outra estratégia de monitoramento que visa avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde prestados aos pacientes. Na atenção primária à saúde (APS), a auditoria clínica é uma ferramenta importante para garantir que os pacientes recebam os cuidados adequados e baseados em evidências, além de contribuir para a melhoria contínua dos processos de trabalho e da gestão dos serviços de saúde.

A alocação correta de recursos e o controle de qualidade são questões centrais na gestão dos Sistemas de Saúde. Para isso, são utilizadas diversas ferramentas que permitem monitorar os níveis de atendimento e aprimorar sua eficácia, dentre elas, a auditoria clínica é difundida (ESPOSITO; DAL CANTON, 2014). Esta estratégia pode ser implementada em diferentes níveis, desde a avaliação do desempenho de um profissional de saúde individualmente até a avaliação de um programa de saúde por completo, desde que aconteça com regularidade, de forma sistemática e objetiva, com base em critérios claros e bem definidos.

No Brasil, podemos verificar a utilização da auditoria clínica na APS na implementação de programas específicos como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que avalia o desempenho dos serviços de saúde e a qualidade do atendimento prestado aos paciente (MACINKO, HARRIS e ROCHA, 2017).

Costa (2011) elenca que a auditoria, inicialmente proposta como ferramenta de gestão, de fiscalização e de punição apenas, é atualmente uma estratégia de ciência, educação médica e com peso na qualidade dos serviços de saúde.

O uso de indicadores de desempenho é também uma estratégia comum para o monitoramento em saúde, pois permite avaliar o desempenho dos sistemas de saúde e identificar oportunidades de melhoria (SCHEFFLER *et al.*, 2016).

Indicadores são medidas-síntese que contém informações relevantes sobre as dimensões das condições de saúde e permitem avaliar o desempenho de um serviço de saúde ou de um programa de intervenção (RIPSA, 2018). Os indicadores podem ser empregados para monitorar a eficácia e efetividade dos cuidados em saúde na APS, bem como para avaliar a qualidade e segurança dos serviços prestados. Nesse sentido, é importante destacar que os indicadores devem ser escolhidos de forma criteriosa e adequada às necessidades e objetivos de cada serviço de saúde.

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde utiliza diversas estratégias de monitoramento em saúde, como a coleta de dados do Sistema de Informação em Saúde (SIS), a realização de pesquisas de satisfação dos usuários e a avaliação periódica dos programas de saúde (BRASIL, 2018).

A coleta de dados do Sistema de Informação em Saúde (SIS), permite a análise da situação de saúde da população e a identificação de problemas que necessitam de intervenção (BRASIL,

2018). Já as pesquisas de satisfação dos usuários dos serviços de saúde permitem avaliar a qualidade dos serviços prestados e identificar pontos que necessitam de melhoria. Essa abordagem é importante para a promoção da humanização e para garantir que as necessidades dos usuários sejam atendidas (BRASIL, 2020).

Além disso, o Ministério da Saúde também realiza avaliações periódicas dos programas de saúde implementados em todo o país. Essas avaliações permitem identificar se as políticas de saúde estão sendo efetivas e se estão atingindo os objetivos propostos. As avaliações também possibilitam a identificação de boas práticas e o compartilhamento dessas experiências entre os gestores de saúde (BRASIL, 2017).

MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO NA APS

A avaliação em saúde pode se desenvolver de formas distintas. Uma delas é através de pesquisas de natureza puramente acadêmicas preocupadas com aspectos teóricos, metodológicos e validade científica, e outra através de processos voltados à prática cotidiana de gestores e profissionais da saúde com menor rigor metodológico mas dando a devida atenção a ele para reconhecimento das informações produzidas (SOUSA, 2018).

A avaliação é uma ferramenta importante na gestão do cuidado em saúde na APS, pois permite avaliar a qualidade e efetividade dos serviços prestados, além de identificar pontos críticos e oportunidades de melhoria. Existem diversos modelos e técnicas de avaliação disponíveis, que podem ser adaptados à realidade de cada unidade de saúde e comunidade atendida, permitindo sua realização em diferentes níveis, desde a avaliação do desempenho individual

dos profissionais até a avaliação do desempenho dos programas e políticas de saúde (BRASIL, 2017).

Sousa (2018) elenca alguns objetivos da avaliação como: julgar resultados de uma ação, programa ou política, contribuindo para seu desenvolvimento; fomentar o desenvolvimento do conhecimento acerca do fenômeno avaliado; assistência para ações de planejamento e identificação de problemas que precisam ser solucionados, incluindo alocação e realocação de recursos públicos; ampliação da reatividade do Estado frente às demandas da sociedade e possibilidade de mudança nos rumos das políticas.

A avaliação sob a perspectiva de qualidade foi sistematizada por Avedis Donabedian em 1980 e é a mais utilizada para avaliação em saúde. Ela contempla três componentes: estrutura, processo e resultado. Na avaliação da estrutura utiliza-se de indicadores organizacionais que indicam a existência de recursos, fluxos e desempenho dos serviços nos aspectos gerenciais; a avaliação de processo consiste em garantir a qualidade na prestação dos serviços e a avaliação de resultado utiliza-se de indicadores que expressam o reflexo das ações implementadas na saúde da população (MACÊDO, 2015).

A avaliação de resultado pode ser realizada através da análise de indicadores de saúde, como taxa de mortalidade infantil, taxa de internação hospitalar, entre outros (BRASIL, 2017). Independente do modelo de avaliação na APS, sua efetivação requer competência avaliativa dos sujeitos envolvidos, cooperação técnica entre gestão e academia, indução de estudos, produção de informação e comunicação (SOUSA, 2018).

Além disso, a avaliação também pode ser realizada através da participação dos usuários no processo. As avaliações com usuários normalmente são pesquisas de satisfação, o que tem se mostrado insuficiente para demonstrar as reais perspectivas

da população e baixa capacidade de mudança nos serviços de saúde. O interesse da comunidade consiste na acessibilidade, resolubilidade e o acolhimento e não os aspectos políticos e técnicos em si (MACÊDO, 2015).

A avaliação em saúde pode ser realizada por meio de diversas estratégias e métodos, como por exemplo a revisão sistemática da literatura, a análise de dados secundários, a observação direta, a entrevista com usuários e profissionais de saúde, entre outros (HARVEY, 2018). Além disso, o uso de modelos teóricos de avaliação é uma estratégia comum para a avaliação em saúde, pois permite estruturar o processo de avaliação e identificar os principais aspectos a serem avaliados (STUFFLEBEAM *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que uma das principais vantagens da avaliação é permitir identificar pontos fortes e fracos da atuação da equipe de saúde, assim como oportunidades de melhoria. Nesse sentido, a avaliação pode ser utilizada como um instrumento de planejamento estratégico, auxiliando a definir prioridades e metas a serem alcançadas (FURTADO *et al.*, 2015).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde utiliza diversas estratégias de avaliação em saúde, como a análise de impacto dos programas de saúde, a avaliação de tecnologias em saúde e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2018). No ano de 2002 foi lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que previa expandir a cobertura populacional da saúde da família e incluía apoio a iniciativas de monitoramento e avaliação na APS.

No componente de avaliação, o projeto previa fomentar a qualificação dos gestores estaduais para desenvolvimento do monitoramento e avaliação e oferecer instrumento que pudesse contribuir para auxiliar profissionais e gestores no processo de planejamento e tomada de decisão por meio do auto reconhecimento

de melhorias e necessidades da qualificação de suas práticas, a ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) (SOUSA, 2018).

Um exemplo de avaliação que foi utilizado em diversas unidades de saúde da APS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa teve como objetivo avaliar a qualidade do atendimento e a eficácia das equipes de saúde, considerando critérios como a infraestrutura das unidades, a organização dos serviços, a satisfação dos usuários e a realização de ações preventivas (BRASIL, 2011). Pela primeira vez, inclui-se o componente de desempenho das equipes no financiamento da ESF, mensurado a partir do monitoramento de indicadores de saúde e da avaliação de padrões de qualidade (SOUSA, 2018).

Outro procedimento de avaliação existente é a acreditação, um modelo de avaliação dos recursos organizacionais, de caráter voluntário, periódico e reservado, que tem o objetivo de garantir a qualidade da assistência, baseado em padrões internacionalmente validados que geram orientações para melhoria do desempenho da instituição (BONATO, 2011).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve consistir, portanto, num enfoque multidimensional que contemple a participação de diferentes atores: usuários (ou representantes), profissionais de saúde e gestores das instituições, todos com entendimento das perspectivas do processo avaliativo (SERAPIONI, 2009).

Além desses modelos, Francolli *et al.* (2014) elencam os cinco principais instrumentos que avaliam a APS que são:

- *WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET)*: criado pela OMS, sua implementação se constitui de abordagem estruturada e contempla as funções de governança, financiamento, geração de recursos e características como acessibilidade, integralidade, coordenação e continuidade. O PCET é

composto por três questionários: um nacional sobre a organização dos cuidados primários, um para os médicos da família e outro para os usuários dos serviços.

- *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)*: desenvolvido para avaliar a compreensão dos prestadores da APS no que tange ao desempenho de suas funções e sobre as atividades clínicas e desafios na identificação e cuidado de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).
- *General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)*: Desenvolvido no Reino Unido, constitui-se em questionário que ajuda a entender a percepção dos pacientes em relação aos cuidados primários fornecidos pelos médicos e considera características como acesso, aspectos interpessoais e continuidade de cuidado.
- *PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde)*: elaborado em linguagem Visual Basic 5.0, propõe a articulação entre a Epidemiologia e a Informática através da utilização de dados secundários e direciona os gestores no processo decisório, especialmente na gestão de unidades básicas de saúde.
- *PCATools (Primary Care Assessment Tool)*: Instrumento elaborado por Bárbara Starfield *et al.*, mede a presença e extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e dos três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS e o grau de adesão do usuário ao serviço de saúde.

A avaliação da qualidade da atenção primária contribui para o monitoramento das melhorias e identificação de obstáculos, direcionando o planejamento das ações e estratégias para alcance

de maior resolutividade. No entanto, embora iniciativas do Ministério da Saúde, no Brasil, evidencie-se a necessidade de expansão de ferramentas de monitoramento da APS para intensificar a cultura de avaliação nas instituições de saúde pública. É preciso reconhecer as características da atenção primária para superar as dificuldades e permitir a melhoria da qualidade da assistência (FERREIRA *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação assume um papel fundamental na gestão do cuidado na APS, sendo uma ferramenta essencial para identificar oportunidades de melhoria e garantir a qualidade e eficácia dos serviços oferecidos à população. É imprescindível que as equipes de saúde estejam capacitadas e motivadas a utilizar as técnicas de avaliação disponíveis, visando promover a melhoria contínua dos serviços prestados.

É importante ressaltar que a avaliação deve ser realizada de forma contínua e integrada, levando em consideração diferentes dimensões do cuidado em saúde, como a qualidade técnica, a satisfação dos usuários e a eficiência dos serviços. Para isso, é necessário utilizar instrumentos e metodologias padronizadas e contar com a participação ativa dos usuários e profissionais de saúde, a fim de obter uma avaliação abrangente e consistente.

No entanto, é preciso reconhecer algumas limitações no uso do monitoramento e avaliação na APS. A falta de recursos humanos e financeiros para coleta e análise de dados é uma das principais limitações, o que pode comprometer a efetividade desse processo. Além disso, o uso indiscriminado dessas ferramentas pode sobrecarregar os profissionais de saúde, afetando a qualidade do atendimento.

Outra crítica é que muitas vezes as métricas utilizadas para avaliar a efetividade dos cuidados em saúde são baseadas em indicadores quantitativos, o que pode levar a uma visão simplista da realidade. É importante considerar que os resultados em saúde são influenciados por diversos fatores sociais, econômicos e culturais, que estão além do controle do sistema de saúde.

Portanto, é necessário encontrar um equilíbrio no uso adequado do monitoramento e avaliação, levando em conta suas potencialidades, limitações e críticas. É fundamental investir na capacitação das equipes de saúde e na incorporação de abordagens qualitativas e multidimensionais para avaliar a efetividade dos cuidados na APS. Além disso, as métricas utilizadas devem ser sensíveis aos contextos locais e às necessidades dos usuários, visando uma avaliação mais justa e precisa.

Em resumo, o monitoramento e avaliação são ferramentas valiosas para a gestão do cuidado na APS, porém seu uso deve ser consciente e crítico. É essencial investir em capacitação, melhorar a infraestrutura e gerenciar adequadamente os recursos para garantir a qualidade dos serviços de saúde e o acesso universal aos cuidados na APS.

REFERÊNCIAS

BAY JUNIOR, O. G. **Avaliação da atenção primária à saúde e a incorporação da tecnologia da informação para a melhoria da qualidade da avaliação**. Natal: UFRN, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/48590/1/Avaliacaoatencao primaria_BayJunior_2021.pdf>. Acesso em: jun. 2023.

BOADEN, R. *et al.* **Evercare Evaluation of the Integrated Care Pilots**: Final Report. University of Manchester, 2015.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O mundo da Saúde**, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_programa_melhoria_acesso_qualidade_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

_____. **Humanização da Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

_____. **Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, A. I. *et al.* Métodos de coleta de dados: observação direta e entrevista. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 17, n. 2, p. 53-60, 2017.

CARVALHO, A. L. B. Informação em Saúde como ferramenta estratégica para qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 3, p. 16-30, 2009. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/719/1553>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

COSTA, L. D. Auditoria clínica: ferramenta de ciência, educação e qualidade. **Editorial Medicina Interna**, v. 18, n. 3, jul./set. 2011. Disponível em: <<https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/download/1321/890>>. Acesso em: jun. 2023.

DE SAVIGNY, D.; ADAM, T. (Edit.). Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. **Pensamento sistêmico para fortalecimento dos sistemas de saúde**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2009. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44204>>. Acesso em: abr. 2023.

DONABEDIAN, A. **The quality of care**. How can it be assessed? *JAMA*. v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

ESPOSITO, P.; DAL CANTON, A. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. **World J Nephrol**. 6;3(4):249-55. nov. 2014. DOI: 10.5527/wjn.v3.i4.249. PMID: 25374819; PMCID: PMC4220358. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220358/>>. Acesso em: jun. 2023.

FERREIRA, J. *et al*. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Av. Enferm**. 39(1): 63-73, jan. 2021. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151184/85939-texto-del-articulo-509054-1-10-20201230.pdf>>. Acesso em: jun. 2023.

FRANCOLLI, L. A. *et al*. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(12):4851-4860, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/cKrs5thPNMj6sPCdq9S4hsM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: jun. 2023.

FURTADO, J. P. *et al*. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde de Parnamirim (RN). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015.

HARVEY, G. J. The role of evaluation in healthcare improvement. **BMJ Quality & Safety**. v. 27, n. 11, p. 902-909, 2018.

JENAL, S.; MARTINEZ ÉVORA, Y. D. Revisão de literatura: Implantação de Prontuário Eletrônico do Paciente. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/216>>. Acesso em: jun. 2023.

KRINGOS, D. S. *et al*. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. **BMC Family Practice**. v. 11, n. 1, p. 81, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>>. Acesso em: jun. 2023.

LESLIE, M. *et al*. Uma história de implementação da transformação da atenção primária à saúde: as redes de atenção primária de Alberta e as pessoas, o tempo e a cultura da mudança. **BMC Fam Pract.**, v. 21, n. 258, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01330-7>>. Acesso em jun. 2023.

MACÊDO, V. C. **Avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambul Care Manage.**, v. 40, Suppl 2, p. S4-S11, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>>. Acesso em: jun. 2023.

MEDHANYIE, A. A. *et al.* Knowledge and performance of the Ethiopian health extension workers on antenatal and delivery care: a cross-sectional study. **Human resources for health**, v. 12, n. 1, p. 44, 2014.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 2, p. 320-332, mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde:** com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio. Genebra: World Health Organization, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework.** Genebra: World Health Organization, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on eHealth.** Genebra: World Health Organization, 2010.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores de saúde:** elementos conceituais e práticos. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

SCHEFFLER, R. M. *et al.* Using indicators to evaluate health services: a review of the literature. **Health Policy and Planning.** v. 31, n. 9, p. 1350-1365, 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Open Edition Journals, 2009. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/rccs/343>>. Acesso em: jun. 2023.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 1, p. 289-301, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zwp65kZ9j4gzMQFBHgzLnwf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 maio 2023.

STUFFLEBEAM, D. L. *et al.* **Evaluation theory, models, and applications.** San Francisco: Jossey-Bass, 2018.

6

*Italo Rossi Roseno Martins
Dorothy Emanuely Acácio Vasconcellos Meira
Lívio Cesarini Moura Sousa
Maria Dara Lopes de Moraes
Vanêssa Alves Monteiro da Silva
Wesley Moreira Ferreira
Érica Alana Leal Moura
Mailson Fontes de Carvalho*

GESTÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO:

**HIPERMEDICALIZAÇÃO E DE PREVENÇÃO
QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

RESUMO:

O texto aborda a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como o principal acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e destaca a necessidade de uma abordagem integral e qualificada por uma equipe multiprofissional, discutindo os problemas da medicalização excessiva na APS, da patologização e da perda da visão holística na abordagem assistencial, explorando aspectos relacionados à prevenção quaternária, apresentada como uma estratégia para proteger os indivíduos de intervenções desnecessárias e reduzir danos, e ao papel da equipe multiprofissional no processo de medicalização e prevenção quaternária, destacando ainda a importância do manejo e acompanhamento medicamentoso na gestão dos cuidados em saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; prevenção quaternária; gestão do cuidado farmacêutico.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como principal serviço de acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações consistem em promoção, prevenção, diagnóstico, proteção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, redução de danos e vigilância em saúde, por meio de uma atenção integral e cuidado qualificado, realizado por equipe multiprofissional (BRASIL, 2007).

Por permitir uma maior facilidade de acesso à saúde, as Unidades Básicas de Saúde, principais serviços de APS no Brasil, estão organizadas a fim de solucionar os principais problemas das famílias brasileiras, principalmente por meio da prevenção e promoção. Contudo, nesses locais também há uma crescente demanda de usuários em busca de medicamentos já que, com o passar do tempo, muitos profissionais de saúde deixaram de ver o paciente de maneira holística, enxergando-o apenas como um corpo com alguma patologia ou distúrbios fisiopatológicos, perdendo a visão humanizada de que o seu problema possa estar além do binômio saúde-doença, e entender que, muitas vezes, ele não está precisando de um tratamento por medicalização, pois o seu problema é psicossocial (NETO, 2017).

O termo medicalização vem se perpetuando, desde meados de 1970, possuindo vários conceitos que divergem entre si, tendo surgido na Europa, está se expandindo, e envolvido com diversos agentes sociais, podendo ser benéfica ou prejudicial, construída ou modo de vida do homem pela medicina, reduzindo o ser humano a apenas um corpo desconstruído (TESSER; NORMAN, 2021). Segundo Gauzendi e Ortega (2012), essa expressão surgiu para indicar algo que se tornou médico, como uma alusão a apropriação do biológico, centrando-se apenas na doença e na utilização de medicamentos (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Paralelo e complementar ao conceito de medicalização tem-se o de prevenção quaternária (P4), que consiste na execução de estratégias que promovem a proteção do indivíduo do excesso de intervenções em saúde como a medicalização e o rastreamento desnecessários (SCHOPF, 2022). Muniz *et al.* (2022) evidenciou que o fortalecimento da relação médico-paciente diminui o risco de iatrogenia e, por se tratar de algo complexo, o processo saúde-doença quando visto apenas pelo foco biomédico impede a aplicação da prevenção quaternária e, por conseguinte, a prática clínica com foco demasiado na patologia começa a perder força (SIMON *et al.*, 2021).

Dessa forma, observa-se que o uso exagerado dos recursos não gera melhorias significativas e, ainda, aumentam os custos do serviço de saúde pública, com enfraquecimento do vínculo profissional-paciente (DEPALLENS *et al.*, 2020) e que os profissionais associaram a falta de P4 ao aumento dos custos (De Sousa *et al.*, 2021). Contudo, a cultura da medicalização tanto nas instituições quanto no ideário da população colabora para o retardo da aplicação dessa prática. Assim, a adoção de uma estratégia de desmedicalização por parte dos profissionais pode evitar não apenas as iatrogenias, mas também promove a redução dos custos na saúde (MENDES *et al.*, 2019).

Dessa forma, em um contexto de hipermedicalização e de falhas de cobertura da P4 destaca-se a necessidade de estudos e reflexões sobre esses temas e do papel dos vários profissionais de saúde neste contexto, a fim de que se possa oferecer um melhor suporte aos pacientes. Assim, este trabalho objetiva debater os aspectos relacionados à hipermedicalização e à atenção quaternária na APS, destacando-se o papel da equipe multiprofissional, o uso racional de medicamentos, o manejo e o alcance do suporte oferecido na APS junto aos clientes do serviço.

O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO E DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A APS deve ser considerada o nível de atenção em que a prevenção alcança seu máximo significado e sua extensão máxima em sua aplicação, e por isso, é considerada o berço de P4, sendo o campo propício para o seu desenvolvimento por meio da escuta qualificada, vínculo e adaptação individualizada dos atendimentos em saúde. A prevenção quaternária surge atrelada à preocupação em prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos, por meio de técnicas e práticas qualificadas e personalizadas de cuidado e em relação ao sobrediagnóstico e sobretratamento – consequências diretas ou indiretas do excesso de medicalização (GROSS, 2016; SCHOPF, 2021).

A prevenção quaternária se fundamenta em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e o de precaução (versão prática do *primum non nocere*, ou seja, primeiro não lesar), e por isso pode ser eficaz na redução ou até mesmo eliminação das iatrogenias presente nas condutas médicas. Distinguem-se três tipos de iatrogenia: indicação de tratamento sem procedência, tratamentos excessivos ou em quantidade e tratamentos inadequados tecnicamente, a prevenção em excesso também se configura como iatrogenia, esse processo ajuda a reclassificar pessoas saudáveis em pessoas doentes (TESSER, 2012; SCHOPF, 2021).

Nesse sentido, diversos estudos e pesquisas realizadas destacam os inúmeros efeitos colaterais que o uso não racional de medicamentos pode ocasionar. Devido isso, passou-se a ter uma maior preocupação a fim de prevenir esses danos iatrogênicos (MARQUES *et al.*, 2019). Com isso, é necessário que os profissionais

de saúde investiguem a fundo as reais causas que levaram o indivíduo a procurar o serviço de saúde, para que, ao indicar o tratamento, fazendo uso da medicalização, estejam certos sobre a escolha, sendo esta eficaz e segura, e que não leve a algum risco indesejado (BRASIL, 2018).

Esse processo iatrogênico pode ser resultado de uma formação acadêmica biomédica que, em sua essência, conduzem práticas de autocuidado especializado e específico, cujo potencial de promoção de autonomia e desmedicalização é limitado, com base em estatísticas de grupos populacionais; junto a isso, tem-se o senso comum e leigo, que invade e pressiona os profissionais, que solicitam exames “por via das dúvidas” ou “de rotina”, ou ainda por dificuldade na definição de diagnóstico decorrente de quadros clínicos inespecíficos. Em alguns casos, busca-se oferecer o conforto por meio da medicalização e intervenções desnecessárias como forma de resolver rapidamente a condição apresentada (TESSER, 2019; GROSS, 2016).

A necessidade de um diagnóstico clínico faz com que os indivíduos busquem, contínua e desnecessariamente, os serviços de saúde, ancorados por influências culturais, o que gera o consumo de tecnologias médicas que não necessariamente trazem benefícios ao paciente e, eventualmente, transforma fatores de risco em doença. Esse tipo de atitude profissional gera uma medicina defensiva e paternalista, que favorece as indústrias da saúde e o consumismo, banalizando intervenções e abrindo portas ao risco de transformar eventos vitais em patológicos e criando uma estreita relação entre aparelhos, terapeuta e doente (TESSER, 2012).

Isso ainda gera outras consequências, como o aumento do risco de hospitalização e mortalidade que impulsionam o aumento do gasto público com eventos evitáveis e, por conseguinte, piora o desafio para o sistema brasileiro de saúde pública. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde tornar o nosso sistema sustentável, fazendo o

uso adequado dos recursos para assim interferir positivamente não só no controle de gastos, mas também na saúde do paciente (SANTOS, 2022; FRANCO *et al.*, 2019). Nesse sentido, um estudo realizado no município de João Pessoa/PB demonstrou que médicos residentes apresentaram menor taxa de encaminhamento aos especialistas do que os não residentes por terem solucionando os problemas com autonomia sem a necessidade de encaminhamentos desnecessários ou fúteis aos especialistas focais (SIMON *et al.*, 2021).

É fundamental e urgente uma revisão nos modelos acadêmicos biomédicos, para que esses favoreçam a construção de equipes multidisciplinares competentes para a escuta ativa, que permita a descentralização do cuidado da intervenção médica (sabidamente medicalizante) por intermédio do trabalho em equipe. Há que se viabilizar e exigir formação médica adequada - este por sua vez, possui grande parte de sua carga de aprendizado no ambiente hospitalar, de modo a permitir a realização dos atributos da APS, retomando preceitos da Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma especialidade médica especializada em cuidado integral de uma coorte de pessoas, independentemente da natureza dos seus problemas de saúde (SCHOPF, 2021).

O desenvolvimento e o ensino em larga escala da prevenção quaternária podem e devem se tornar uma forte estratégia da educação permanente no SUS, para que práticas de excelência em atenção primária à saúde possam ser desenvolvidas e consolidadas na Estratégia Saúde Família, diminuindo a medicalização e a iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebidas no Brasil (ATTENA, 2019; GROSS, 2016).

O MANEJO E O ACOMPANHAMENTO MEDICAMENTOSO NA GESTÃO DOS CUIDADOS

Ao avançar da história da saúde pública brasileira, várias conquistas se seguiram ao decorrer de sua construção, incluindo a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e em seu interior, a ampliação dos serviços multiprofissionais ofertados, como no caso do farmacêutico. Decerto, buscando alcançar o pilar da integralidade, um dos princípios regentes do Sistema Único de Saúde (SUS), a integração entre os diversos profissionais da saúde envolvidos na equipe quando se trata da etapa do tratamento medicamentoso de um usuário é imprescindível a articulação do farmacêutico com os demais. Devido aos conhecimentos específicos das ciências farmacêuticas que é um dos atributos a esse profissional, o compartilhamento dos saberes contribui para uma melhor condução da prática clínica e maiores chances de bons resultados com a utilização dos medicamentos (BRASIL, 2019).

Sendo o farmacêutico essa peça fundamental no uso de medicamentos, seu trabalho também é voltado para a atuação na gestão do cuidado farmacêutico. Nesta modalidade de gestão, tem-se dimensionamentos diferentes que vão ao ato de administrar e o do cuidado. Como atribuições básicas gerais de qualquer gestor, este terá como compromisso de acompanhar como está o processo de utilização dos recursos do serviço tanto os organizacionais, como também os humanos, materiais, informacionais e outros atributos, avaliando se o andamento de tais elementos encabeçam as necessidades dos usuários visando contribuir para a concretização do cuidado. Outrossim, o profissional à frente dessa gerência, minimamente, necessita de habilidades que serão essenciais para o desenvolvimento de seu trabalho que vão desde conhecer

o serviço, o que pode oferecer para a qualificação do cuidado, a necessidade de integração com a equipe e mais elementos de caráter técnico (BRASIL, 2019).

O trabalho no cuidado farmacêutico é envolto na realização conjunta de atividades relacionadas à farmacoterapia que aborda atividades técnico-gerenciais, clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas; essas duas últimas voltadas para os usuários, abrangendo tanto de forma individual quanto coletiva, acrescentando família e comunidade, e também a equipe de saúde. Como relatado anteriormente, a equipe multidisciplinar é importante em todo o processo farmacoterapêutico. As técnicas pedagógicas voltadas à equipe permitirão um entrosamento interdisciplinar para que haja um alinhamento nas condutas a serem tomadas para que o processo farmacoterapêutico seja o mais eficiente e exitoso possível, não só a fim de trazer sucesso ao trabalho dos profissionais, mas principalmente ao paciente, dando certa autonomia em seu tratamento (BRASIL, 2019).

É importante ressaltar que nem sempre há a obrigatoriedade de um tratamento à base de medicamentos convencionais, obviamente, a depender de um conjunto de fatores avaliados pela equipe de saúde. Baseado nessa visão, a existência das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) dão outro sentido às ações e aos cuidados em saúde, também levando em conta a valorização cultural que os usuários estão inseridos (BRASIL, 2015). Através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) são ofertados serviços e produtos homeopáticos, fitoterápicos, medicina tradicional chinesa/acupuntura, e mais tarde serviços foram sendo inseridos nessa política como a osteopatia, quiropraxia, yoga e outros (BRASIL, 2018).

Por mais que esses métodos alternativos sejam outra via interessante ofertada pelo SUS, verifica-se que não é incomum alguns profissionais da equipe se manterem resistentes ao uso

dessas práticas pela falta de evidências na literatura científica e por problemas estruturais e logísticos. No entanto, quando aplicadas, principalmente a fitoterapia, nota-se a importância e proximidade que este cuidado tem com a comunidade, pois se relaciona intrinsecamente com as práticas populares, proporcionando a formação de laços entre a equipe e os usuários no trabalho conjunto para prevenção e promoção à saúde (MIRANDA *et al.*, 2022).

Os cuidados continuados são aqueles que abordam cuidados de saúde e sociais que serão prestados ao usuário visando proporcionar autonomia e reabilitar, readaptar e reinserir no seu meio de convivência social àqueles cujo procedem em situação de dependência (SANTOS, 2018). Nessa perspectiva, é sabido que alguns casos procedentes do cuidado terapêutico podem apresentar complexidades e por isso, indicativos da necessidade de serviços de referências ou contrarreferências. Dessa forma, o profissional farmacêutico, junto aos outros membros da equipe, tem competência para auxiliar na qualidade do trajeto terapêutico do paciente até então e monitorá-lo para que a Atenção Básica venha a continuar com o cuidado continuado designado a ele (BRASIL, 2019)

Indubitavelmente, medicamentos dispostos de forma mais acessível, vieram como benfeitores na melhora de quadros clínicos e da saúde em geral da população (COSTA, 2017). Entretanto, como em tudo existe uma face problemática, essa disposição de fármacos abriu precedentes para que houvesse, gradativamente, um desequilíbrio na percepção sobre a responsabilidade do uso racional de medicamentos por parte dos usuários. Esse tipo de uso racional, simplificando, pode ser definido por um conjunto de fatores: quanto à propriedade do medicamento para a terapêutica, disponibilidade do mesmo, dispensação adequada e posologia correta (MANZINI, 2015).

Mas, claro, seria incorreto apontar apenas as contrariedades do lado consumidor e descaracterizar a responsabilidade dos produtores. Em uma sociedade modernizada e acostumada à

variabilidade de fármacos para diversos problemas, entra em campo a atuação da indústria farmacêutica. Há uma forte influência dessa gigante do mercado saúde-doença que assim segue mecanizando a medicalização da vida, despertando o interesse do público-alvo para resolver suas enfermidades rapidamente, e os usuários sem se darem por conta do dimensionamento do inconveniente, podem estar colocando sua saúde e segurança em risco com o uso indevido e/ou excessivo de fármacos, assim, à mercê de uma intoxicação medicamentosa (BOING; ZONTA e MANZINI, 2016; BRASIL, 2021).

Ressalta-se que a preocupação com o uso racional de medicamentos não se deve apenas à vigilância sobre um possível uso abusivo. Além disso, também se interessa em como se dá todo o processo da relação do usuário com o produto farmacológico desde o momento da prescrição até a desprescrição (BRASIL, 2021). Assim, é nesse momento que a equipe de saúde tem um papel importante a cumprir frente aos cuidados farmacoterapêuticos à população.

Para isso, há o cabimento por parte das equipes de saúde de averiguarem como está decorrendo o uso dos medicamentos através de um monitoramento. Por meio deste é possível captar se o cuidado farmacêutico prestado ao usuário tem sido efetivo, com isso, gerando feedbacks positivos e/ou negativos para que a conduta seja prontamente investigada. Valendo-se da tecnologia, os sistemas de informação permitem a realização desse recolhimento de dados coletando informações pertinentes, de forma estratégica e com dinamismo a fim de serem compartilhadas e discutidas. Tais elementos enriquecem a integração entre equipe e gestores, além de serem indispensáveis fontes de indicadores sobre o cuidado farmacêutico (BRASIL, 2019).

DESAFIOS DA APS NA ERA DA HIPERINFORMAÇÃO

De acordo com a OMS, é de grande relevância a promoção do uso racional de fármacos e essa ação em saúde deve ser preconizada nas políticas nacionais de medicamentos, fazendo parte disso a realização do gerenciamento do uso de medicamentos, ações de farmacovigilância, registro do uso de fármacos genéricos, assim como a promoção de campanhas educativas com público-alvo a população (SILVA, 2017).

Nesse viés, a atenção quaternária, enquanto exercício de não-maleficência e de beneficência, busca proteger os pacientes do uso maléfico das drogas ao identificar pacientes em risco de tratamento excessivo, proteger contra intervenções desnecessárias, ampliar o diálogo sobre planos terapêuticos e também buscar por intervenções alternativas. Todavia, o processo de medicalização dos usuários da APS apresenta diversos desafios quanto à atenção quaternária (NOMAN, 2021; TESSER 2021).

De acordo com a OMS, a promoção do uso racional de fármacos é um elemento essencial para as políticas públicas e promoção da saúde. Acerca desse debate, um dos pontos elencados por Tesser (2012) é a "expectativa irreal de cura e prevenção" em que a saúde é algo facilmente comercializado, condições crônicas sejam cercadas por temor assim como aumentou o alarme em relação a fatores de risco sobre patologias, que nem sempre corresponde ao quadro real. Esse conjunto de fatores aponta para uma crescente desinformação a respeito da saúde, muito embora o acesso à mesma seja facilitado pela mídia (SILVA, 2017; OMS, 2003).

Paralelo a isso, a divulgação de informações sobre saúde e doença, fenômeno hoje conhecido como infodemia, embora seja importante para a disseminação de informações para a população em

geral, também é influenciada pela prática comercial farmacêutica, em que divulga-se doenças para efetuar a venda de fármacos de tal forma que atraia consumidores potenciais. Nota-se, então, a prescrição e venda de fármacos, sem a devida atenção à medicalização por vezes desnecessária daquele público, o que ocorre até mesmo nas drogas antimicrobianas. Portanto, tem-se como efeito o automedicação desenfreada, dano iatrogênico, ansiedade generalizada, aumento da resistência microbiana e efeitos psicossociais negativos. Um problema muito bem exemplificado durante a pandemia do COVID-19, em que a venda desenfreada de inúmeros fármacos sem evidências científicas foi realizadas, utilizando-se da urgência em saúde (GIORDANI, 2021; SILVA, 2017).

A destaque, a polifarmácia é um problema crescente no espaço da APS, visto que, no atual contexto socioeconômico, a população brasileira apresenta um envelhecimento devido ao aumento da expectativa de vida, o que, por consequência, aumenta a multimorbidade e também o maior uso de fármacos entre a população com mais de 65 anos de idade. A problemática em torno disso surge quando a associação medicamentosa para manejo de múltiplas condições de saúde pode ocasionar desfechos pouco desejáveis como reações adversas preveníveis, tratamento farmacológico de efeitos secundários a outros medicamentos, redução de eficácia terapêutica e interações medicamentosas. Ou seja, o cuidado à saúde, ao invés de cuidar de um grupo vulnerável, gera mais malefícios e piora da qualidade de vida. A partir disso, compreende-se a polifarmácia como um dos principais empecilhos à implantação da prevenção quaternária e no cuidado à saúde do idoso (CARDOSO, 2015).

Uma mudança é notável nos últimos anos na Atenção Básica: é crescente os esforços acerca da prevenção. Todavia, enquanto pode-se compreender a prevenção como o ato de evitar o estado patológico do indivíduo, ao mesmo tempo deve-se manter em evidência que mesmo a ação preventiva pode surgir em excesso.

Grandes problemáticas da Prevenção Quaternária seria o excesso de rastreamento, excesso de aplicação de exames complementares, mas principalmente a medicalização de fatores de risco. Isso porque “fatores de risco”, por dizerem respeito a um aspecto de característica individual ou evidência epidemiológica que expõe o paciente a alguma condição associada à saúde, acabam por influenciar em decisões na intervenção da saúde do paciente, tornando-os em pseudo-enfermos e maior propensos a uso de medicamentos desnecessários (NORMAN, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, nota-se o protagonismo da P4 no enfrentamento da sobremedicalização no contexto da APS. Pois é somente através da efetivação dessa prática que a redução da hegemonia do modelo biomédico será alcançada. A P4 vem como uma ferramenta que proporciona a melhor compreensão do processo de saúde-doença, não só para equipe multiprofissional, mas também para a população. E, nesse sentido, os benefícios da aplicação dessa prática colaboram não só para a qualidade de vida do paciente, mas também no controle de gastos públicos.

Ademais, o debate contínuo sobre os cuidados no uso racional de medicamentos deve ser estimulado em todas as áreas da saúde, englobando os profissionais prescritores e os que fazem o manejo do paciente antes, durante ou após a utilização desses produtos. Ainda, faz-se necessário incluir nessa discussão a hiperinformação digital e o acesso irrestrito da população como ações necessárias para o enfrentamento das notícias falsas em saúde. Dessa forma, caminharemos para uma prática em saúde mais integrada e moderna, vislumbrando um melhor suporte ao cliente assistido.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v.19, n.3, p. 403-411, 2016.

ATTENA, F. Too much medicine? Scientific and ethical issues from a comparison between two conflicting paradigms. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

BOING, A. C.; ZONTA, R.; MANZINI, F. **Promoção do uso racional de medicamentos na atenção básica** [recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/13956/1/URMREMEDIOS_LIVRO.pdf. Acesso em: 09 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf. Acesso em: 09 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/Mzc=%22>. Acesso em: 09 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 30 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf. Acesso em: 09 jan.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Contribuições para a promoção do Uso Racional de Medicamentos**

[recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: 20210713_publicacao_guillian_barre.pdf (www.gov.br). Acesso em: 09 jan. 2023.

CARDOSO, R.V. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015.

COSTA, C. M. F. N. *et al.* Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, 2017.

DEPALLENS, M. A. *et al.* Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 24, suppl 1, e190584, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190584>>. Acesso em: 09 jan. 2023.

DE SOUZA, A. L. *et al.* Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 6, p. 764-782, 2021.

FRANCO-LÓPEZ, Á. *et al.* Sobrediagnóstico: un fenómeno perjudicial para la salud. **Journal of Negative and No Positive Results**, v. 4, n. 10, p. 964-967, 2019.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, p.21-34, 2012.

GIORDANI, R.C.F. *et al.* A ciência entre a infodemia e outras narrativas da pós-verdade: desafios em tempos de pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2863-2872, 2021.

GROSS, D. M. P. *et al.* Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 4, p. 3608-3619, ago. 2016.

MANZINI, F. *et al.* **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MARQUES, A. *et al.* Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estudos Avançados**, v.3, n.95, 2019.

MENDES, P. *et al.* Práticas integrativas e complementares para a (des)medicalização social: um estudo de reflexão. **Revista Uningá**, v. 56, n. S6, p. 116-122, 2019.

MIRANDA, T.N.S. *et al.* Práticas integrativas e complementares na perspectiva dos profissionais de saúde da atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e14611830654-e14611830654, 2022.

MUNIZ, M.S.C. *et al.* Prevenção quaternária e suas implicações para a prática clínica: uma revisão sistemática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 4, p. e-188477, 2022.

NETO, D.C. A (des)medicalização na Atenção Primária: o surgimento de um novo cenário na saúde pública. **Revista Científica UNIFAGOC-Saúde**, v.1, n.2, 2017.

NORMAN, A. H. *et al.* Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015.

NORMAN, A. H. *et al.* Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

PAI, D. D.; SCHRANK, G; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.82-7, 2006.

SANTOS, S. C. *et al.* Cuidados Continuados Integrados: uma nova modalidade de assistência. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 4, n. 1, 2018.

SANTOS, Q. S. *et al.* A importância da prevenção quaternária na promoção da saúde de idosos no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. e10076, 2022.

SIMON, F. *et al.* Prevenção quaternária e a redução do fluxo de encaminhamentos à angiologia e pedidos de ultrassonografia Doppler. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2572, 2021.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery** [online]. v. 26, e20210178, 2022.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v 17, 2019.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. **Interface (Botucatu)**, v.25, e210101, 2021.

TESSER, C. D. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 416-426, 2012.

7

Denise Maria Campos de Lima Castro

Katyucia Oliveira Crispim de Souza

Thaynara Silva dos Anjos

Jerusa Costa dos Santos

Fábio Vidal Franco

Larayne Gallo Farias Oliveira

Gabriela Ferreira Granja

Célia Regina Maganha e Melo

Daiana Bonfim

Lislaine Aparecida Fracolli

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO NA APS:

PERCEPÇÃO DE GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE

RESUMO:

Este capítulo descreve as percepções de gestores sobre o processo de mudança do modelo de acesso tradicional para o modelo de Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde. Método: Trata-se de uma pesquisa de implementação. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin. Resultados: As análises, organizadas nos moldes da ferramenta SWOT mostraram: A agenda aberta e a adaptabilidade como forças do modelo de AA; o processo de trabalho com base na oferta e não nas necessidades fragilizam a implantação do AA; a motivação dos coordenadores e dos profissionais representa oportunidades para implantação e condições como a falta de resolutividade e resistência conceitual ao modelo de AA se apresentam como ameaça. Conclusão: O conhecimento dos limites e potencialidades no processo de implantação do AA nas unidades estudadas é importante para o planejamento e adequação ao modelo. As mudanças organizacionais são processos delicados que dependem de transformação da cultura institucional e engajamento dos profissionais, mas que a superação desses desafios alcança no AA um modelo para ampliar e reorganizar o acesso.

Palavras-chaves: atenção primária à saúde; pesquisa de implementação; acesso aos serviços em saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) apresenta-se como estratégica eficaz e eficiente para lidar com situações que envolvem a saúde, objetivando assistência de alta qualidade (WHO, 2018). Entretanto, ainda são necessárias medidas para fortalecer a APS, sendo o Acesso Avançado (AA) uma das ferramentas nesse processo (PAHO, 2018).

Entende-se por AA uma nova maneira de organizar o acesso da população aos serviços de saúde. Neste modelo, o paciente deve ser atendido até 48h da solicitação da consulta. Países como Inglaterra, Canadá e Estados Unidos já utilizam essa ferramenta (MURRAY; TANTAU, 2000), entretanto no Brasil o modelo limita-se a experiências pontuais, como os casos dos municípios de Diadema (CIRINO *et al.*, 2020) e Florianópolis (VIDAL *et al.*, 2019). A ausência de diretrizes para a implantação do AA como estratégia de ampliação do acesso torna as iniciativas incipientes, apesar dos benefícios comprovados (RIVAS, 2020).

O modelo de AA viabiliza o menor tempo de espera para agendamento de consultas, reduz o absenteísmo, aumenta a quantidade de pacientes atendidos, melhora a produtividade, e reduz os casos de urgência e emergência (RIVAS, 2020). A implantação desse modelo é por vezes difícil e desafiadora, por isso a atuação dos gestores de serviços é um dos postos-chaves para o sucesso da mesma (MACHADO; NEIVA, 2017).

O AA apresenta-se como uma estratégia para ampliar o acesso. Entretanto, várias ações são elementares para viabilizar a implantação do modelo. Entre elas estão equipes completas, prontuário eletrônico, adscrição dos usuários, o envolvimento da população e da gestão (SOARES; JUNQUEIRA, 2020). Espera-se dos gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a organização

do processo de trabalho, buscando por inovações e soluções para problemas e demandas de saúde da população.

Diante disso, os gestores precisam atuar motivando, instruindo e qualificando os profissionais e usuários para o novo cenário de práticas (LOCH, 2019). O objetivo deste estudo foi identificar as percepções de gestores de unidades básicas de saúde com Estratégia saúde da Família (ESF) sobre o processo de mudança do modelo de acesso tradicional para o modelo de AA. Para tal realizou-se uma pesquisa de implementação, caracterizada como arranjo teórico-conceitual que vincula pesquisa e prática, possibilitando a compreensão e melhora da implementação (THEOBALD *et al.*, 2018). Para interpretação dos resultados adotou-se o modelo teórico de “melhoria”, o qual avalia se a mudança produziu resultados visíveis e positivos e se obteve impacto duradouro (MENDES, 2012).

METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob número de parecer 3.389.570, e conduzida em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O local de estudo foram 12 UBS dos distritos administrativos de Campo Limpo e Vila Andrade no município de São Paulo. Essas unidades trabalham com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e são gerenciadas pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS). Foram entrevistados 12 coordenadores das UBS da região de Campo Limpo e Vila Andrade envolvidos diretamente na implantação do AA.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de setembro a dezembro de 2019, com perguntas que levavam o entrevistado a expressar como foi o processo de

implementação do AA na UBS sob sua coordenação. As entrevistas foram gravadas, os áudios foram transcritos e os discursos organizados no *software* ATLAS-Ti (versão 8).

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu de fevereiro a outubro de 2020, utilizando o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (BARDIN, 2016), composto por três etapas fundamentais: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. Na primeira fase foi realizado o primeiro contato com as respostas coletadas; na segunda fase as respostas foram selecionadas e categorizadas em grupos pelas características em comum; na última fase realizou-se o tratamento e interpretação dos resultados obtidos para promover significado aos mesmos.

As etapas de análise foram conduzidas sob a ótica da Matriz SWOT, ferramenta usada por gestores para a realização de análise de ambiente, planejamentos estratégicos e na gestão de processos com foco em mudanças institucionais. Nessa Matriz são destacadas as forças e fraquezas, que se referem às características internas da mudança; as características externas e processuais da mudança são descritas através das oportunidades e ameaças (MCCREADIE, 2008).

A maioria dos coordenadores das UBS eram enfermeiros, com menos de seis meses na gerência da UBS e com experiência e atuação em APS (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos coordenadores das UBS, São Paulo, SP, 2021

	Variável	Frequência (n=12)	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	1	8,33
	Feminino	11	91,67
Faixa Etária	38 anos a 42 anos	8	66,67
	43 anos a 48 anos	3	25
	Acima de 48 anos	1	8,33
Graduação	Enfermagem	11	91,67
	Outros	1	8,33
Pós-graduação	Especialização em ESF, saúde pública	9	75
	Especialização em gestão	2	16,67
	Não referiu	1	8,33
Tempo de Atuação na APS	Menor de 10 anos	2	16,67
	11 a 16 anos	6	50
	16 a 20 anos	4	33,33
Tempo de Atuação na UBS	Até 6 meses	7	58,33
	De 6 meses a 3 anos	1	8,33
	De 6 a 8 anos	3	25
	Acima de 9 anos	1	8,33

Fonte: Elaborado pelos autores.

FORÇA

O fortalecimento do cuidado é caracterizado como força pois a implantação do AA oportunizou o atendimento ao paciente pela mesma EqSF, na maioria das vezes. Outra força do AA é a possibilidade de escuta e respostas para todos que procuram a UBS.

Outro aspecto referido pelos coordenadores foi a preparação e aproximação dos profissionais à teoria do acesso e ao modelo de AA.

Estudou-se, trouxemos os conceitos pras equipes, porque a gente, aquele conceito antigo padrão, consulta agendada, modelo, tem que desconstruir pra construir uma mentalidade nova. Então aqui foi feito isso oficinas, workshops (...) (Coord P)

A capacidade dos coordenadores em buscar instrumentalização teórico-prática para implantação do AA e melhorarem os processos de trabalho se caracterizou como Força. Ainda como Força apresenta-se a não setorização da agenda por condições de saúde, permitindo mais espaço assistencial e mais protagonismo para o enfermeiro nas ESF. Para superar às fragilidades encontradas na condução de queixas agudas em consultas de enfermagem no AA, foram realizadas oficinas para o treinamento e discussão de casos, abrangendo inclusive os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

FRAQUEZA

A coordenação do cuidado continuado deve ser realizada independente do modelo de acesso e integrar a gestão populacional, conhecendo as necessidades de saúde de uma determinada população, estratificando seus riscos, monitorando e avaliando as intervenções necessárias a fim de prover o melhor cuidado de acordo com os atributos da APS. O cenário do acesso organizado com base na oferta fragiliza as possibilidades de programação do processo de trabalho da equipe. Assim, é importante avançar em discussões que agreguem a gestão populacional ao AA.

A coordenação do cuidado bem como a gestão populacional tornam-se mais prática e eficiente com sistemas que favoreçam a compilação de informações. Pelos relatos, observou-se que não havia

prontuário eletrônico eficaz e nem um sistema informatizado que otimizasse informações, utilizando vários sistemas não interligados. Isso pode enfraquecer o modelo, porém não inviabiliza sua implantação.

O sistema SIGA não conversava com o cadastro que não conversava com o prontuário. Então eu chego pro acesso, o prontuário não é encontrado, sobe uma ficha avulsa. E isso atrapalha sobre a maneira de cuidar, você não tem de onde colher, você vai ter que coletar de novo uma história, você vai ter que saber quem é a pessoa, vai correr atrás, perde um tempo enorme (Coord M)

Os coordenadores apontam a cultura do modelo tradicional de organização do acesso, com agendas engessadas em programas previamente decididos, sem o envolvimento das necessidades do território como fragilidades. A estrutura das UBS também trazia dificuldades, pois é necessária adaptação de consultórios e equipamentos para que as diferentes categorias profissionais possam atender, dificultando a mudança das práticas em saúde:

Agora a estrutura física, as unidades elas não têm uma estrutura com o número de consultórios, às vezes, disponíveis que a gente precisava (...) (Coord C)

OPORTUNIDADE

A motivação dos coordenadores e colaboradores para a implantação do AA é uma necessidade e esta deve se estender para os conselhos de saúde que têm o papel de comunicação junto à comunidade para explicar o AA.

Com a implantação do AA nas UBSs, muitas oportunidades de melhoria surgiram, ampliando a força do AA e otimizando outros processos de trabalho dentro das unidades.

Acredito que nunca terá, é um processo que o tempo todo você tem que analisar e ver as oportunidades de melhoria

e mudando A partir das necessidades tanto da equipe quanto do usuário. Olhar para a sazonalidade, tudo isso, ir fazendo as alterações. (Coord N)

Devido aos planos de contingência e ao fortalecimento de vínculo, a agenda deve ser complementar tanto entre médicos e enfermeiros quanto entre as equipes irmãs. É importante ter profissionais de cada equipe ou equipe irmã para atender a população adscrita, pois favorece o vínculo e garante acessibilidade. Porém na ausência destas, outras equipes podem fornecer este suporte, sempre atendendo o usuário em suas necessidades.

AMEAÇA

A implantação do AA trouxe grandes desafios e algumas ameaças. A falta de resolutividade do enfermeiro e/ou de outro profissional de saúde implica em retornos que poderiam ser evitados e demanda maior que a capacidade de oferta da ESF.

Outra ameaça é a falta de preparo dos profissionais, falta de atitude ou dificuldades comportamentais que geram insegurança, angústia, boicote ao modelo, e conseqüentemente, dificuldade de retenção profissional da UBS.

Apesar de haver insatisfação com a forma anterior de acesso, as mudanças são sempre difíceis e geram resistência da população, dos colaboradores e do conselho gestor.

você não sabe o que vai aparecer na sua porta, quem que é o próximo paciente, às vezes, então faz as equipes saírem da zona de conforto (...) (Coord D)

Houve aumento de consultas após a implantação do AA, o que se regularizou em 3 meses. Coordenadores referem desequilíbrio, porém não podemos esquecer que estamos trabalhando com um

painel para uma equipe multiprofissional e não um painel exclusivo de atendimento médico.

(...) é de que o cobertor ainda é pequeno diante da demanda do território. (Coord E)

DISCUSSÃO

Os coordenadores entrevistados eram na sua maioria enfermeiros, que nem sempre são contratados exclusivamente para essa função. Também foi observada alta rotatividade de gestores, evidenciada pelo pouco tempo de atuação no cargo. Alguns estudos encontraram resultados semelhantes, apresentando menor tempo e instabilidade na permanência no cargo, vulnerabilidade a mudanças pelo cenário político (HENRIQUE; ARTMANN; LIMA, 2019; CARVALHO *et al.*, 2020).

Em sistemas de saúde complexos como no Brasil, os gerentes de saúde exigem competências adicionais para complementar as funções genéricas de gestão. Nesse contexto, os enfermeiros gestores são os principais agentes de liderança e espera-se que além de implementar mudanças que resultam em melhor desempenho, também se envolvam e direcionem os objetivos organizacionais (HANCOCK, 2017).

A estratégia SWOT possibilitou a organização e articulação teórico-prática da gestão. Esta estratégia ficou centrada no processo de gestão e propiciou aos gestores visão clara e objetiva sobre quais são suas forças e fraquezas no ambiente interno e suas oportunidades e ameaças no ambiente externo.

Como uma das forças desse processo de mudança está a equipe multiprofissional, em detrimento do cuidado centrado no

profissional médico. A equipe multiprofissional tende a aumentar a adesão da população, propiciando cuidado integral, atendimento às necessidades do usuário, mesmo em situação de faltas dos trabalhadores de referência do paciente ou em casos de urgências, configurando-se como um potencial do AA (MOTA *et al.*, 2021).

Com o avanço dessa multidisciplinaridade no modelo de AA, houve necessidade de espaço físico para cada categoria profissional. Contudo, a infraestrutura inadequada nas unidades de saúde fragiliza o fluxo de atendimento preconizado pelo AA e desestimula o exercício de trabalho colaborativo (LIMA *et al.*, 2020).

Para a implantação do AA foram necessárias estratégias para capacitação profissional. Estudos apontam que projeto de implementação de novas tecnologias precisam prever e executar propostas de treinamentos, reuniões e comunidades de prática, para discussão do modelo e reflexão crítica, a fim de sensibilizar e promover o entendimento da concepção (CIRINO *et al.*, 2020; HUDSON *et al.*, 2021).

Na literatura são evidenciadas controvérsias quanto às definições do acesso (RIVAS, 2020), corroborando com o presente estudo. Ademais, o modelo tradicional do acesso e o tipo de agenda praticado estão relacionados à resistência dos profissionais a mudanças na APS, configurando dificuldade da efetivação do AA (FARAH *et al.*, 2017).

A educação continuada e a utilização de discussões/oficinas são importantes para superar as fraquezas. A educação antes e durante a implantação do modelo de AA é essencial (RIVAS, 2020).

A fragilidade acerca da dúvida sobre o acompanhamento dos pacientes crônicos faz com que sejam necessárias ferramentas para concretizar a vigilância em saúde e expandir a longitudinalidade do cuidado (FIGUEROA, 2021). As visitas domiciliares e a busca ativa para identificar e manejar casos de doenças são instrumentos

importantes para atenuar essa fraqueza no modelo AA (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

A longitudinalidade é apresentada como aspecto positivo devido a divisão de EqSF por paciente, na tentativa de promover o atendimento pela mesma equipe. Apesar da ESF ser considerada como uma das mais efetivas quanto à longitudinalidade (KESSLER *et al.*, 2018), corroborando com os entrevistados, na perspectiva dos usuários verificou-se níveis insatisfatórios, havendo necessidade de reorientação do serviço (KESSLER *et al.*, 2019).

Apesar da grande demanda e pressão, o AA foi considerado no presente trabalho pelos gestores como modelo que permite atendimento, acolhimento e resolutividade das demandas trazidas pela população. A presença da agenda dinâmica e adaptável, assim como o processo contínuo de evolução e mudanças, também permite maior acesso, garantindo resolutividade (CIRINO *et al.*, 2020), observada na literatura (BONILLA; WOLLMANN, 2020; CANUTO *et al.*, 2021).

Contudo, quando não há resolutividade, implica em consultas de retorno para o usuário, aumentando a demanda do serviço devido à procura espontânea diária, relatada pelos coordenadores. É necessário promover efetividade e satisfação dos usuários para evitar retornos desnecessários (VASCONCELOS *et al.*, 2018). Estudo observou a avaliação positiva e a satisfação dos usuários quanto ao AA (VIDAL *et al.*, 2019).

Outras ameaças citadas são alta taxa de absenteísmo e ausência de aumento da população atendida, que junto a outros fatores causam insegurança e resistência nos profissionais e na população. Alguns estudos divergem nesse âmbito, apresentando redução significativa nas taxas de absenteísmo e maior número de consultas (CIRINO *et al.*, 2020; BONILLA; WOLLMANN, 2020). Nesta pesquisa, os coordenadores entrevistados citam aumento

de consultas nos primeiros três meses de AA nas unidades, porém é relatado desequilíbrio de atendimento, sem seguir um padrão percentual, necessitando de maiores investigações para regularizar o quadro de implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gestores identificam e compreendem os limites e as potencialidades no processo de implantação do AA nas suas unidades. O AA possibilita ampliar e reorganizar o acesso dos usuários aos serviços de APS, todavia é necessária transformação da cultura institucional, envolvimento dos profissionais de diferentes níveis hierárquicos e participação da população para que este modelo ofereça a estrutura e o apoio adequado ao atendimento das necessidades da população.

Cabe apontar a importância dos gestores interessados em implantar este modelo de acesso ficarem bastante atentos as proposições de Breton (2022) sobre os pilares do modelo de AA que são: planejamento abrangente para necessidades, suprimentos e variações recorrentes; ajuste regular da oferta à demanda para corresponder e manter o equilíbrio com as necessidades dos usuários; processos de marcação e agendamento de consultas deve facilitar o contato do usuário com sua unidade e fornecer disponibilidade oportuna dos membros da equipe de acordo com as necessidades de seus usuários; integração e otimização da prática colaborativa para fornecer cuidados e serviços de saúde oportunos; e comunicação sobre acesso avançado e suas funcionalidades para os usuários e os membros da equipe.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Audrey Silva; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, e280308. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pdwWSpcYhfkfj9qbxP3RTZr/?lang=pt>. Acesso em: 16 dez. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BONILLA, Pedro Pablo de Gusmão; WOLLMANN, Lucas. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2360, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2360](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2360). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2360>. Acesso em 16 dez. 2021.

BRETON, Mylaine; GABOURY, Isabelle; BEAULIEU, Christine; SASSEVILLE, Maxime; HUDON, Catherine; MALHAM, Sabina Abou; MAILLET, Lara; DUHOUX, Arnaud; RODRIGUES, Isabel; HAGGERTY, Jeannie. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ OPEN**, v. 10, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210314>. Disponível em: <https://www.cmajopen.ca/content/cmajo/10/3/E799.full.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2021.

CANUTO, Liliane Ecco; SILVA, Angela Fernandes Leal da; PINHEIRO, Luiza Sanchez Palacio; JÚNIOR, Júlio Cesar Arruda Canuto; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. **Revista Brasileira De Medicina De Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2378. 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2378>. Acesso em 16 dez. 2021.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; OUVENEY, Assis Luiz Mafort ; CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de; MACHADO, Nadia Maria da Silva. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: Perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 211-22, 2020. DOI: [10.1590/1413-81232020251.29312019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HJyg7VbQhQ3WGnRYYHnBwy/?lang=pt>. Acesso em 16 dez. 2021.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos; FILHO, Douglas Augusto Schneider; NICHIAITA, Lucia Yasuko Izumi; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. The Advanced Access as a strategy to organize the agenda and increase access in a Basic Health Unit of Family Health Strategy. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Diadema, v.15, n.42, p.2111, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2111). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>. Acesso em 16 dez. 2021.

FARAH, Beatriz Francisco; DUTRA, Herica Silva; SANHUDO, Nádia Fontoura; COSTA, Lorena Montan. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Rev Cuidarte**, v.8, n.2, p. 1638-55, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.398>. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/398/800>. Acesso em: 21 dez. 2021.

FIGUEROA, Cristian David Osorio. Guatemala's primary healthcare role in Covid-19: limits and potentialities. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, n.130, p.778-794, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KXWQJR8V7r6YbKq34pG3xBf/abstract/?lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2021.

HANCOCK, Tracy. Mining leadership must "rally to revive the industry. **Creamer Media Mining Weekly**, Cape Town, 2017. Disponível em: https://www.miningweekly.com/article/mining-leadership-must-rally-to-revive-the-industry-2017-01-27/rep_id:3650. Acesso em: 30 jan. 2022.

HENRIQUE, Flávia; ARTMANN, Elizabeth; Lima, Juliano de Carvalho. Profile analysis of managers of Basic Health Units in Criciúma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n.6, p. 36-47, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S603. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WWkwJQmw3KXVWHZGYTZ6Pj/?lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2021.

HUDON, Catherine; LUC, Mireille; BEAULIEU, Marie-Claude; BRETON, Mylaine; BOULIANNE, Isabelle; CHAMPAGNE, Louise; CONWAY, Sandra; CÔTÉ, Nick; DESHAIES, Jean-François; FILLION, Marylène; VILLEMURE, Philippe. Implementing advanced access to primary care in an academic family medicine network: Participatory action research. **Canadian family physician**, v. 65, n.9, p. 641-647, 2019. PMCID: PMC6741795. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6741795/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

KESSLER, M.; Lima, S. B. S.; WEILLER, T. H.; Lopes, L. F. D.; FERRAZ, L.; THUMÉ, Elaine. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.3, p. 1063-1071, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WGcb8fY8VCrZdZBZ7HWWkTG/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2021.

KESSLER, Marciane; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de Lima; WEILLER, Teresinha Heck; LOPES, Luis Felipe Dias; FERRAZ, Lucimare; EBERHARDT, Thaís Dresch; SOARES, Rhea Sílvia de Vila; TRINDADE, Letícia de Lima. Longitudinality of Primary Health Care: na evaluation from the perspective of users. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.32, n.2, p. 186-193, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/BFN6xzjDDQgk6qcGQY5PbpH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2021.

LIMA, Rafaela Nascimento; SILVA, Fanir Oliveira; BENTES, Renan da Silva; ROCHA, Samanta Hosokawa Dias de Novoa; SALAS, Elizabeth Josefina Guararismo. Family and community medicine: Students' perception of medical residency. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.3, n.6, p.18929-48, 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n6-279. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/21788/17380>. Acesso em: 21 dez. 2021.

LOCH, Selma. Challenges and strategies in the management of Basic Health Units. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. spec 6, p.48-58, 2019. DOI:10.1590/0103-11042019S604. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fp89vLBPyg6MWtyB8XNWKJb/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MACHADO, Lílían Cristina Palhares; NEIVA, Elaine Rabelo. Práticas de gestão da mudança: Impacto nas atitudes e nos resultados percebidos. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v.17, n.1, p. 22-29, 2017. DOI: 10.17652/rpot/2017.1.12157. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-66572017000100003. Acesso em: 10 jan. 2022.

MCCREADIE, Karen. **A Arte da Guerra SUN TZU**: uma interpretação em 52 ideias brilhantes. 1. ed. São Paulo: Globo, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS/MS, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 25 fev. 2022.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family Practice Management**, Leawood, v.7, n. 8, p.45-50, 2000. PMID: 11183460. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11183460/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Atenção primária à saúde. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 14 fev. 2022.

RIVAS, Jhennifer. Advanced Access Scheduling in Primary Care. **Journal of Healthcare Management**, v. 65, n.3, p. 171-184, 2020. DOI: 10.1097/JHM-D-19-00047. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32398527/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. DE B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. Rev. bras. educ. med., 2022 46(1), p. e031, 2022.

THEOBALD, Sally; BRANDES, Neal; GYAPONG, Margaret; EL-SAHARTY, Sameh; PROCTOR, Enola; DIAZ, Theresa; WANJI, Samuel; ELLOKER, Soraya; RAVEN, Joanna; ELSEY, Helen; BHARAL, Sushil; PELLETIER, David; PETERS, David. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. **The Lancet**, v.392, n.10160, p. 2214-28, 2018. DOI:10.1016/S0140-6736(18)32205-0. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0). Acesso em: 20 jan. 2022.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; XAVIER, Aparecida Lara Carlos; NASCIMENTO, Maksoane Nobre do; CAVALCANTE, Yanka Alcântara; ROCHA, Sibele Pontes; GOMES, Josiane da Silva. Evaluating problem-solving and effectiveness of primary health care: integrative literature review. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.17, n.1, p.65-73, 2018. DOI: 10.36925/sanare.v17i1.1224. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>. Acesso em: 30 jan. 2022.

VIDAL, Tiago Barra; ROCHA, Suelen Alves; HARZHEIM, Erno; HAUSER, Lisiane; TESSER, Charles Dalcanale. Scheduling models and primary health care quality a multilevel and cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, v.53, n.38, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000940. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>. Acesso em: 12 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft Declaration. In: **Second International Conference on Primary Health Care**: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Astana: WHO. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT-Declaration--9-April-2018.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.

8

*Monique Dutra Fonseca Grijó
Emilly Maia Lima Viana
Vanila Santos da Costa
Maria Helena Santana
Eliana Amorim de Souza
Daniela Arruda Soares*

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA:

**DESAFIOS PARA O CONTROLE
E VIGILÂNCIA DA HANSENÍASE
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.97587.8

RESUMO:

Estudo qualitativo, exploratório que objetivou analisar as experiências de profissionais de saúde e gestores frente às ações de vigilância de contatos de pessoas acometidas pela hanseníase no contexto da pandemia da covid-19. Foi possível reconhecer três categorias que envolvem 1) a organização dos serviços para a vigilância do contato; 2) a infraestrutura e dinâmica relacional existente para o desenvolvimento das ações de vigilância do contato; e 3) a produção de cuidados para os contatos na conjuntura do distanciamento social. Os achados deste trabalho indicam que a vigilância de contatos no Brasil apresenta falhas operacionais que são anteriores ao estado de pandemia do novo coronavírus, mas que foram aprofundadas pela covid-19. Para superação dos problemas apontados, faz-se necessária redefinição de responsabilidades dos diferentes serviços e níveis de atenção, especialmente da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: hanseníase; vulnerabilidade em saúde; covid-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) descortinou um quadro de fragilidade dos serviços de saúde em diversos países incluindo o Brasil (ORNELL *et al.*, 2021). A necessidade de medidas protetivas para conter a disseminação do vírus e a alta demanda de serviços gerada pelo COVID, criou uma série de paradoxos incluindo a interrupção de vários serviços de saúde como aqueles voltados para as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) (WHO, 2022), exacerbando as barreiras de acesso e por conseguinte a prestação de serviços de saúde (BARROS *et al.*, 2021),

Dentre as DTN, elegeu-se a hanseníase para a análise das repercussões da pandemia nas ações de saúde correlatas, uma vez que o número de casos no mundo e no Brasil é elevado (202.185 *versus* 27.864) (WHO, 2021; BRASIL, 2021). Trata-se de uma DTN infecciosa, transmissível, potencialmente incapacitante, com alta infectividade e baixa patogenicidade, capaz de apresentar uma resposta imunológica complexa, resultando em variadas manifestações espectrais (THANGARAJU *et al.*, 2020), acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, com evolução lenta e, longo período de incubação (em média 5 anos), (NOBRE, 2016; GOULART *et al.*, 2008;). Essas características convocam um sistema de saúde robusto capaz de dar conta das pessoas adoecidas e de dos seus contatos.

O diagnóstico precoce dos casos novos e a vigilância oportuna dos contatos domiciliares e sociais de pessoas com hanseníase constituem importantes estratégias de redução não só dos danos causados socialmente pela doença, mas também a principal forma de quebrar a cadeia de transmissão da mesma (BOIGNY *et al.*, 2020). Neste contexto, o grupo dos contatos é considerado mais vulnerável e merece uma atenção específica das ações de saúde, pois, o processo de disseminação da doença, seu impacto e seus determinantes são desiguais entre as populações

(MAGNO, 2019), e o seu monitoramento torna-se uma estratégia crucial no desenvolvimento de ações que minimizem o impacto social, econômico e psicológico em sujeitos e coletividades (SOUZA, 2017).

Dentre as ações que se espera serem usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde aos contatos de pessoas com hanseníase, incluem exame dermatoneurológico da pele e de todos os seguimentos corporais, realização de testes de sensibilidade em áreas suspeitas; vacinação com BCG-ID (*Bacillus Calmette-Guérin* – Intradérmica) em indivíduos avaliados e sem diagnóstico da doença; orientação sobre a vacina; orientação quanto ao retorno à unidade de saúde para avaliação anual e/ou mediante surgimento de sinais e sintomas da doença; e orientação para busca de outros contatos (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde recomenda que tais ações sejam organizadas preferencialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de operacionalizar os atributos da mesma. Entretanto, a vigilância dos contatos ainda tem recebido pouca valorização dos serviços de saúde, uma vez que a atenção à saúde, via de regra, restringe-se ao controle da doença e do doente, secundarizando as ações para os mesmos (SANTOS *et al.*, 2019).

Faz-se oportuno ainda pontuar, que a as Ações de Controle da Hanseníase na APS esbarram em uma série de problemas como a rotatividade de profissionais, resistência em realizar tais ações, desconhecimento sobre sinais e sintomas, falta de interação com serviços de referência e baixa resolutividade da APS. Deste modo, falhas operacionais nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente na APS, contribuem para uma maior ocorrência da doença, obstaculizando o seu controle (SOUZA *et al.*, 2018).

É nesse sentido que a vulnerabilidade programática se configura como constructo potente para o estudo das ações de vigilância do contato em hanseníase, na medida em que promove o entendimento de como a dinâmica institucional envolvida no acesso

à rede de atenção à saúde por esses indivíduos pode provocar maior susceptibilidade à hanseníase, além de permitir reconstruir o modo como se desenvolvem as interações entre estes, os serviços e os profissionais de saúde (BARBOSA *et al.*, 2014; MENDES, 2011).

A pandemia da covid-19, concorreu para que a vulnerabilidade programática em que está inserido o contato de pessoa acometida pela hanseníase, se manifestasse de forma contundente vinculada a uma gama de ações institucionais relacionadas à doença, tornando o seu controle um desafio para profissionais da APS, dos serviços especializados e para os gestores (ARANTES, 2020; BRANCHER *et al.*, 2020). Esse impacto se deu por motivos de suspensão das atividades vitais para o diagnóstico, visitas domiciliares, consultas e ações de educação em saúde (MARICATO, 2020). O impacto das interrupções e/ou fragmentações dos serviços no controle da hanseníase é desconhecido no contexto investigado. Objetivou-se analisar as experiências de profissionais de saúde e gestores frente às ações de vigilância de contatos de pessoas acometidas pela hanseníase no contexto da pandemia da covid-19.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório, realizado no município de Vitória da Conquista, situado no interior da Bahia, sendo a terceira maior cidade da Bahia e o principal do território de identidade da região sudoeste (PMVC, 2019).

Fizeram parte do estudo profissionais da APS e profissionais do serviço de referência que executam o programa de controle da hanseníase nos diversos níveis de atenção e profissionais representantes da gestão municipal. Os profissionais da APS foram selecionados a partir de unidades de saúde previamente escolhidas por sorteio. Foram incluídos profissionais de saúde e gestores que

se encontravam atualmente nos cargos, independentemente do tempo de atuação e, excluídos aqueles que se encontravam de férias ou afastados por motivos de saúde. Os profissionais da APS foram selecionados a partir de unidades de saúde previamente escolhidas por sorteio.

A coleta ocorreu no período de outubro a dezembro de 2020, a partir da realização de entrevistas semiestruturadas seguida de roteiros específicos para cada categoria profissional. Estas foram gravadas e transcritas após autorização e, codificadas com as siglas PAPS (Profissional da Atenção Primária à Saúde); G (Gestor); e PR (Profissional da Referência), seguido da ordem de realização das mesmas.

Embora esse estudo tenha focado a vulnerabilidade programática, os autores assumem, de antemão, a interdependência das três dimensões da vulnerabilidade, qual seja, individual, social e programática, denotando o seu caráter dinâmico (AYRES, 2017).

Os dados foram submetidos a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2001). Recorreu-se ao programa ATLAS.ti versão 9 para a realização do processamento dos dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia– Campus Anísio Teixeira, parecer nº 2.644.039. Todos os preceitos éticos foram seguidos, tendo por base a legislação em vigor (Resolução nº466/2012 e Resolução nº 510/2016).

RESULTADOS

Participaram do estudo 15 profissionais, a composição foi em sua maioria de adultos do sexo feminino, pertencente à faixa etária de 30 a 49 anos, 50% (n=8) estavam no cargo há mais de 6 anos e, as entrevistas tiveram uma duração média de 37 minutos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização social, demográfica e profissional dos sujeitos do estudo

VARIÁVEIS	SUJEITOS DO ESTUDO		
	Gestores (n=5)	Profissionais da APS* (n=7)	Profissionais da Referência (n=4)
	% (n)		
Sexo			
Masculino	-	14,3 (1)	50 (2)
Feminino	100 (5)	85,7 (6)	50 (2)
Faixa Etária			
20-29	0 (0)	14,3 (1)	-
30-39	40 (2)	28,6 (2)	75 (3)
40-49	60 (3)	57,1 (4)	25 (1)
Raça/Cor			
Branco	-	14,3 (1)	75 (3)
Preto	-	14,3 (1)	-
Pardo	100 (5)	71,4 (5)	25 (1)
Categoria Profissional			
Enfermagem	100 (5)	28,6 (2)	-
Medicina	-	14,3 (1)	25 (1)
Fisioterapia	-	-	25 (1)
Farmácia	-	-	25 (1)
Técnico de enfermagem	-	-	25 (1)
Agente Comunitário de Saúde	-	57,1 (4)	-
Tempo no cargo atual			
0 – 6 meses	20 (1)	-	-

6 meses – 12 meses	-	-	-
1 ano – 3 anos	80 (4)	14,3(1)	-
3 anos – 6 anos	-	28,6 (2)	-
>6 anos	-	57,1 (4)	100 (4)
Tempo de duração das entrevistas			
Até 30 minutos	60 (3)	14,3 (1)	75 (3)
30 – 60 minutos	20 (1)	71,4 (5)	25 (1)
>60 minutos	20 (1)	14,3 (1)	-

**APS: Atenção Primária à Saúde.*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Os resultados do estudo foram organizados nas 3 categorias abaixo.

CATEGORIA 1: A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A VIGILÂNCIA DOS CONTATOS NO CONTEXTO DE PANDEMIA

A categoria 1 expressa, de forma contundente na fala de gestores e profissionais de saúde, alterações na dinâmica organizativa dos serviços em relação ao atendimento dos contatos de pessoas com hanseníase por ocasião da pandemia do covid-19, acirrando problemas preexistentes representados pela descontinuidade assistencial, notadamente na APS.

“Se antes já era difícil pensar em hanseníase, com a pandemia a gente pensou bem menos ou quase nada...” G02

“O que está sendo desenvolvido para o monitoramento do contato nesse período de pandemia é N-A-D-A... a gente não consegue fazer porque como a unidade está restrita a atendimento de pacientes de urgência e emergência e

acompanhamento de pacientes crônicos um pouquinho mais graves... o que a gente faz, além disso, é atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios..." PAPS01

Quando se analisa as ações desenvolvidas pelo serviço de referência, vê-se que a atenção às pessoas com hanseníase foi parcialmente suspensa, enquanto as ações de vigilância e monitoramento dos contatos obteve interrupção maciça.

"O serviço não está fazendo neste momento o trabalho de avaliação de contato, mas a gente continua avaliando toda demanda espontânea que chega aqui... então essa parte continua ativa, porém para os contatos a gente está explicando que assim que normalizar a situação da pandemia, todo mundo vai ser avaliado, só que por etapas e seguindo protocolos de saúde pra não correr risco de estar disseminando a COVID. Mas, essa questão aí vai acumular um pouquinho pro ano que vem, mas aí a gente vai ver como que a gente vai fazer né?! Montar uma estratégia pra poder estar avaliando todo mundo e aos pouquinhos a gente consegue normalizar de novo." PR03

Possíveis argumentos relacionados à interrupção das ações de controle e vigilância voltados para os contatos de hanseníase, encontram justificativas em recomendações ministeriais (BRASIL, 2020) favorecedoras de ações de caráter assistencial a grupos específicos como os sintomáticos respiratórios e, posteriormente, os que apresentavam maior risco para adoecimento e morte para covid-19.

"(...) ó, primeiramente a gente seguiu o protocolo do ministério da saúde que é reduzir o número de atendimento." PR03

"As ações de monitoramento do contato de hanseníase nesse momento tá um pouco difícil por conta da pandemia, né?! Antes fazíamos ações com visitas domiciliares pra poder avaliar essa rede de contatos, com o monitoramento da rede de contato até pelo paciente referindo quem são os contatos dele pra fazer uma busca ativa conjuntamente, e com o agente de saúde também..." PAPS01

Outras razões para a interrupção das ações relacionam-se com o alocamento de profissionais do serviço de referência para a vigilância epidemiológica do município, a fim de realizar a vigilância de pacientes sintomáticos respiratórios independente do status em relação à hanseníase.

"A gente tá com dificuldade porque a profissional responsável pela avaliação dos contatos no serviço está trabalhando em dois setores agora, pra tá ajudando nessa parte do monitoramento do COVID. Então, assim, ela não tá ficando todos os dias disponível para o serviço... então a gente precisa agora de um agendamento para o comparecimento dessas pessoas... antes as avaliações aconteciam por demanda espontânea... então isso dificultou um pouco mais essa avaliação..." PR02

Merece destaque ainda que os serviços de saúde parecem concentrar esforços em ações campanhistas realizadas no mês de janeiro para identificação de contatos, e dentre estes, novos casos de hanseníase. Também estas ações foram interrompidas no município por conta do contexto pandêmico.

"Na verdade, esse ano por conta de toda essa confusão do coronavírus, a gente não fez praticamente nada (...), mas as ações, elas são maiores no mês de janeiro por conta do 'janeiro roxo' e depois a gente faz de forma pontual." PR01

CATEGORIA 2: INFRAESTRUTURA E DINÂMICA RELACIONAL ENTRE OS NÍVEIS ASSISTENCIAIS PARA AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DO CONTATO NO CONTEXTO DE PANDEMIA

A dinâmica de relação entre os níveis assistenciais encontrou limitações ante as deficiências da rede de atenção as quais podem ser caracterizadas pela desarticulação entre os serviços de APS e a atenção especializada antes e durante a pandemia, bem como a falta de recursos humanos em número adequado para a avaliação dos contatos durante a pandemia.

“Eu acredito que a rede de atenção à hanseníase nesse momento, ela esteja paralisada, ela está, digamos assim, adormecida... assim como a hanseníase. A própria rede está num ritmo muito lento, até porque a gente foi engolido por uma pandemia... Então essa rede está adormecida, tudo parou, tudo... Não sei como a gente vai fazer, como é que nós da Atenção Básica, como a gente vai tá preparando esses profissionais pro pós-COVID?” G02

Ademais, ressalta-se que o município iniciou um processo de descentralização das ações de vigilância dos contatos de pessoas com hanseníase do serviço de referência para a APS. Entretanto, este processo de matriciamento que já ocorria de forma parcelada em algumas unidades, foi completamente suspenso por conta da pandemia.

“A capacitação, a educação continuada, é importantíssima, a educação continuada é uma das coisas mais importantes, não só pra os médicos das unidades, mas pra enfermeiros, pra o agente de saúde, pra todo mundo... Ela existia, mas, com a pandemia parou (...) Mas a gente tava começando a implantar no município, a gente tava fazendo uma vez por mês alguma aula de alguma coisa com os médicos do município, mas reduziu posteriormente, com a pandemia a gente suspendeu.” PAPS01

CATEGORIA 3: PRODUÇÃO DE CUIDADOS PARA OS CONTATOS DE HANSENÍASE NA CONJUNTURA DO DISTANCIAMENTO SOCIAL

A despeito de ter predominado uma interrupção/fragmentação das ações destinadas às pessoas com hanseníase e seus contatos, possíveis novos arranjos para mitigar a vulnerabilidade programática, aqui expressa pela interrupção de ações voltadas para captação, exame e avaliação dos contatos de pessoas com hanseníase, foram desenvolvidas de forma pontual, a partir do uso de tecnologias de informação e comunicação como o *Whatsapp* e o teleatendimento.

"Ultimamente as visitas elas tão um pouquinho mais difíceis, né, a gente tá fazendo muita visita na porta, outras vezes até pelo whatsapp... a gente utilizou muito esse recurso nesse período, e isso às vezes gera até um afastamento das pessoas com a unidade em relação ao medo do momento, né?!" PAPS07

"Sobre as ações nesse momento de pandemia para o monitoramento do contato...a gente tá fazendo a questão do teleatendimento, né, monitoramento via telefone né." G01

DISCUSSÃO TEÓRICA

Historicamente epidemias de grandes proporções vêm assolando o mundo, gerando consequências nefastas do ponto de vista econômico, social, político e sanitário (MOREIRA *et al.*, 2020). Do ponto de vista dos serviços de saúde, situações de catástrofes globais podem gerar pânico, interrupção de serviços essenciais, falta de insumos materiais e recursos humanos, crise política e sanitária, concorrendo, portanto, para a ocorrência de vulnerabilidade programática relativa a qualquer evento de saúde e não apenas para o evento gerador (ESTRELA *et al.*, 2020).

Também vem de longas datas o conhecimento da hanseníase como uma doença milenar que ainda não se acha erradicada em alguns países do mundo, sobretudo no Brasil, onde a endemicidade é elevada, e para a qual esforços de superação desta realidade ainda não lograram o êxito desejado (WHO, 2021; BRASIL, 2021).

Neste sentido, parece notória a compreensão de que anterior a pandemia da covid-19 os serviços de saúde, e dentre eles e em especial a APS, já vivenciavam obstáculos importantes na atenção integral às pessoas com hanseníase e seus contatos, incluindo ações

voltadas para o diagnóstico e tratamento precoce, identificação de contatos familiares e sociais, reconhecimento de casos novos, acompanhamento e tratamento de pessoas clinicamente curadas, mas com estados reacionais e sequelas geradoras de incapacidades físicas (BOIGNY *et al.*, 2020 SOUZA *et al.*, 2018). Com a pandemia do novo coronavírus, a descontinuidade assistencial às pessoas com hanseníase e seus contatos (WHO, 2020) incrementa à ocorrência de outros tipos de vulnerabilidade, como a individual e a social, devido ao risco de discriminação e estigma social, bem como pelas baixas condições socioeconômicas e piores condições de vida (FEMINA *et al.*, 2019), podendo aumentar a susceptibilidade para o adoecimento por hanseníase e o agravamento de doenças pré-existentes.

Não obstante, quando se considera a ocorrência de estados reacionais provenientes tanto do tratamento com a poliquimioterapia quanto das reações hansênicas, que podem ocorrer antes, durante e após o tratamento poliquimioterápico, e quando se considera a doença como de lenta evolução e período de incubação prolongado, as pessoas acometidas pela hanseníase e seus contatos deveriam ser enquadrados no grupo de risco para acompanhamento sistemático pelos serviços de saúde durante a pandemia.

Face ao exposto, observa-se que a superação da pandemia do coronavírus e da hanseníase carecem de mudanças substanciais no modo como os cuidados são realizados e articulados intra e interserviços, bem como são executados em todos os níveis de atenção. Esta situação implica na redefinição de responsabilidades dos diferentes serviços e níveis de atenção, e criação de novos pontos de acesso ao sistema de saúde, notadamente na APS, assim como novas formas de prestação da mesma.

ANÁLISE DOS DADOS

Os achados indicam que a assistência em saúde nos diversos níveis de atenção, principalmente a APS, voltada para os contatos de pessoas com hanseníase, esteve prejudicada durante a pandemia, corroborando achados de estudos anteriores realizados em outros países (BARROS *et al.*, 2021; WHO, 2022).

Quando se analisa as principais ações para minimizar o risco de colapso potencial do sistema de saúde frente a pandemia do covid-19, observa-se que a concentração de esforços se destinou à expansão de leitos hospitalares e de UTI, a notificação de casos suspeitos e confirmados e, mais tardiamente, à reorganização de fluxos de atendimento dos serviços, com priorização para os grupos de risco (CARVALHO *et al.*, 2021; NORONHA *et al.*, 2020). O discurso ministerial voltado para o controle da pandemia, encontra-se também vinculado a necessidade de garantia de segurança dos trabalhadores de saúde e da comunidade, como também pela falta de estrutura adequada dos serviços para a abordagem de distintos grupos de usuários, como os contatos de pessoas com hanseníase (BRASIL, 2020; SESAB, 2020).

Considerando este contexto, a reestruturação de fluxos assistenciais para a manutenção das ações de enfrentamento da hanseníase tiveram pouco avanço no cenário nacional durante a pandemia, sobretudo no âmbito loco-regional, onde observou-se contingenciamento de ações voltadas para o controle da doença, concentração em casos previamente acompanhados pelos serviços de referência, fragmentação assistencial expressiva quando se trata dos contatos de hanseníase e deslocamento de profissionais dos serviços de APS e de referência para atuarem em outros voltados para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de síndromes gripais. Complementarmente, as ações educativas e comunitárias realizadas nos serviços também foram interrompidas o que,

consequentemente, afeta não apenas a detecção precoce de casos, mas também a redução do estigma e do bem-estar dos contatos de pessoas com hanseníase, dos indivíduos afetados e suas famílias (BARROS *et al.*, 2021).

A realização de atividades pontuais de caráter campanhista voltadas para o controle da hanseníase durante a pandemia encontraram limitações. Isto se deve tanto pelo arrastamento do número de casos e persistência dos quadros de morbidade, letalidade e incapacidades por covid-19, quanto pelo necessário acompanhamento longitudinal destes, a fim de potencializar a capacidade de resposta dos serviços no controle desta doença.

Uma das medidas que o município em questão já vinha desenvolvendo antes da pandemia relaciona-se com a descentralização de ações de vigilância do serviço de referência para a APS. Esse processo que estava em curso no município antes da pandemia, foi interrompido, gerando mais sobrecarga para o serviço de referência e, possível desassistência para o usuário. O processo de descentralização das ações programáticas da hanseníase é caracterizado pela desconcentração das atividades que eram focadas em apenas um serviço (no caso, no serviço de referência) e que passa a ser de responsabilidade da APS, a qual tem potencial assistencial ampliado em razão da sua capilaridade territorial e reconhecimento da dinâmica comunitária e necessidades de saúde dos seus moradores. As atividades desenvolvidas pela APS seriam, principalmente, relacionadas ao diagnóstico, tratamento e também vigilância dos contatos, com intuito de aumentar a cobertura e melhorar a atenção aos indivíduos com hanseníase e seus contatos no contexto da pandemia e fora dele. O serviço de referência neste contexto, se portaria como um agente matriciador, a fim de dar suporte às equipes e fomentar processos formativos continuados, para melhorar o desempenho das mesmas.

Interessante ressaltar, que foram identificadas iniciativas pontuais relativas à adoção de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para minimizar os vazios assistenciais frente as pessoas com hanseníase. O uso de TICs, muito mobilizadas no monitoramento de usuários com sintomas sugestivos de Covid-19, também estiveram presentes no discurso de alguns profissionais e gestores voltados para os contatos de pessoas com hanseníase. Ressalta-se que o teleatendimento, por exemplo, pode ser utilizado para monitorar efeitos reacionais dos medicamentos para quem já iniciou o tratamento, busca de contatos, avaliação e realização de exames e também para garantir uma aproximação do profissional de saúde com o usuário (CAETANO *et al.*, 2020).

Importa considerar que o uso de TIC requer um investimento do nível gestor na aquisição e manutenção destas tecnologias nos serviços, na formação continuada dos profissionais, na criação de protocolos assistenciais adaptados ao atendimento remoto e na adesão dos profissionais a estas novas modalidades assistenciais. Entretanto, aspectos limitantes relacionados ao analfabetismo digital e o não acesso destas tecnologias por parte dos usuários implica em não generalização desta estratégia (CAETANO *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia do covid-19 afetou múltiplas dimensões dos serviços de saúde, notadamente o monitoramento dos contatos de pessoas com hanseníase no contexto analisado. As estratégias de eliminação da hanseníase, o processo de trabalho nos serviços de saúde como a descentralização das ações, a não integração da APS com o serviço de referência e a escassa utilização de novas tecnologias para o atendimento da hanseníase, foram pontos identificados no estudo, e que no atual momento, podem estar

favorecendo o aumento da vulnerabilidade programática e um possível recrudescimento desse problema de saúde pública.

Considerando que os serviços de controle da hanseníase são essenciais, urge a necessidade de reduzir as barreiras de acesso aos mesmos, a fim de se evitar o impacto desproporcional de determinadas medidas sanitárias voltadas para o controle da pandemia entre indivíduos economicamente vulneráveis e entre aqueles que podem ser ainda mais vulnerabilizados em razão de lacunas terapêuticas-assistenciais dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ARANTES, José Tadeu. **Estudo avalia a vulnerabilidade de trabalhadores na crise causada pela pandemia de COVID-19**. Agência FAPESP. 30 abr 2020. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/estudo-avalia-a-vulnerabilidade-de-trabalhadores-na-crise-causada-pela-pandemia-de-covid-19/33065/>. Acesso em: 29 out. 2022.

AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita. Centro de Estudos da ENSP e Revista Ciência & Saúde Coletiva debatem sobre vulnerabilidade. Canal Youtube: Ensp Fiocruz. 1 setembro de 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k0PWp0aFgY>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BARBOSA, Jaqueline Caracas. *et al.* Leprosy after release from treatment in the Brazilian Unified Health System: aspects for access in the Northeast region. **Cad Saúde Colet.** Rio de Janeiro. v. 22, n. 4, p: 351-358, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/cKV9fWwJLdPNvFnXkXrKW6h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

BARROS, Barbara. *et al.* An assessment of the reported impact of the COVID-19 pandemic on leprosy services using an online survey of practitioners in leprosy referral centres. **Trans R Soc Trop Med Hyg.** v. 115, p: 1456-1461, 2021.

BOIGNY, Reagan Nzundu. *et al.* Falhas operacionais no controle da hanseníase em redes de convívio domiciliar com sobreposição de casos em áreas endêmicas no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/YjWgZXwYLwxMdkwXdQhFS8r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

BRANCHER, Marco Capraro; MAGACHO, Guilherme; LEÃO, Rafael. **Impactos econômicos da crise do COVID-19 e dos programas de renda básica emergencial**. São Paulo. Centro de Estudos do Novo Desenvolvimentismo, Fundação Getúlio Vargas; 2020. Texto para Discussão 1/2020. Disponível em: <https://eaesp.fgv.br/producao-intelectual/impactos-economicos-crise-covid-19-e-programas-renda-basica-emergencial>. Acesso em: 29 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/323388710/Diretrizes-para-vigilancia-atencao-e-eliminacao-da-hanseniasse-como-problema-de-saude-publica-2016>. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase**. Brasília-DF. Número especial: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hanseniasse-2021>. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2020/CGDE/DCCI/SVS/MS**. O cuidado às pessoas acometidas pela Hanseníase no contexto da pandemia do COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 02 de junho de 2020. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=0015120529&codigo_crc=1E30D164&hash_download=ee76ae5d2478c9d07fd83dc976d7cc8ced9fe4951fba9602d214a366b463349ec0aead9a04aabc2ff7004908dabff6769612e62d7b307f2eb5ac180c9a646e1c&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 01 fev. 2022.

CAETANO, Rosângela. *et al*. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwplf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

CARVALHO, André Roncaglia. *et al*. Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.37, n. 9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q4HxP8Mvvh4PMPyTJWL4SGQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

ESTRELA, Fernanda Matheus. *et al.* Pandemia da Covid-19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n.9, p:3431-3436, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRhb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

FEMINA, Luana Laís. *et al.* Contatos domiciliares: informações encontradas nos prontuários e nas entrevistas com caso índice de hanseníase. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 21, n. 3, p. 85–92, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28212>. Acesso em: 2 mar. 2022.

GOULART, Isabela. *et al.* Risk and protective factors for leprosy development determined by epidemiological surveillance of household contacts. **Clinical and Vaccine Immunology**, v. 15, n. 1, p: 101–105, 2008.

MAGNO, Laio. Estudos qualitativos sobre caminhoneiros e HIV/aids: contribuições para análises de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 3, p. 715–728. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HWYR97YkDhXkzjScywCQ4Zn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

MARICATO, Glaucia. Entre uma nova epidemia e uma velha endemia: notas sobre as ações dos movimentos de pessoas atingidas pela hanseníase ao longo da pandemia da COVID-19. **Cadernos de Campo** (São Paulo - online), v. 29, n. supl, p. 163-172, USP, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/170393/162660>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF. Acesso em: 29 out. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *et al.* **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Pág 21 e 22. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

MOREIRA, Elaine. *et al.* **Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais**. Rio de Janeiro – UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/05/1_5028797681548394620.pdf. Acesso em: 29 out. 2022.

NOBRE, Mauricio Lisboa. **Estratégias para bloquear a transmissão da hanseníase em município hiperendêmico**. Orientador: Euzenir Nunes Sarno, Selma Maria Bezerra Jerônimo. 2016. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Mossoró, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18794>.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFR53Wx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

ORNELL, Felipe. *et al.* The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. **The Lancet Regional Health-Americas**, v. 4, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria de Infraestrutura Urbana. **Plano Estratégico Vitória da Conquista 2020**. Relatório Parcial 5 do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, v. I, p: 219, 2019. Disponível em: https://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/PMVC_PDDU_Produto_06_Tomo_II_Volume_I_Diagn%C3%B3stico-Socioeconomico.pdf. Acesso em: 29 out. 2022.

SANTOS, Kezia Cristina Batista. *et al.* Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. **Saúde debate**. v.43, n.121, Rio de Janeiro, 2019.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Plano de testagem de trabalhadores para COVID-19 durante a retomada de atividades cotidianas e da economia**. 16 de julho de 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Plano-de-testagem-de-trabalhadores-para-COVID-19-durante-a-retomada-das-atividades-cotidianas-e-da-economia.pdf>. Acesso: 01 fev. 2022.

SOUZA, Eliana Amorim. **Hanseníase, risco e vulnerabilidade: perspectiva espaço-temporal e operacional de controle no estado da Bahia, Brasil**. Orientador: Alberto Novaes Ramos Jr. 2017. 321f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21646>. Acesso em: 29 out. 2022.

SOUZA, Eliana Amorim. *et al.* Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: Padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p: 1-14, 2018.

THANGARAJU, Pugazhenthana. *et al.* Leprosy - the current target in national programmes. **J Family Med Prim Care**, v. 9, p: 5409-5410, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2020/09100/Leprosy____the_current_target_in_national.67.aspx. Acesso em: 02 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ending the neglected to attain the Sustainable Development Goals**: a roadmap for neglected tropical diseases 2021–2030. Genebra, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>. Acesso em: 29 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards zero leprosy**. Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509>. Acesso em: 29 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic**: November–December 2021. Interim report. Fev 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1. Acesso em: 02 mar. 2022.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Alice Ribeiro Cavalcante

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: aliceribeiro@ufpi.edu.br

Ariédna da Hora Ferreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Participante do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: ariednadahora@ufpi.edu.br

Célia Regina Maganha e Melo

Enfermeira obstetra. Mestre em Ginecologia e Obstetrícia (UNESP). Doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia (UNESP). Pós-doutorado em Saúde Coletiva (USP). PPós-doutorado em Saúde Coletiva (EEUSP), Livre docência em Saúde Materna e Perinatal. Professor Associado do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: celiamelomelo@usp.br

Daiana Bonfim

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (USP). Doutora em Enfermagem (USP). Pós-doc na Universidade de São Paulo. Coordenadora do Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas em Atenção Primária e Redes de Saúde do Hospital Israelita Albert Einstein.

E-mail: bonfim.daiana@einstein.br

Daiane Lima de Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: daianeenf@ufpi.edu.br

Daniela Arruda Soares

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (2006). Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora da Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (UFBA IMS/CAT).

E-mail: dandani23@yahoo.com.br

Denise Maria Campos de Lima Castro

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde (USP). Coordenadora de Parceria Público Privada do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

E-mail: enf.denise.castro@gmail.com

Dorothy Emanuely Acácio Vasconcellos Meira

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

Contato: dorothyemanuely2018@ufpi.edu.br

Eliana Amorim de Souza

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Gestão de Serviços de Saúde, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA (2009). Doutora em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (2017). Professora da Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (UFBA IMS/CAT).

E-mail: eliana.amorim@ufba.br

Elisa Miranda Costa

Cirurgiã Dentista. Graduada Saúde Coletiva (UCAM). Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Atuação como apoiadora no 3º Ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apoio técnico na construção da Linha de Cuidado Materna e Neonatal, com foco no Recém Nascido de Risco para o Estado do Maranhão pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e atuação como designer instrucional na Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

E-mail: elisamirancosta@gmail.com

Emilly Maia Lima Viana

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (UFBA IMS/CAT).

E-mail: emillymaia__@hotmail.com

Érica Alana Leal Moura

Fisioterapeuta. Preceptora do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde)

Contato: ericaalana03@gmail.com

Fábio Vidal Franco

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (USP).

E-mail: fabiovidalfranco@gmail.com

Francenilde Silva de Sousa

Cirurgiã Dentista. (UFMA, 2020). Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva (UFMA). Desenvolve projetos de pesquisa na linha de pesquisa Estudos Epidemiológicos e de Intervenção em Saúde Bucal, bem como participa de outros projetos de outras linhas.

E-mail: francenilde.sousa@discente.ufma.br

Gabriela Ferreira Granja

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (USP). Doutora em Cuidado em Saúde (USP).

E-mail: gabigranja@alumni.usp.br

Italo Rossi Roseno Martins

Farmacêutico. Mestre e Doutor em Farmacologia. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí (CSHNB/UFPI). Tutor do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde)

Contato: italarossi@ufpi.edu.br

Izabel Cristina Vieira de Oliveira

Cirurgiã-Dentista (UFMA, 2015). Mestra em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (2018). Especialista em Políticas, planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal pela Universidade Federal de Pernambuco (2019) e em Ortodontia pelo Centro de Educação Continuada em Odontologia do Maranhão (2019). Designer Instrucional da Universidade Aberta do SUS/UFMA.

E-mail: izabeldeoliveira.us@gmail.com

Jamila da Silva Rodrigues

Enfermeira (UEMA). Bacharel em Direito (UESPI). Especialização Saúde da Família (UNASUS-UFMA), Educação Ética e Política (UESPI). Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR) com ênfase em saúde coletiva. Atualmente Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (Luís Correia - PI) e Advogada com atuação em Direito à Saúde.

E-mail: rodriguesjamilas@gmail.com

Jerusa Costa dos Santos

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS/USP).

E-mail: jerusacs@usp.br

João Maria Correa Filho

Médico (UFPB). Residência em Clínica Médica pela Irmandade da Santa Casa de São Paulo e Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Psiquiatria (FM/USP). Ex-Coordenador do curso de pós-graduação em Gestão na Drogodependência Familiar do Centro de formação e estudos terapêuticos da família (CEFATEF). Professor Adjunto da Universidade Federal do Delta do Parnaíba - Campus Parnaíba e do Instituto Ensino Superior do Vale do Parnaíba - IESVP. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO - Núcleo UFDPar).

E-mail: jmcorreaf@yahoo.com.br

Jovelina Rodrigues dos Santos Arrais Neta

Enfermeira (UESPI, 2014). Especialista em Urgência e Emergência Adulta e Pediátrica (FVI), Saúde da Família e da Comunidade (UFPI), Auditoria em Enfermagem (NGE) e em Mediação de Processos Educacionais na modalidade Digital (Faculdade São Leopoldo Mandic). Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO - UFDPar).

E-mail: jovelina17cdb@hotmail.com

Katyucia Oliveira Crispim de Souza

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFS). Doutoranda no Programa Interunidades de Doutorado (USP).

E-mail: katyuciacrispim@outlook.com

Larayne Gallo Farias Oliveira

Enfermeira. Mestrado profissional em enfermagem (UESC). Doutorado em andamento pelo Programa Interunidades de Doutorado (USP).

E-mail: larayne@usp.br

Letícia Maria Carvalho de Sousa

Enfermeira (UESPI). Licenciatura Plena em Ciências Biológicas (UESPI). Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência, Docência do Ensino Superior e Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital. Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO - UFDPar). Enfermeira efetiva da Prefeitura Municipal de Teresina - PI e Prefeitura Municipal de Piriá - PI.

E-mail: lecarvalho@hotmail.com

Lislaine Aparecida Fraccolli

Enfermeira. Mestre em Educação Especial (UFSCAR), Doutora em Enfermagem (USP), Pós-doc na University of Toronto. Professora Titular da Universidade de São Paulo.

E-mail: lislaine@usp.br

Lívio Cesarini Moura Sousa

Graduando em Enfermagem (CSHNB/UFPI). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: livio.cesarini@ufpi.edu.br

Lorena Lúcia Costa Ladeira

Cirurgiã-Dentista (UFMA). Especialista em Ortodontia (IFES), Saúde Coletiva (UnibF) e Odontopediatria (FACSETE). Mestrado e Doutorado em Odontologia (UFMA). Tem experiência na área de Odontopediatria e Saúde Coletiva/Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Cárie, Doença Periodontal e fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis.

E-mail: lorenaladeira0@gmail.com

Mailson Fontes de Carvalho

Enfermeiro (UFPI). Especialista em Docência na Saúde (UFRGS), mestrado profissional em Saúde da Família (FIOCRUZ) e doutorado em Enfermagem e Saúde (UESB). Professor Adjunto na Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB) atuando na Graduação em Enfermagem e no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO - Núcleo UFDPAR). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - GPESC/UFPI e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). Interesses nas áreas de Saúde Coletiva, Políticas, Avaliação e Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Informática aplicada à saúde.

E-mail: mailsoncarvalho@ufpi.edu.br

Mailson Silva de Oliveira

Enfermeiro (UESPI). Especialista em Saúde da Família e Urgência e Emergência Pré-Hospitalar. Mestrando em Saúde da Família - PROFSAUDE (FIOCRUZ/ABRASCO - Núcleo UFDPAR). Atualmente atua como Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família de Luís Correia-PI e como plantonista na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

E-mail: mailson.oliveira@ufpi.edu.br

Marcela Mayana Pereira Franco

Cirurgiã-Dentista (UFMA). Especialista em prótese Dentária (Uningá). Mestre (2012) e Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Atualmente é docente das disciplinas prótese dentária e disfunção temporomandibular do Centro Universitário Dom Bosco (UNDB).

E-mail: marcela.franco@discente.ufma.br

Maria Dara Lopes de Moraes

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

Contato: mdaralopes@ufpi.edu.br

Maria Helena Santana

Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (UFBA IMS/CAT).

E-mail: mrhlnsntn@gmail.com

Mayanny da Silva Lima Barbosa

Enfermeira (FACEMA). Especialista em Saúde Pública e Programa Saúde da Família (Faculdade Dom Bosco) e Enfermagem do Trabalho (FAVENI). Mestranda no Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE (FIOCRUZ/ABRASCO - Núcleo UFDPAr). Atua como Enfermeira na Estratégia Saúde da Família em Caxias-MA e como preceptora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão.

E-mail: mayanny@gmail.com

Monique Dutra Fonseca Grijó

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde (ENSP/FIOCRUZ) e em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (EDUCASAÚDE/UFRGS). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (UFBA IMS/CAT) (2022). Enfermeira assistencial do setor de Hanseníase no Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária no município de Vitória da Conquista - Ba desde 2014.

E-mail: moniquefdutra@hotmail.com

Nayara Cristina da Rocha Oliveira

Enfermeira (UESPI). Especialista em Obstetrícia e Ginecologia; Saúde da Família e Comunidade; Gestão estratégica de pessoas; Enfermagem em UTI; Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital. Mestranda no Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE (FIOCRUZ/ABRASCO - Núcleo UFDPAr). Atualmente enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba - PI e preceptora na Graduação em Enfermagem na UNINASSAU Parnaíba - PI.

E-mail: nayaraoliveiraphb@gmail.com

Nelita D'Iolanda Costa Moura

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: nelitadi@ufpi.edu.br

Shelda Santos Silva

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: sheldasantos03@ufpi.edu.br

Tânia Maria Penafiel Diniz Moura

Enfermeira (UESPI). Licenciatura em Ciências Biológicas (UESPI, 2000). Especialista em Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde Coletiva e Gestão em Saúde. Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO – UFDPar). Atualmente professora efetiva de Ciências Biológicas da Secretaria Estadual de Educação - PI, Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e Imunização do município de Água Doce do Maranhão - MA, enfermeira estratégia saúde da família em Batalha-PI.

E-mail: taniapenafiel12@gmail.com

Tânia Maria Santos Luz

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, atuando como Coordenadora da Atenção Básica em Picos-PI. Preceptora do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

E-mail: tanieluz2014@hotmail.com

Thamina Oka Lôbo Paes Landim

Enfermeira (UESPI). Formação em Saúde Pública (UESPI, 2002). Especialista em Gestão Pública- UFPI (2011), Enfermagem do Trabalho com habilitação em Docência Superior -UESPI (2010) e em Programa Saúde da Família- FACISA (2007). Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO – UFDPar). Atua como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Floriano-PI, com experiência assistencial e docente do ensino superior e técnico profissionalizante na área de Enfermagem.

E-mail: thaminalobo@hotmail.com

Thaynara Silva dos Anjos

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFS). Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (USP).

E-mail: thaynaranjos@hotmail.com

Vanêssa Alves Monteiro da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC/UFPI).

Contato: nessa27monteiroal@gmail.com

Vanessa Moreira da Silva Soeiro

Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino Superior (UFMA), em Gestão em Saúde (UAB/UFMA) e em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (Futura). Mestra em Enfermagem (UFMA). Doutora em Saúde Coletiva (UFMA). Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pesquisadora das áreas de Epidemiologia, Doenças Transmissíveis, Doenças Negligenciadas, Atenção Básica e Geoprocessamento em Saúde.

E-mail: moreira.vanessa@hotmail.com

Vanila Santos da Costa

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (UFBA IMS/CAT) Vitória da Conquista – Ba.

E-mail: vanycosta96@gmail.com

Wesley Moreira Ferreira

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/CSHNB). Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde).

Contato: wesleymf@ufpi.edu.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

acesso à saúde 53, 107

afecções 16

APS 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 54, 60, 61, 62, 63, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 106, 107, 108, 109, 111, 116, 117, 118, 119, 122, 124, 126, 127, 128, 132, 134, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Atenção Primária à Saúde 11, 15, 17, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 49, 50, 54, 68, 75, 82, 83, 85, 90, 103, 106, 107, 119, 121, 123, 140, 142, 144, 146, 164

atendimento odontológico 54

C

caridade 53

cárie dentária 54

cidadania 35, 53, 59, 60

cirurgião-dentista 53, 55

competência cultural 72, 99

condições políticas 53

Constituição Federal 15, 19, 20, 35, 37, 52, 53

controle da doença 142, 152

coordenação da atenção 70, 72, 74

COVID-19 31, 67, 83, 117, 155, 156, 157, 158, 159

cuidados paliativos 27, 36, 71, 75, 107

cuidados primários 36, 71, 72, 91, 99

D

desenho político-institucional 53

desmedicalização 108, 110

diagnóstico precoce 141

direito de cidadania 35, 53, 59

direitos sociais 53, 157

Doenças Negligenciadas 167

Doenças Tropicais Negligenciadas 141

E

educação 21, 26, 29, 36, 46, 55, 60, 80, 92, 94, 102, 111, 120, 132, 143, 149

educação em saúde 36, 60, 80, 143

educação permanente em saúde 36

equipes completas 124

estado 73, 86, 117, 140, 158

exame dermatoneurológico 142

excesso de intervenções em saúde 108

F

família 20, 22, 26, 27, 36, 41, 42, 43, 46, 61, 72, 83, 97, 99, 113, 120, 137, 163, 166

fragilidade dos serviços de saúde 141

G

gestão 11, 12, 13, 18, 27, 28, 45, 53, 60, 62, 67, 70, 72, 74, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 106, 112, 120, 124, 126, 127, 128, 131, 137, 143, 162

gestores de serviços 124

governo federal 17, 23, 41, 47, 77

H

hanseníase 12, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158

hierarquização 28, 36

história 19, 75, 103, 112, 129

holística 106, 107

I

impacto social 59, 142

L

levantamento epidemiológico 54

M

medicalização 29, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

medicamentos 21, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 154

Ministério da Saúde 17, 22, 24, 25, 26, 32, 37, 45, 49, 50, 56, 59, 64, 67, 74, 75, 82, 94, 95, 97, 100, 102, 119, 120, 142, 156

mobilização comunitária 36

modelo assistencial 11, 16, 19, 25, 48, 57, 59, 71

modelos de proteção social 53

O

organização da atenção à saúde 53, 64, 78

orientação comunitária 30, 72, 99

orientação familiar 72, 99

P

pandemia 12, 117, 120, 139, 140, 141, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157

participação social 20, 23, 28, 35

PNAB 23, 25, 26, 27, 36, 40, 41, 42, 43

Política Nacional de Atenção Básica 23, 31, 36, 49, 50, 64, 65, 82

população adscrita 22, 23, 36, 60, 130

postos de saúde 36

prevenção quaternária 105, 106, 108, 109, 111, 117, 121

previdência 19, 53

profissionais de saúde 12, 13, 29, 34, 38, 46, 74, 79, 80, 88, 91, 92, 93, 97, 98, 100, 107, 108, 109, 110, 120, 140, 143, 146

prontuário eletrônico 27, 124, 129

psicossocial 107

R

reabilitação 20, 25, 26, 35, 63, 71, 107

rede de atenção à saúde 35, 71, 83, 143

redução de danos 26, 35, 63, 71, 107

S

saúde 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 162, 164, 166

saúde bucal 25, 29, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 162

saúde da família 26, 27, 36, 41, 43, 46, 61, 83, 97, 137, 166

seguridade social 53

sistemas de saúde 21, 71, 76, 77, 78, 86, 87, 94, 102, 131

Sistema Único de Saúde 11, 14, 15, 16, 17, 23, 34, 35, 49, 50, 52, 53, 54, 58, 64, 65, 67, 70, 71, 74, 82, 88, 102, 106, 107, 112, 120, 121, 135, 156, 163

SUS 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 61, 62, 64, 66, 67, 71, 74, 81, 82, 88, 102, 106, 107, 111, 112, 113, 119, 120, 161, 162

T

testes de sensibilidade 142

tratamento 26, 35, 43, 44, 56, 61, 63, 64, 66, 75, 80, 81, 91, 107, 109, 110, 112, 113, 116, 117, 126, 151, 153, 154

tratamentos 71, 91, 109

U

unidades de saúde da família 36

urgência e emergência 124, 146

V

vacinação com BCG 142

vigilância 12, 27, 35, 36, 60, 71, 107, 115, 132, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 153, 156, 158

vigilância de agravos 36

visitas domiciliares 23, 36, 42, 92, 132, 143, 147

vulnerabilidade programática 142, 143, 144, 149, 150, 155

www.PIMENTACULTURAL.com

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

concepções, experiências e reflexões