

**SAÚDE E EDUCAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
OCULAR - UM OLHAR DE CIDADANIA**

Marcio Sued Costa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Empresas

Orientador:
Professor Doutor Luís Martins, ISCTE Business School
Departamento de Gestão

Setembro de 2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Martins pela sua disponibilidade e interesse na orientação deste trabalho.

A toda a minha família que acreditaram nesse *novo olhar* em especial a todos do ISTCE assim como Sra.Mariana Rodrigues, Prof. Marcus Vinicius, Carla Winer e a Georgina (FGV)

Jairo Coelho, Jorge Cunha, Maria Eugenia Gallo, Ana Martha, Gilson Cantarino, Alexandre Maia, Eduardo Marques, MORHAN (Movimento de Re integração das Pessoas Portadoras de Hanseníase), que me fizeram a repensar nesta possibilidade de um *novo olhar* e hoje realidade

RESUMO

A dissertação busca investigar a relação entre a eficiência na prestação dos serviços de prevenção a doenças oftalmológicas e a diminuição das enfermidades relacionadas com o aparelho visual nas comunidades de baixa renda no Brasil. A partir da análise do projeto intitulado *Olhando*, o objetivo foi problematizar o atual contexto das políticas públicas de saúde ocular no Brasil e propor um modelo eficaz de prevenção e tratamento dos principais problemas apresentados pela população brasileira de baixa renda. Devida à excessiva demanda na área de oftalmologia, associada à falta de organização e à dificuldade de acesso do usuário ao serviço de atenção oftalmológica, constitui-se um fluxo desordenado e vicioso no atendimento médico brasileiro. Assim, a pesquisa propõe demonstrar que o maior obstáculo na gestão dos sistemas de saúde parece não residir na falta de tecnologia adequada, mas na dificuldade de criar condições propícias para motivar os profissionais e proporcionar à população um acesso mais igualitário aos serviços; tanto no nível da infraestrutura quanto na organização da assistência oftalmológica.

Palavras-chave: *saúde, oftalmologia, prevenção, gestão de sistemas de saúde.*

JEL Sistema de Classificação: I-Saúde

I10 – Geral; I18 - Política de Governo; regulamento; Saúde Pública ; I 19 -Outros

ABSTRACT

The dissertation investigates the relationship between efficiency in the delivery of preventive services to eye diseases and the reduction of diseases related to the visual apparatus in low-income communities in Brazil. From the analysis of the project entitled Looking at the objective was to discuss the current context of public health policies in Brazil and ocular propose an effective model of prevention and treatment of the main problems presented by the Brazilian population with low incomes. Due to excess demand in the area of ophthalmology, associated with lack of organization and the difficulty of user access to eye care service, constitutes a vicious and uncontrolled flow of medical care in Brazil. Thus, the research aims to demonstrate that the major obstacle in managing the health system seems to lie in the lack of adequate technology, but the difficulty of creating conditions conducive to motivate professionals and provide the population with more equitable access to services, both at infrastructure and the organization of eye care.

Keywords: health, eye care, prevention, management of health systems.

JEL classification system: I-Health

I10 – General; I18 - Government Policy; Regulation; Public Health ; I19 - Other

SUMÁRIO

Introdução

1.0 Contextualização	1
1.1 Objetivos	3
1.2 Problema	4
1.3 Hipótese	5
1.4 Justificativa e Relevância do Estudo	5
1.5 Metodologia	8

Capítulo 1 – O cenário da saúde no Brasil e suas principais influências

1.0 Histórico.....	12
2.0 O Modelo de Gestão na área da Saúde	14
3.0 A política sanitária no Brasil.....	18
3.1 A proposta de gerenciamento da legislação do sistema único de saúde (SUS)	23
3.2 Atenção básica à saúde	30
3.2.1 A atenção básica à saúde no Brasil	33
3.2.2 O programa de saúde da família	34
3.3 A trajetória das políticas de saúde no Brasil	43

Capítulo 2 – Estratégia de controle da deficiência ocular

1.0 A incidência dos problemas oculares	47
1.1 A prevenção da cegueira.....	49
1.1.1 Aspectos importantes na elaboração de programas de prevenção.....	52
1.1.2 Planejamento de intervenção em programas de prevenção.....	55
1.1.3 Programa “Visão 2020” (Organização Mundial de Saúde – OMS)	55
1.2 A saúde ocular no Brasil.....	57
1.2.1 A saúde ocular infantil	60
1.2.2 A catarata.....	62

Capítulo 3 – Projeto Olhando

1.0 Análise de questionário	67
-----------------------------------	----

Conclusão	81
-----------------	----

Bibliografia.....	84
-------------------	----

INTRODUÇÃO

1.0 CONTEXTUALIZAÇÃO

Esta pesquisa busca investigar a relação entre a eficiência na prestação dos serviços de prevenção a doenças oftalmológicas e a diminuição das enfermidades relacionadas com o aparelho visual nas comunidades de baixa renda no Brasil. A partir da análise do projeto intitulado *Olhando*, temos por objetivo problematizar o atual contexto das políticas públicas de saúde ocular no Brasil e propor um modelo eficaz de prevenção e tratamento dos principais problemas apresentados pela população brasileira de baixa renda.

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através da Lei 8.080 em 1990, tem como princípios norteadores integralidade, equidade e universalidade dos serviços de promoção da saúde. Ao estabelecer que a saúde seja um direito fundamental do ser humano – assegurado pelo estado – a legislação do SUS visa promover a redução das desigualdades e estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e serviços relacionados com a prevenção, reabilitação e redução dos agravos à saúde.

Os princípios da igualdade e universalidade, norteadores da legislação do SUS, asseguram a garantia da atenção integral à saúde a todo e qualquer cidadão. Dessa maneira, o poder público – nas esferas municipal, estadual e federal – torna-se responsável pela promoção, execução e fiscalização das atividades relacionadas à saúde da população.

Segundo a carta Ottawa (primeira conferência internacional sobre promoção de saúde, realizada em Ottawa em 1986): promover saúde consiste em "proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre ela". Dessa maneira, um plano de ação que vise à promoção da saúde tem como fundamentos o

compromisso do governo e a participação da população nas diferentes etapas do processo, isto é, no diagnóstico local, na execução das atividades e na avaliação constante dos resultados.

O presente trabalho aborda as questões referentes à promoção da saúde através do estudo da atenção à saúde ocular. No Brasil existem noventa e oito milhões de pessoas com algum tipo de deficiência visual. Dentre essas pessoas, oitenta milhões não têm acesso a qualquer tratamento, pois não há programas públicos efetivos de prevenção à cegueira ou à deficiência visual.

A capacidade visual desempenha importante função na qualidade de vida do ser humano, o conceito de prevenção à cegueira foi ampliado de modo a enfatizar a preservação da visão. Contudo, o conceito de oftalmologia em saúde pública é relativamente recente. Essa nova área de atuação envolve outros componentes da saúde pública, ou seja, fatores políticos, econômicos, sociais e psicológicos. Esses enfoques exigem a participação de diferentes profissionais articulados em torno do propósito comum de promover o uso da acuidade visual em toda a sua potencialidade, além da prevenção e controle da perda de visão.

Nesse novo contexto, o oftalmologista possui atuação bem mais abrangente, isto é, além de diagnosticar, tratar doenças e proteger a saúde ocular do paciente, ele passa a ter uma função social nas questões de gerenciamento dos programas de promoção da saúde ocular. Assim, o oftalmologista passa a ser uma espécie de líder e articulador dos programas de controle e erradicação de afecções oculares; atuando, juntamente com sua equipe, nos programas de prevenção da perda visual. Essas ações visam à preservação e/ou melhoria na identificação e tratamento das pessoas com algum tipo de perda visual e têm por finalidade tratá-las antes que a sua independência seja comprometida pelos problemas de visão.

O controle e a diminuição dos índices de cegueira por meio de programas específicos têm uma importância vital na política nacional de saúde ocular. Se os princípios da saúde pública forem aplicados aos programas de prevenção à cegueira, o número de cegos de uma

população ou de uma comunidade pode ser significativamente reduzido. Porém, a falta de organização dos recursos nos países em desenvolvimento restringe o acesso da população aos programas de atendimento oftalmológico.

1.1 OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa é demonstrar que, através de projetos que visem à saúde preventiva ocular da população de baixa renda, é possível diminuir a incidência de enfermidades relacionadas à visão por meio de iniciativas estruturadas e de baixo custo. Dessa forma, nossa proposta de pesquisa se baseia na idéia de que através do gerenciamento de programas de atenção básica em saúde ocular, é possível administrar os recursos em saúde de modo mais abrangente e eficaz, portanto, o foco dos programas em saúde deveria ser a prevenção e tratamento das enfermidades oculares ainda no nível primário.

Dentre os nossos objetivos específicos destacamos:

- Verificar o impacto do modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.
- Investigar como a informação da população pode contribuir para a conscientização no que diz respeito aos procedimentos de prevenção às enfermidades oculares.
- Demonstrar como ações em nível primário (Campanhas de Saúde) podem reduzir os gastos do governo com a saúde pública.

1.2 DELIMITAÇÕES DO PROBLEMA

No Brasil, apesar da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) primar pela universalidade, equidade e integralidade dos seus serviços, na prática não é isso que ocorre. A garantia ao acesso da população à assistência oftalmológica não é uma realidade, apesar dos avanços científicos e dos recursos humanos especializados. Atualmente, um dos grandes desafios da saúde no Brasil é a elaboração de novas estratégias para a saúde pública ocular. A capitação de recursos e o emprego de novas tecnologias na área oftalmológica justificam-se plenamente nesse contexto, na medida em que o problema da saúde ocular no Brasil não está relacionado com a falta de oftalmologistas e sim com a ausência de políticas públicas apropriadas para a prevenção e diagnóstico dos principais problemas oftalmológicos apresentados pela população brasileira de baixa renda.

Apesar da dificuldade em sanar os problemas decorrentes da má administração dos recursos públicos e da escassez de políticas relacionadas à promoção da saúde ocular, no presente trabalho nos propomos a investigar os benefícios de programas de gerenciamento que se disponham à prevenção das doenças relacionadas com a visão. Nesse contexto, algumas questões se colocam: qual a real incidência e prevalência das doenças que provocam cegueira ou que diminuem a qualidade de vida da nossa população? Qual o custo/benefício dos tratamentos necessários? Quais os melhores sistemas e serviços de saúde para o atendimento médico da população? Quais as decisões mais eficazes nas ações básicas?

1.3 HIPÓTESE

A presente pesquisa parte da hipótese de que através do gerenciamento de ações preventivas é possível diminuir a incidência de enfermidades relacionadas à visão na população de baixa renda no Brasil.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A implantação de um projeto de pesquisa em saúde ocular deve se pautar na investigação apropriada dos dados epidemiológicos em medicina – oftalmologia clínica e cirúrgica – além de informações em fármaco-economia e em sociologia. Faz-se necessário também capacitar os profissionais das distintas áreas de atuação através de treinamentos e reciclagens que os tornem aptos para planejar, administrar e executar as ações coletivas. O comprometimento da equipe com os indivíduos, suas famílias e a comunidade também é de fundamental importância. Como aponta Mello, não é admissível que os gestores e os profissionais de saúde não utilizem, ao máximo, o conhecimento científico nas suas atividades específicas.

Alberto Beltrane – Diretor do Departamento de Atenção Especializa-DAE Ministério da Saúde – nos diz que a portaria de maio 2008 estabelece a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia e prevê a estruturação de um plano de prevenção e tratamento das doenças oftalmológicas como parte integrante dos planos municipais de saúde e dos planos de

desenvolvimento regional dos estados e do Distrito Federal. Esse plano de prevenção dispõe-se a combater as principais causas das cegueiras através de financiamentos e custeio das cirurgias para tratamento de catarata, glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade. Esse projeto incluiria também o programa de fornecimento de colírios de glaucoma e estaria distribuído em cerca de vinte centros de referências com mais de novecentos e cinquenta unidades de atenção especializada em atendimento de alta complexidade em oftalmologia.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, a oferta dos serviços de atenção ocular deve ser planejada e organizada como parte de um sistema no qual os problemas sejam identificados e resolvidos através do planejamento das ações e da definição dos recursos necessários para a execução das atividades. Assim, a execução das tarefas implica a distinção de níveis de complexidade e a hierarquização das ações de saúde. Essa distribuição dos serviços requer a diferenciação dos níveis de atenção, isto é, institui a distinção entre atividades de atenção primária, secundária e terciária. Seguindo esse modelo, é importante ressaltar que para contemplar os serviços de atenção ocular destacam-se os níveis de atenção básica e especializada.

Os serviços de atenção básica têm como objetivos a identificação dos fatores de risco, a promoção da saúde ocular, o diagnóstico precoce e, em alguns casos, os tratamentos mais simples; também está incluído na atenção básica o controle periódico das pessoas sadias ou enfermas e os aspectos básicos da reabilitação. Na organização da oferta de serviços de atenção ocular, após a atenção primária, seguem-se dois níveis graduados pela complexidade dos meios diagnósticos e dos tratamentos especializados – o secundário e o terciário. Esses serviços se caracterizam por serem mais especializados, isto é, incluem os procedimentos complexos de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Uma pesquisa realizada em uma região sanitária no Chile teve como objeto de estudo a capacidade resolutive da morbidade nos níveis de atenção em saúde e concluiu que as "enfermidades do olho" são uma das primeiras causas de referência médica desde o nível primário. A partir da constatação de que os vícios de refração estão presentes em um grande número dos transtornos oculares observados, foi possível concluir que o poder resolutive das enfermidades do olho era bastante aumentado quando diagnosticado no nível primário, quando os problemas oculares poderiam ser facilmente resolvidos. Desta forma essas ações acarretariam um custo mais baixo, trazendo benefícios para os pacientes e diminuindo as despesas com o tratamento.

Os componentes fundamentais para a prestação de serviços de saúde incluem a avaliação e a monitoramento das atividades com o intuito de melhorar as condições de prestação e eficiência dos serviços. O controle das atividades realizadas possibilita também a obtenção de dados que corroborem a importância e a necessidade de investimentos na captação de recursos humanos, materiais e financeiros, facilitando o processo de tomada de decisões.

Segundo Aguirre-Gas, a avaliação da qualidade da Atenção Médica tem se centrado nas informações contidas no expediente clínico, contudo, outros aspectos também precisam ser levados em conta, como: a suficiência e a qualidade dos recursos físicos; a disponibilidade e capacidade profissional e técnica dos recursos humanos; a administração dos materiais de consumo; a organização dos serviços; a realização dos procedimentos e técnicas segundo normas de qualidade vigentes; a obtenção de resultados da atenção em concordância com o objetivo da mesma e o elo social e humanitário existente. Este mesmo autor também considera a qualidade da atenção focada por três ângulos diferentes, isto é, conforme a satisfação das expectativas do usuário ou paciente, do profissional de saúde e da instituição.

A organização da atenção médica segue níveis de complexidade crescente e deve partir de uma análise cuidadosa da realidade da área estudada. Através das revisões periódicas do objeto de estudo é possível evitar e/ou corrigir distorções, usualmente de alto custo, no manejo global das necessidades da atenção à saúde da população. Dessa maneira, os programas de prevenção da perda da visão se justificam pelo fato de que, além de 60% dos casos de cegueira e visão subnormal poderem ser evitados, 20% dessas cegueiras são reversíveis. A partir do estudo das enfermidades oftalmológicas da população de baixa renda do Brasil – um país onde há quatro milhões de deficientes visuais e um milhão e meio de cegos – torna-se evidente a importância de uma política pública de prevenção da saúde ocular.

1.5 METODOLOGIA DE PESQUISA

– Tipo de investigação

Segundo Yin (2005), a pesquisa deve se pautar em um método cuja aplicabilidade seja simples e objetiva. A metodologia deve definir e demonstrar a dimensão científica experimentada em uma vivência ou uma investigação, reportando os objetivos evidenciados para um conjunto de fatos e dados importantes no processo de desenvolvimento de uma organização.

Outro ponto fundamental sobre o método, conforme proposto por Yin (2005), está na definição do problema a ser estudado e no direcionamento dos dados coletados de forma a permitir ao pesquisador uma delimitação e um alinhamento formal para o estudo do caso.

– Estudo de Caso

Para Vergara (2006), o estudo de caso é um meio de investigação circunscrito a entidades como famílias, pessoas, comunidades, empresas, órgãos públicos e, até mesmo, um país. Sua finalidade está diretamente relacionada à profundidade e ao detalhamento do material estudado.

Para Yin (2005), o estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos. Segundo esse autor, a definição da fonte para o estudo de caso é um ponto muito importante para a qualidade do resultado. A fonte para o estudo é aqui definida como a combinação da experiência pessoal do autor com a pesquisa de campo.

– Universo e amostra

O estudo de caso que será apresentado neste trabalho surgiu a partir dos meus questionamentos enquanto pesquisador ocupante do cargo de assessor da Gerência de Projetos Especiais na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2003 a 2006). Diante do questionamento sobre a qualidade de vida e de saúde dos moradores no Município de Bom Jardim (Região Norte Fluminense Estado do Rio de Janeiro), através da prática e da convivência com os problemas da referida população, foi possível comprovar que a oferta do sistema de saúde no interior do estado do Rio de Janeiro, em especial para Saúde Ocular, não atendia às necessidades da população local. Dessa maneira, o primeiro passo foi construir um questionário para avaliar essas informações. Posteriormente, foram definidas as fontes que seriam pesquisadas com o intuito de delimitar o problema levantado e iniciar uma pesquisa sobre as possíveis soluções.

– Seleção dos participantes

Segundo Vergara (2006), a definição dos participantes de uma pesquisa é de extrema importância, ao passo que eles são os fornecedores das informações.

A presente pesquisa definiu como participantes a população local do município de Bom Jardim e utilizou como critérios de seleção a discriminação por idade, sexo e categoria social.

– Coleta de dados

A partir das definições de Vergara (2006), seguimos como linha mestra da pesquisa, os conhecimentos gerais sobre saúde ocular e suas patologias através de entrevistas individuais abertas e focalizadas.

Segundo Yin, no tratamento dos dados para um estudo de caso, o pesquisador “deve ser capaz de interpretar as informações à medida que estão sendo coletadas e saber, imediatamente, se as diversas fontes de informação se contradizem e levam à necessidade de evidências adicionais” (Yin, 2005:86).

– Tratamento dos dados

Os dados coletados na presente investigação foram analisados com procedimentos estatísticos, de acordo com os métodos de investigação utilizados. Os dados também forneceram informações para a identificação de suposições presentes na investigação. Antes de serem integralmente analisados, os dados foram identificados, classificados e organizados de forma estruturada com o objetivo de facilitar sua interpretação.

Segundo Yin (2005), o tratamento de dados deve se focar em conclusões convincentes que dissipem interpretações alternativas e facilitem a orientação segura do pesquisador.

– Limitação do método

Na análise dos dados do presente trabalho foi possível observar a identificação dos participantes com o problema analisado, sua consistência e importância para a melhoria dos serviços de saúde da população estudada.

A pesquisa também revelou a falta de preparo conceitual e prático dos agentes responsáveis pelo tratamento; bem como reforçou as hipóteses do autor quanto à importância da criação de uma alternativa inovadora para que os sistemas de gestão de saúde possam viabilizar mecanismos e ferramentas eficientes, adaptáveis e coerentes com os demais sistemas de gestão.

O prazo de realização da pesquisa incluiu a seleção do município escolhido, a organização de uma campanha de motivação para que a população participasse, além da aplicação do questionário e análise dos dados. O autor considerou oportuno contemplar essas etapas para facilitar a identificação do problema e definição das soluções no decorrer do projeto. Estava claro para o autor que as informações coletadas seriam um ponto importante para a sua experiência. Desde o início foi possível ter uma visão global do problema e de possíveis alternativas de solução, sempre levando em consideração que as soluções propostas deveriam ser pertinentes e aplicáveis à realidade da Saúde no Brasil.

Capítulo 1: O CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL E SUAS PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS

1.0 HISTÓRICO

Surgiu na Inglaterra o projeto do urbanista Ebenezer Howard denominado *Cidade Jardim* que foi um dos marcos históricos no que diz respeito a municípios saudáveis. Ebenezer Howard propunha mudar a situação de pobreza da população e, para tanto, recomendava incluir nas metas políticas das cidades a melhoria da qualidade do ar, dos transportes públicos, dos hospitais, dentre outras. O projeto também previa a proibição do uso do álcool e tabaco; porém, não teve impacto positivo, porque não considerou as necessidades reais da população.

Winslow (1923, apud Cerqueira 1997) foi o primeiro autor a utilizar o termo promoção da saúde para se referir a comunidades organizadas em torno de políticas que promovessem a melhoria da saúde da população. Nesse sentido, como aponta Sperandio (2001), esse autor tinha por objetivo valorizar os programas educativos na promoção da saúde dos indivíduos.

Em 1974, o relatório Lalonde abriu novos caminhos para as intervenções em saúde pública. Esse documento priorizava a construção de políticas públicas voltadas à atenção primária e ao desenvolvimento comunitário, destacando, como componentes importantes, a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde. (Lalonde, 1974; Gentile, 1999; Andrade e Barreto, 2003).

A partir das políticas públicas definidas por Lalonde, diversos países investiram na construção de comunidades/municípios saudáveis. Nesse contexto, a cidade de Toronto no Canadá, implementou em 1978 um projeto para tornar-se a cidade mais saudável do mundo.

Em 1986 esse movimento foi levado para a Europa e resultou na implantação em diversos países, ou seja, no ano de 1997 o projeto *Cidades Saudáveis* – apoiados pela WHO/Euro – já contava com a participação de trinta e seis cidades em vinte três países europeus.

O desenvolvimento de ambientes saudáveis implica a participação social numa atuação democrática. O processo de construção de comunidades/cidades saudáveis se caracteriza por sua estratégia de promoção da saúde que agrega, em diferentes abordagens, o acesso da população ao conhecimento. Essas ações têm por objetivo a construção de políticas públicas e a participação da sociedade na implantação de uma política de qualidade de vida: a construção de um novo olhar para a saúde.

De acordo com Cerqueira (1997) e Nutbeam (1999), a construção do conceito de promoção da saúde teve como base os trabalhos de Henry Sigerist (1942), o informe de Marc Lalonde (1974), a Declaração de Alma Ata – OMS (1978) e a Carta de Ottawa (1986).

Henry Sigerist (1942) nos propõe que a promoção da saúde seja uma das quatro tarefas básicas da medicina, isto é, deve ser incluído na tríade estabelecida entre a prevenção da doença, o restabelecimento do doente e a reabilitação. Já o informe de Marc Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians* (1974), considera que dentre os múltiplos fatores que determinam o processo saúde/doença, a promoção da saúde deva ser prioridade. De acordo com a Declaração de Alma Ata – OMS (1978) –, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Dessa maneira, a saúde torna-se um objetivo social importante e proporciona o encaminhamento das políticas de saúde para a esfera social, delineando a importância da participação comunitária e a cooperação entre diferentes setores da sociedade. Por fim, a Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. A referida carta enfatiza a importância do impacto social, econômico, político e cultural e propõe estratégias intersetoriais como o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a

criação de meios favoráveis para reforçar a ação comunitária e desenvolver atitudes pessoais que orientem os serviços de saúde.

Segundo Serrano (2002), os aspectos que motivam a promoção da saúde se relacionam com as evidências epidemiológicas dos determinantes socioeconômicos da doença. A pouca relação entre serviços de saúde e condições de saúde; assim como a revalorização de outras medicinas, ou seja, outros paradigmas do processo saúde-doença, na perspectiva biomédica, geram serviços e políticas que não conseguem enfrentar a complexidade dos problemas de saúde.

2.0 MODELOS DE GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE:

A abordagem clássica das organizações considera o fator cultural como um dos pontos a serem analisados no quadro das mudanças organizacionais. No setor da saúde, a consideração desse fator também vem sendo proposta e/ou implementada no processo de reforma do estado. Na última década, a administração pública brasileira – inspirada na área gerencial e de administração de empresas – tem buscado implementar um modelo de gestão que priorize a flexibilização, descentralização dos processos de trabalho e controle dos resultados, enfatizando a qualidade e eficiência dos serviços prestados. A partir dessas mudanças, surge o gerenciamento na administração pública, portanto, há uma substituição das práticas e valores tradicionais, particularistas e universalistas na concepção de Estado moderno.

Beck (1995) nos diz que as sociedades e/ou situações tradicionais limitam as possibilidades de escolhas e padrões, conforme as pessoas fazem as coisas como elas sempre foram feitas e os comportamentos são legitimados em nome da própria tradição. Já nas

sociedades contemporâneas, há uma maior refletividade; nesse modelo de sociedade, as tradições têm um papel relevante, porém elas devem ser justificadas perante outros modos de se comportar ou fazer as coisas. Isto acaba produzindo não apenas conflitos, mas também novos padrões de comportamento e mudanças no próprio sistema de significados, ou seja, na cultura. Contudo, em virtude de os códigos culturais "anteriores" não desaparecerem e permanecerem subjacentes e orientando os comportamentos, a relação entre permanência e mudança é sempre incerta, inesperada e mesmo paradoxal; o que implica no surgimento de novos padrões sociais.

A cultura enquanto eixo disciplinar não possui uma definição unívoca e supõe um processo transformação contínua, na medida em que se fundamenta na articulação de diversos fatores. Segundo Geertz (1989) a cultura se define como uma espécie de código que orienta as práticas sociais de pessoas pertencentes a vários grupos e categorias sociais dentro de uma sociedade, isto é, cria uma espécie de identidade compartilhada. Essa definição mais ampla deve ser ajustada aos tipos de fenômenos particulares que se pretende analisar. Assim, a análise dos fenômenos ou problemas relativos à cultura em uma organização pública de saúde deve ser feita a partir da consideração de distintas dimensões como culturas política, cívica, organizacional e profissional.

O novo conceito de administração pública requer uma mudança na relação entre os agentes do estado e a sociedade, os servidores/prestadores de serviços passam a ser responsáveis pelos tratamentos oferecidos à população e os cidadãos passam a ter maior consciência sobre os seus direitos, reivindicando-os. Dessa maneira, os fenômenos que se passam no interior de uma organização de saúde são atravessados por distintos campos sociais e políticos. O impacto do fator cultural na administração das organizações públicas de saúde implica, dentre outros fatores, o campo da antropologia médica: o estudo de endemias e representações sobre o entendimento do que seja a saúde ou a doença.

A cultura de uma organização é como uma espécie de "minissociedade" que constitui um sistema de significados. A cultura de uma organização é moldada por valores, crenças, pressupostos, percepções, normas e padrões de comportamento. Esses fatores constituem a força subjacente que move e configura as práticas organizacionais, mobilizando seus membros para agir em certas direções.

Uma organização pública de saúde sugere um tipo de identidade coletiva de acordo com a característica do público e do sistema de saúde. Um dos elementos definidores dessa identidade é o fato das atividades dos membros da organização estar voltadas para o enfrentamento dos fenômenos de vida e morte. Dito de outro modo, a cultura de uma organização de saúde implica a produção de bens e/ou serviços voltados para a promoção do bem-estar físico, mental e social de seus usuários/clientes. Assim, apesar dos diferentes tipos de organizações em saúde possuírem diferentes lógicas de funcionamento, elas compartilham algumas características em comum como, por exemplo, a autonomia dos médicos e a centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional. Nesse ponto, a cultura institucional se vincula à cultura profissional e passa a ser entendida não como um sistema de significados unificados, mas como uma espécie de mosaico em que vários mundos prático-simbólicos coexistem em nossa sociedade complexa e fragmentada.

A cultura de uma organização, tal como observada em um corte sincrônico, apresenta-se como o momento de um processo diacrônico com múltiplas dimensões. Se, por um lado, a cultura refere-se à tradição, à reprodução de significados e a padrões de comportamentos através do tempo; por outro, o fato da tradição ser transmitida pela cultura propõe que seja levada em conta a história social e individual, de acordo com os hábitos, valores e representações sociais. Dessa maneira, a cultura não se reproduz independentemente das condições que a produz.

Este é um dos dilemas que se colocam na introdução das propostas reformadoras nas organizações públicas de saúde no Brasil. A análise da relação entre os novos desenhos institucionais e/ou inovações gerenciais e as mudanças na cultura de organizações públicas de saúde implicam uma revisão metodológica que permite a verificação da reprodução, ou não, de certos padrões ao longo do tempo. Assim, além da construção do objeto por meio de uma articulação conceitual em que se apreendam distintas ordens de fenômenos, outro desafio para as organizações públicas de saúde brasileiras é a elaboração de indicadores de mudanças culturais e sua sistematização mediante índices capazes de acompanhar o sentido dessas mudanças.

No Brasil, as organizações de saúde muitas vezes são ineficientes e/ou ineficazes por utilizarem mal os recursos existentes. Esse problema tem como conseqüência a impossibilidade de alcançar os resultados esperados. Essas dificuldades das organizações de saúde são reflexos da pouca clareza de seus objetivos, bem como dos objetivos da rede de serviços de saúde brasileira como um todo.

Malik e Vencina (1998) apontam a conseqüência imediata da não fixação de objetivos claros e a inexistência de um referencial de longo prazo levam as organizações a se moverem de acordo com orientações pontuais, ao sabor das crises da administração do cotidiano. Nesse contexto, a rotina gerencial fica consumida por uma lógica imediatista, onde o que prevalece é a tentativa de resolver uma quantidade infindável de problemas emergenciais sem conseguir sequer hierarquizá-los segundo prioridades relacionadas aos objetivos organizacionais.

Para Motta (1991), uma das mais importantes funções gerenciais da saúde pública brasileira, principalmente na área de oftalmologia, é dar direção à organização de saúde através da definição e redefinições de objetivos e de estratégias de ação. Dessa maneira, ressaltamos a necessidade de entender a complexidade do sistema de saúde a partir de uma perspectiva mais compreensiva do que prescritiva, ou seja, considerar de modo mais

abrangente e totalizante a organização de saúde, o que contribui para uma atuação gerencial mais eficiente nos seus diferentes níveis.

3.0 A POLÍTICA SANITÁRIA NO BRASIL

Para que seja compreendida a situação do setor da saúde no Brasil, faz-se necessária uma recapitulação dos acontecimentos que marcaram a história do país e alteraram os rumos da atenção à saúde da população resultando na configuração atual do sistema de saúde brasileiro.

No século XX, o sistema de saúde brasileiro teve várias configurações. Inicialmente se caracterizava pelo modelo do Sanitarismo Campanhista; em seguida passou pelo modelo médico-assistencial privatista – através do projeto neoliberal da década de oitenta – até chegar, no início dos anos 90, ao cenário de uma profunda crise política e econômica.

De acordo com Mendes (1995), a área sanitária brasileira conta com dois projetos alternativos em permanente tensão: o projeto neoliberal – portador de nítida hegemonia – e a reforma sanitária que se caracteriza por ser contra-hegemônica. Esses projetos estão em constante desacordo no plano político, ideológico e técnico. Assim, as propostas de saúde são decodificadas por cada um desses projetos a partir dos seus pressupostos e interesses.

Escorel (1998) (7) afirma que a abordagem dos problemas de saúde no final da década de 60 e início da década de 70 – período mais repressivo do regime militar — tiveram como base teórica e ideológica o pensamento médico-social. Esse modelo de gestão em saúde teve início dentro dos departamentos de medicina preventiva e se caracterizava por uma prática política nas universidades. Assim, a medicina preventiva desenvolveu-se a partir de uma abordagem socialista do campo da saúde.

No final da década de 70, a sociedade civil passa a se organizar e lutar contra o autoritarismo do regime militar e em prol da democratização do país. Neste contexto, inscreve-se o processo de reestruturação do setor da saúde com a proposta da reforma sanitária brasileira. O movimento sanitário era composto por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde; o grupo teve grande influência no meio acadêmico que pode ser considerado mentor do processo de reformulação do setor da saúde. De acordo com Gershman (1995), a reforma sanitária brasileira sofreu grande influência do modelo da reforma sanitária italiana e desempenhou um importante papel em organismos internacionais como na *Organização Panamericana da Saúde*.

O projeto da reforma sustentou-se sobre uma ampla crítica ao modelo em vigor, isto é, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público. Assim, o modelo de gestão no qual o setor público financiava o setor privado resultou na falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde (OLIVEIRA & TEIXEIRA apud GERSHMAN, 1995: 42).

Segundo Escorel (1998: 189), o movimento sanitário pôs em prática, no ano de 1983, a estratégia de ocupação dos espaços institucionais. Na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, o movimento sanitário passou a fazer das instituições o “palco” da construção da contra-hegemonia. Paralelamente à movimentação da sociedade civil, o governo buscava saídas oficiais para a crise do setor saúde. Em outubro de 1980, os ministérios da Saúde e da Previdência Social apresentam o *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* – o PREV-SAÚDE. Porém, diante do recuo do próprio governo federal sob alegação de falta de recursos financeiros para sua implantação, o programa acabou não sendo realizado. Foi criado, então, o *Pacote da Previdência* que estabeleceu o aumento da contribuição previdenciária e instituiu o *Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária* (CONASP) com o objetivo de racionalizar as despesas e controlar gastos

públicos. Dentro dessa estratégia racionalizadora, o principal desdobramento do CONASP foi à implantação das *Ações Integradas de Saúde* (AIS). O objetivo dos AIS era a reorganização institucional da assistência à saúde com o intuito de evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições de saúde. Assim, pela primeira vez, as prefeituras iriam receber recursos federais provenientes da previdência, mediante pagamento por serviços prestados pelos municípios.

De acordo com Carvalho, Petris e Turin (2001), os AIS foram reconhecidos como um marco indiscutível e de amplitude considerável ao possibilitar o fortalecimento da rede básica ambulatorial em vários estados brasileiros. O aumento da capacidade de atendimento à demanda resultou na contratação de recursos humanos e na revisão do papel dos serviços privados; incluindo, em alguns casos, a participação da população na gestão dos serviços.

Porém, como nos lembra Gershman (1995), o processo de reformulação da política de saúde só adquiriu sua forma acabada com a *VIII Conferência Nacional de Saúde* (CNS), em 1986. O projeto da *Reforma Sanitária Brasileira* foi definido nessa conferência e introduziu mudanças no setor da saúde de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo. A VIII CNS/86 possibilitou a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais e resultou na unificação do Sistema de Saúde. Também foram discutidas propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito à cidadania e ao dever do Estado como base financeira do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo sem a presença dos prestadores de serviços privados de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do Movimento Sanitário original, acrescido de novos integrantes e parceiros.

Segundo Escorel (1995), na efetiva implantação da reforma, em 1987, foi aprovado o decreto de criação do *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde* (SUDS). Esse sistema tinha por objetivo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo dos AIS. O

SUDS contemplava o encurtamento da máquina previdenciária em nível estadual; a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera do governo e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o serviço privado.

Contudo, como aponta Gershman (1995), no contexto da descentralização surgiram barreiras à implementação do SUDS. O *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS) e o Ministério da Saúde através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos prejudicaram o andamento do projeto. O desaparecimento dos recursos financiadores do sistema foi um dos problemas enfrentados e ocasionou a crise das unidades locais. Com a ausência de financiamento, as unidades não tinham recursos para pagar os profissionais e não conseguiam investir na área instrumental ou de manutenção dos equipamentos e medicamentos necessários.

Imediatamente após a *VIII Conferência Nacional de Saúde* foi constituída, através das plenárias estaduais, a plenária nacional. Dessa maneira, a partir da *Plenária Nacional de Entidades de Saúde* se iniciou – em nível nacional – o processo de articulação do movimento social em torno da questão saúde. Esse movimento possibilitou introduzir na Constituição Federal os princípios da Reforma Sanitária.

A constituição Federal de 1988 incorporou mudanças no papel do estado e alterou profundamente a estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde no país. Foram criadas novas relações entre as diferentes esferas do governo, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, no Brasil, o documento do Sistema Único de Saúde (SUS-1998) foi o resultado do movimento da Reforma Sanitária. Segundo esse documento, a saúde se constitui como um direito universal de cidadania e implica o acesso da população às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

“A Constituição estabeleceu os direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros, mas, em geral, para que estes direitos e deveres possam ser usufruídos ou exercidos necessita-se de outros atos legislativos que os regulamentem” (Carvalho, Petris e Turini, 2001: 41).

A legislação do SUS é considerada um dos marcos que introduzem no Brasil o conceito de promoção da saúde, ampliando as responsabilidades dos governos nas políticas públicas na área da saúde. A promoção da saúde é aqui entendida segundo as pontuações de Sperandio (2001): como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida para todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um meio de resgatar a cidadania transformando o indivíduo em sujeito de ação e de direito.

Segundo Minayo (2002), não se trata de gerar uma nova ciência da saúde, mas de considerar uma teoria da tradução que torne as diferentes lutas mutuamente inteligíveis e permita aos atores coletivos conversarem sobre as pressões a que resistem e as aspirações que os animam. Como pontua Serrano (2002), o processo de construção da promoção da saúde deve fazer parte da luta cotidiana dos países em desenvolvimento.

Gershman (1995) afirma que, no Brasil, as comissões de saúde foram compostas por entidades representativas do movimento popular, do movimento sindical, dos partidos políticos de esquerda, dos profissionais de saúde e também dos representantes do movimento sanitário e da academia, incluindo as entidades estaduais e municipais favoráveis à reforma. A Constituição Federal de 1988 incorporou as principais propostas da VIII CNS/86 e, a partir dos seus artigos 196 a 200, regulamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90.

3.1 A PROPOSTA DE GERENCIAMENTO DA LEGISLAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS surge com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornado obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Assim, a Constituição, em seu artigo 196, nos diz que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CARVALHO e SANTOS, 1992.)

Como pregava o movimento da reforma sanitária, a concepção de saúde é ampliada atingindo o contexto do indivíduo como um todo, conforme a LOS 8.080/90 artigo 3º. De acordo com a LOS 8.080/90, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, assim como o acesso aos bens e serviços essenciais. Dessa maneira, não se pode discutir a saúde sem discutir suas determinantes e condicionantes.

Para Carvalho e Santos (1992), a concepção de saúde como resultante de questões extra-setoriais mais abrangentes se contrapõem à concepção de que a doença (falta de saúde) é a causa de distúrbios e desvios em outros setores. A causalidade é exatamente o contrário, isto é, a pobreza, a deficiência na alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer são as causas básicas das doenças.

A legislação do SUS é organizada de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação popular no exercício do controle social sobre as atividades e os serviços

públicos de saúde. Como destaca Carvalho e Santos (1992), o SUS obedece aos seguintes princípios:

- Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- Integralidade da assistência.
- Preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral.
- A igualdade de assistência.
- Direito à informação.
- Divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde.
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.
- Participação da comunidade.
- Descentralização político-administrativa.
- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população.
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A legislação do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária – a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do INAMPS – para os não incluídos restava à atenção

ambulatorial promovida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes (BRASIL, 2006a).

Mesmo com a regulamentação do SUS pelas LOS 8.080/90 e 8.142/90, ainda eram observadas algumas dificuldades operacionais para possibilitar, na prática, a execução de todos os seus aspectos constitucionais. Essas dificuldades se relacionavam com o fato de que o trabalho na área da saúde variava conforme a situação de cada governo; tanto na esfera estadual quanto na municipal. Para contornar essas dificuldades foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. As *NOBs* tinham o objetivo de normatizar as formas de trabalho entre as três esferas do governo buscando a aplicação dos princípios legais para as diferentes realidades locais. Como destacam Carvalho, Petris e Turini (2001), as *NOBs* são editadas pelo Ministério da Saúde e vão sendo reformuladas conforme a legislação do SUS vai se aperfeiçoando.

Em 1991 é editado a NOB nº 01/91. Apesar de tentar instaurar o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS; na prática, esta norma descaracteriza os principais objetivos do SUS. Segundo Oliveira (apud Carvalho, Petris e Turini, 2001: 44), ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios corrobora-se o princípio de recebimento por produção de serviços, ou seja, o modelo do pagamento de prestadores de serviços privados. Essa forma de distribuição dos recursos implica um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliada pela quantidade de procedimentos executados, sem levar em conta a qualidade e os resultados alcançados. Dessa maneira, a NOB nº 01/91 privilegia a mesma estrutura de compra de serviços privados de saúde pelo INAMPS, porém aplicada aos gestores públicos estaduais e municipais.

Já em 1993 é editada a Norma Operacional Básica nº. 01/93 (NOB 01/93). A NOB 01/93 é fruto de uma ampla discussão, em especial, da *IX Conferência Nacional de Saúde*

ocorrida em 1992. Mesmo com os avanços conquistados com a NOB 01/93, grande parte dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde ainda eram repassados através do pagamento por produção de serviço, igualando estados e municípios aos prestadores de serviços privados. É nesse contexto que surge a NOB nº. 01/96 (NOB/96), buscando superar os limites da descentralização da gestão e do financiamento. As principais mudanças ocorreram na forma dos repasses financeiros com a transferência regular e automática de fundo para fundo. Essa mudança possibilita a autonomia aos municípios e estados: a gestão descentralizada. Também foram previstas mudanças no modelo de atenção à saúde e avaliação dos resultados. Porém, a NOB/96 só começou a ser implantada em janeiro de 1998 e contou com algumas modificações do texto original. Este atraso ocorreu devido à grande discussão sobre a falta de recursos adicionais para implantação da norma, que só foi viabilizada após a criação da *Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira* (CPMF) em 1997.

No que diz respeito aos municípios, a NOB/96 prevê duas modalidades de gestão: a gestão plena de atenção básica e a gestão avançada. A gestão plena municipal se caracteriza pelo fato de que o município assume a responsabilidade pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Nessa gestão estão incluídas todas as unidades básicas de saúde, tanto públicas como privadas, vinculadas ao SUS. A gestão plena municipal também é responsável pela elaboração da PPI – Programação Pactuada e Integrada, autorização das internações hospitalares (AIH) e procedimentos ambulatoriais especializados; além do controle e avaliação da assistência básica.

Já no caso da gestão avançada do sistema municipal cabe a responsabilidade de gerir todas as ações e serviços de saúde no município e fiscalizar todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS. A gestão avançada do sistema municipal também é responsável por controlar, avaliar, fazer auditorias e pagamentos das ações e

serviços de saúde no município; além de operar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e elaborar a PPI administrando a oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais é referência.

A NOB/96 também prevê duas modalidades de gestão em nível estadual: a gestão avançada do sistema estadual e a gestão plena do sistema estadual. Na gestão avançada do sistema estadual, o estado assume a responsabilidade pela elaboração da PPI – em parceria com os municípios – prevendo o detalhamento da Programação da Fração Assistencial Especializada (FAE) e coordenando a elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos negociado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovado no Conselho Estadual de Saúde. O estado também é responsável pela coordenação da política de alto custo/complexidade – tanto de medicamentos excepcionais quanto de tratamentos fora do domicílio –, pela formulação da política de sangue e medicamentos, pela organização do sistema de referência e pela câmara de compensação, contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual.

Em relação à Gestão Plena do Sistema Estadual, além das atividades da Gestão avançada, o estado ainda se responsabiliza pela gestão dos serviços de saúde – excetuando os municípios em gestão plena do sistema municipal e dos serviços básicos em municípios em gestão plena da atenção básica – pela operação do sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e do sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

A habilitação nas condições previstas pela NOB/96 atingiu mais de 99% dos municípios do país no final do ano 2000. Porém, com o grande processo de descentralização que ocorreu em nível municipal foram se tornando evidentes alguns problemas de inter-relação dos sistemas municipais e estaduais de saúde. A heterogeneidade dos municípios, já que alguns eram pequenos demais para gerirem em seu território um sistema funcional

completo; enquanto outros eram tão grandes que demandavam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, pois atuavam simultaneamente como pólos de atenção municipal e regional. Essas constatações sugeriam que a distribuição dos pólos de atenção deveria obedecer a determinadas condições.

Com o intuito de solucionar esses problemas foi proposta, em janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Esta tem como objetivo geral promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (NOAS-SUS 01/2001). Para atingir esse objetivo, a NOAS adotou a regionalização como macro estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de implantação do SUS e propôs estratégias articuladas como forma de promover a descentralização com equidade no acesso. Dentre essas estratégias, foi proposta a elaboração do plano diretor para a organização regionalizada da assistência – que tinha como intuito promover a conformação dos sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis; o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, com a elaboração de um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo também, instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores. Outra estratégia utilizada foi à atualização dos critérios e do processo de habilitação dos estados e municípios às condições de gestão do SUS. Essa atualização tinha como objetivo tornar a gestão do SUS coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Já em relação à organização da assistência, enfatizou-se a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros. A partir da identificação de áreas estratégicas mínimas – relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão

e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase) – os gestores estaduais e municipais definiram as áreas estratégicas de acordo com as especificidades locais.

A formulação do pacto pela saúde em 2006 prevê um acordo interfederativo articulando o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esse acordo, que não é uma norma operacional, introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, ou seja, estende a discussão da saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para os estados e municípios de forma compartilhada.

Dessa maneira, os maiores desafios do SUS estão relacionados com a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde. A partir das grandes funções da saúde pública, os programas da assistência médica individual devem ser subordinados aos preceitos e programas de interesse coletivo, dando ênfase aos direitos da cidadania. Assim, as atividades de promoção e proteção à saúde – tendo em vista os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade – devem ser realizadas em todas as camadas sociais da comunidade. Contudo, para que os princípios do SUS possam ser respeitados, são necessárias melhorias na qualidade da atenção, aumento na resolutividade da rede de unidades básicas de saúde, como também do seu papel de porta de entrada do SUS.

Enfim, para que a garantia de acesso aos serviços de médio e alto custo/complexidade possa abranger todo o contingente populacional é imprescindível que a legislação do SUS seja realmente posta em prática, tanto nas esferas municipais quanto nas microrregionais. Como pontua Mendes (1996), a proposta do SUS deve ser entendida como um processo social em marcha. A consagração constitucional do SUS em 1988, não implica que o movimento teve início nessa data e nem que ele deve ter um momento definido para seu término; a proposta do SUS não deve ser pautada em avaliações equivocadas quanto ao seu funcionamento e sim na efetivação das suas propostas através da obediência aos seus princípios.

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

Segundo Starfield (2004), em 1920, surgem na Grã-Bretanha os primeiros documentos sobre a atenção básica. Eles tinham por objetivo organizar o sistema de saúde local que se dividia em três níveis principais: os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários e os hospitais-escola. Esses níveis se caracterizavam por sua mútua vinculação, pois eram definidos como “um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população” (STARFIELD, 2004).

A efetivação da atenção básica à saúde como doutrina universal ocorreu na *Conferência Internacional de Cuidados Primários* realizada em Alma-Ata no ano de 1978. A partir da coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o projeto da atenção básica ficou conhecido como “*Saúde para todos no ano 2000*”. A partir do consenso alcançado nesta conferência, e, confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em 1979, a atenção básica passou a ser definida como a atenção essencial à saúde.

No presente trabalho consideraremos o conceito de Atenção básica enquanto sinônimo de atenção primária à saúde, conforme a posição da maioria dos autores consultados na literatura internacional.

Segundo o Ministério da Saúde “a atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. Logo, é errôneo pensar que a proposta da atenção básica à saúde é sinônima de uma medida simplificada e com poucos equipamentos.

Para Starfield (2004:30-31), a organização mundial da saúde define a atenção básica pelo uso da tecnologia e dos métodos práticos, cientificamente comprovados e aceitos pela

sociedade, para tornar universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias o cuidado à saúde. Dessa maneira, a atenção básica deve ser parte integral do sistema de saúde do país e enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da sociedade. A atenção básica se caracteriza por ser o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde. Dentre os seus objetivos, destaca-se a promoção da atenção à saúde como um processo contínuo. Por esse motivo, os centros de atenção básica devem estar localizados onde as pessoas vivem e trabalham.

De acordo com Starfield (2004), foi na conferência de Alma-Ata que os componentes fundamentais da atenção básica à saúde foram estabelecidos. Assim, a atenção básica tem como propósitos: a educação em saúde; o saneamento ambiental – especialmente de águas e alimentos; os programas de saúde materno-infantis – incluindo a imunização e o planejamento familiar; a prevenção de doenças endêmicas locais; o tratamento adequado de doenças e lesões comuns; o fornecimento de medicamentos essenciais; a promoção da boa nutrição e a medicina tradicional.

Mendes (2002) ressalta que o correto entendimento do conceito de atenção básica à saúde se dá pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores. Dentre esses princípios podemos destacar:

- A acessibilidade: implica a disponibilidade do serviço de saúde para todos os indivíduos sem distinção e valorizando a particularidade de cada caso.

- A longitudinalidade: requer a manutenção dos cuidados ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, o indivíduo e as famílias.

- A integralidade: exige a prestação de um conjunto de serviços pela equipe de saúde no atendimento das necessidades mais comuns da população. Inclui também a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o

reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

- A coordenação: implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção pela equipe de saúde e o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

- A focalização: torna indispensável considerar a família como o sujeito da atenção, exigindo a interação da equipe de saúde com a unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde.

- A orientação comunitária: pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares e do contexto físico, econômico, social e cultural em que os sujeitos estão inseridos. Exige também uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias tendo como perspectiva a saúde coletiva.

A atenção básica à saúde requer a obediência desses princípios para que os serviços oferecidos à população sejam adequados e de qualidade.

Um estudo realizado por Starfield (1994), tendo como objeto de investigação os sistemas de saúde de onze países desenvolvidos, assinala que os países onde os sistemas de saúde são orientados pela atenção básica apresentam menores custos com a saúde, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. Já o estudo realizado no sistema de saúde dos Estados Unidos (STARFIELD, 2004) – onde a organização do sistema de saúde segue o modelo hospitalocêntrico, isto é, não é embasado no sistema de atenção básica à saúde – demonstrou que apesar de os Estados Unidos serem o país que mais gasta recursos no setor de saúde, sua população não possui os mesmos benefícios no que se refere à promoção da saúde.

3.2.1 A Atenção Básica à Saúde no Brasil:

No Brasil, a evolução da Atenção Básica à Saúde está diretamente ligada ao caminho percorrido pelo setor saúde como um todo. Com a criação do SUS, e, conseqüentemente, com a adoção de suas diretrizes, o sistema de saúde brasileiro não só aumentou o número de unidades básicas de saúde, como melhorou a qualidade dos seus atendimentos. O processo de municipalização da saúde provocou uma expansão da atenção básica e possibilitou a criação de novas unidades básicas de saúde nos municípios.

Segundo Mendes (2002), o sistema de gestão do SUS possibilitou a concretização do modelo de atenção básica a partir do princípio de integralidade das ações e dos serviços de saúde e promoveu uma alternativa ao modelo convencional vigente no sistema de saúde brasileiro. Tendo por base o conceito de ‘distrito sanitário’, isto é, a idéia de territorialização, surgiu no Brasil várias propostas alternativas ao modelo convencional hegemônico.

A organização da atenção básica à saúde teve como referências o modelo da medicina geral e comunitária desenvolvida em Porto Alegre, a ação programática em saúde – que foi um movimento de programação da secretaria estadual de São Paulo –, o modelo médico da família implantado em Niterói, a proposta da defesa da vida desenvolvida no departamento de medicina preventiva da faculdade de ciência médicas da UNICAMP e o do programa de saúde da família. Para Mendes (2002), todas essas propostas foram importantes e continuam vigentes como modelos alternativos que visam proporcionar atenção básica de qualidade à população. Porém, com exceção do Programa de Saúde da Família, essas propostas não se concretizaram como políticas públicas de corte nacional.

3.2.2 O Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve sua implantação iniciada em 1994, contudo, suas raízes estão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi implantado em 1991. O PACS tinha como objetivo contribuir para o enfrentamento dos indicadores alarmantes de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo que tinha o intuito de vincular os indivíduos e as famílias com as unidades básicas de saúde. Pela primeira vez a família é introduzida na área de cobertura do sistema de saúde e passa a ser vista como unidade de ação programática. O agente comunitário de saúde (ACS) teve um papel importante nessa mudança, principalmente pelo fato de ele ser uma pessoa da própria comunidade e se identificar com seus valores e costumes, isto é, o ACS passa a representar o 'elo' entre a comunidade e o serviço de saúde. Como nos mostra Souza (2000), o ACS contribuiu significativamente no resgate e na valorização do saber popular.

Como afirmam Viana e Dal Poz (1998), é possível dizer que o PACS é um precursor do PSF, pois além de focar a família e não só o indivíduo, ele também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde. Ao atuar preventivamente, o PACS torna-se um instrumento real de reorganização da demanda, ao contrário de trabalhar a partir dela, como o modelo antigo onde a demanda era o que determinava a ação, o PACS privilegia a prevenção. Outros diferenciais, já presentes no PACS, são as concepções de integração com a comunidade e utilização de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

Apesar de todas as suas potencialidades, o PACS percorreu um caminho marginal no próprio espaço institucional e foi avaliado externamente com muitos preconceitos. As unidades básicas de saúde continuavam intervindas conforme o modelo tradicional vigente,

sem nenhuma vinculação com a população, com baixa resolutividade e com um enfoque predominantemente curativo. Dessa maneira, no plano de execução local predominavam obstáculos para a continuidade e o impacto das ações do PACS. Contudo, ao passo que o PACS se fortalecia nos municípios e demonstrava resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil, a população começou a apoiar suas ações e as unidades básicas de saúde foram pressionadas a adotar o modelo. Souza (2000) aponta que o PACS também trouxe importantes contribuições para a organização dos sistemas locais de saúde e contribuiu significativamente para a criação dos conselhos municipais de saúde e dos fundos municipais de saúde.

O Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família. Participaram deste encontro o ministro da Saúde, técnicos do ministério da saúde e de secretarias estaduais e municipais de Saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção básica (OPAS e UNICEF). Segundo Viana e Dal Poz (1998), essa reunião tinha como objetivo discutir uma nova proposta para a atenção básica à saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é lançado pelo Ministério da Saúde no início de 1994 e está baseado na seguinte proposta:

“O programa de saúde da família tem por objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.” (BRASIL, 1997.)

O PSF tem, portanto, como princípios eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde e de territorialização, estabelecer o vínculo entre a equipe de saúde e a população, garantirem a integralidade na atenção através

do trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, dar ênfase à promoção da saúde a partir do fortalecimento das ações intersetoriais e estimular a participação da comunidade. A partir desses princípios, ficou definido que as implantações do PSF ocorreriam prioritariamente em áreas de risco. O Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) foi utilizado como critério de seleção destas áreas.

Em setembro de 1994, o ministério da saúde divulgou o primeiro documento sobre o PSF e definiu o convênio entre o ministério da saúde, os estados e os municípios. No documento estão incluídos os mecanismos de financiamento, as exigências de contrapartidas e os critérios de seleção dos municípios. Nesse contexto são privilegiados os seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. Porém, para que houvesse a assinatura do convênio era essencial que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde.

Apesar de a proposta inicial parecer interessante, o mecanismo de convênios mostrou-se bastante limitado, burocrático e pouco flexível, desde que não foram levados em conta os propósitos descentralizadores do próprio sistema de saúde. Assim, ao reproduzir o modelo convencional de transferência de recursos, os limites da implantação do PSF sob a forma de convênio tornam-se evidentes e aparecem os mesmos problemas do modo de gestão anterior.

De acordo com Souza (2000), a primeira tentativa de implantação do PSF não se pautou numa política de recursos humanos que pudesse formar profissionais com perfil para este modelo. Por isso o PSF nasce em condições completamente desfavoráveis e apresenta como maior desafio na sustentabilidade do programa a formação dos recursos humanos atrelada com a questão do financiamento.

Ao configurar a proposta do PSF enquanto “produção social da saúde” a partir de um modelo de financiamento que privilegia a remuneração por procedimentos executados, em

detrimento das ações de prevenção das doenças e promoção da saúde, os princípios do PSF não podem ser validados.

No ano de 1995, a administração do programa é transferida da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Essa mudança significou um rompimento com a idéia de programa vertical operado através de convênios. A partir desse momento foram iniciadas as discussões para que o PSF passasse a ser remunerado pela tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS); o que veio a acontecer em janeiro de 1996. Entretanto, as remunerações do PSF foram diferenciadas, pois passaram a equivaler ao dobro da consulta pelo SUS.

Viana e Dal Poz (1998) atestam que a partir dessas mudanças o PSF perde o caráter de programa e passa a ser visto como uma estratégia, visto que se torna um instrumento de reorganização ou reestruturação do SUS. O PSF torna-se, portanto, o exemplo de um novo tipo de assistência, diferenciando-se do modelo dominante. Todavia, apesar da mudança do estatuto de programa para o de estratégia de Saúde da Família, a sigla PSF continua a ser adotada.

A operacionalização da NOB-SUS/96, além do que já foi discutido anteriormente, criou o Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB previa a remuneração *per capita*, com transferências regulares e automáticas – fundo a fundo – dos recursos federais para os municípios habilitados como gestores da atenção básica. Esse procedimento gerou maior autonomia para a execução das ações e atividades da atenção básica, conforme essas ações passaram a ser consideradas de responsabilidade municipal. Ainda segundo Souza (2000), o PAB é composto por uma parte fixa destinada aos municípios que desenvolvem ações básicas de saúde e por uma parte variável que se referem aos incentivos de ACS para as equipes de saúde da família no combate às carências nutricionais, de epidemiologia e controle de doenças, incluindo as ações básicas de vigilância sanitária e assistência farmacêutica básica.

Seguindo nesse percurso, ressaltamos a implementação da NOAS-SUS 01/01, em que foi proposta a estratégia de ‘Ampliação da Atenção Básica’ apresentando as seguintes inovações:

- O estabelecimento de diretrizes, no que diz respeito ao acesso, para a organização do primeiro nível de referência voltado para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes da população brasileira.

- O estímulo ao planejamento integrado entre gestores municipais, com o intuito de promover a garantia da referência e a responsabilização dos estados no apoio aos municípios, tanto na organização das redes quanto na coordenação do sistema de referência.

- O aumento do aporte de recursos financeiros diretamente aos municípios, a partir de uma base *per capita* nacional, proporcionando mais um avanço em termos de equidade na alocação de recursos.

O lançamento da Portaria nº 648/ GM de 28 de março de 2006 “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2006b: 07) como também define prioritariamente o consolidamento e a qualificação da estratégia de saúde da família que passa a ser o modelo de Atenção Básica e o centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A nova política direciona para uma redefinição – tanto dos princípios gerais quanto das responsabilidades de cada esfera de governo – na infra-estruturar e nos recursos necessários ao processo de trabalho. As atribuições dos profissionais e as regras de financiamento passam a ser incluídas dentre as especificidades da estratégia de Saúde da Família. Segundo a Portaria nº 648/GM, além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I. Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atua.

II. Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde, em conjunto com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo e mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde da população.

III. Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

IV. Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.

V. Ser um espaço de construção de cidadania.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2006) estabelece como itens necessários para a implantação das equipes de Saúde da Família:

- A existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.
- Jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes da equipe multiprofissional que é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; sendo os ACS em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada – com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.
- A existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família, com condições mínimas de atendimento (consultório médico e de enfermagem, sala de vacina, local

para recepção e arquivo, sanitários, equipamentos e materiais adequados às ações programadas).

- A garantia dos fluxos de referência e contra-referências aos serviços especializados de apoio diagnóstico, terapêutico, ambulatorial e hospitalar; além da existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

Sobre o processo de trabalho, é preconizado pela PNAB/2006 como atribuições da equipe de Saúde da Família: manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definir de forma precisa e contínua o território de atuação, mapeando e reconhecendo a área adstrita que compreenda o segmento populacional determinado; realizar o diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; utilizar a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando à proposição de intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalhar de modo interdisciplinar e em equipe integrando as áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins voltados para a promoção da saúde de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promover e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; acompanhar e avaliar de forma

sistemática as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006b).

A PNAB/2006 estabelece que o financiamento da atenção básica se dê em composição tripartite. “O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável” (BRASIL, 2006b: 29), sendo que a soma das partes fixa e variável do PAB compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. Para as equipes de Saúde da Família implantadas os valores serão transferidos a cada mês, tendo como base de cálculo o número de equipes e profissionais cadastrados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no mês anterior da respectiva competência financeira. Para tanto são estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as que atendem aos seguintes critérios:

I – ESF implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do país;

II – ESF implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item;

III – ESF implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e que atendam à população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1 (BRASIL, 2006b: 34).

Como podemos observar nos dados da tabela a seguir, todas as alterações propostas para a estratégia de Saúde da Família – através de normas e portarias – parecem estar dando resultados positivos. A Tabela 1¹ apresenta a evolução do número de equipes de PSF no Brasil de 1998 a 2006.

Ano	Nº de Equipes de Saúde da Família Implantadas	População coberta por equipe da saúde da família %	População estimada (IBGE) *
1998	3.083	6,55	159.644.929
1999	4.254	8,78	159.644.929
2000	8.613	17,43	163.957.179
2001	13.318	25,43	172.385.826
2002	17.122	31,87	172.385.826
2003	19.202	35,69	174.648.205
2004	21.364	38,99	177.243.280
2005	24.673	44,35	177.256.093
2006	27.000	46,19	185.619.807

* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

¹ Tabela 1: Evolução da implantação e cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família no Brasil, 1998-2006. Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

3.3 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, isto é, a relação Estado-sociedade e suas implicações nas condições de saúde da população. Ela pode ser entendida como a resposta social – seja de ação ou omissão – de uma organização ou estado diante das condições determinantes da saúde dos indivíduos e das populações.

A política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*politics*) e tem como pano de fundo o estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*), ou seja, a política em saúde tem relação com a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Por meio de propostas para a ação pública, a política de saúde inclui o estudo de sua relação com a política econômica e social, tanto no âmbito do controle social quanto na economia da saúde e no financiamento.

A palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto suas diretrizes. Enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação da condução, na implementação e na avaliação das políticas em saúde.

Nas origens da pesquisa sobre políticas de saúde no Brasil, encontramos teses e revistas que estimulavam e fundamentavam debates sobre a atuação do Movimento Sanitário. Através do estudo acadêmico, o movimento sanitário e os seus desafios foram responsáveis por uma aproximação entre as questões da academia e os problemas da sociedade. Com o desenvolvimento das atividades do CEBES (Centro Brasileiro Estudo da Saúde) e com a organização da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) essas articulações se tornaram cada vez mais orgânicas. O texto “*Pelo Direito Universal à Saúde*”, difundido durante a oitava Conferência Nacional de Saúde, teve grande importância

nesse evento histórico e ilustra essa articulação. Tal consolidação passou a ser percebida com a produção de dissertações e teses dos programas de pós-graduação e mediante os primeiros levantamentos e sistematizações publicados a partir da segunda metade da década de 90.

As pesquisas focalizadas na implementação de políticas nas organizações tornam mais amplos os estudos sobre o papel do estado nas políticas públicas. Ao investigar o banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sobre a política de saúde entre 1993 e 1998, Ayres (2000) verificou que os estudos se concentravam nos seguintes tópicos:

- a) Processos de emergências, formulação e implementação de Políticas (Constituição da Agenda Pública);
- b) Dinâmica e atuação dos atores sociais (mobilização/desmobilização);
- c) Contexto histórico social;
- d) Ciclo de vida de cada política (*policy cycle*);
- e) Repercussões e padrões recorrentes de políticas;
- f) Questões que se tornam objeto de intervenção.

Levcovitz et al (2003) ampliaram a coleta desses dados contemplando, além das dissertações e teses, os livros, os artigos em periódicos (nacionais e internacionais) e os anais de congressos e conferências nacionais de saúde. Analisando o debate político e a produção de conhecimentos em PP&G, os autores adotaram uma periodização para a trajetória das políticas de saúde no Brasil em cinco fases.

A primeira fase (1974-1979) se caracterizava pela investigação dos determinantes econômicos, políticos e sociais na conformação do sistema de saúde brasileiro e pela formulação de alternativas aos problemas apresentados por esse sistema. Entre os temas abordados podemos destacar os estudos relativos ao Estado e à política de saúde; as pesquisas sobre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Também foram temas de

investigação a Previdência e os programas de saúde, além do diagnóstico das condições sociais e de saúde.

A segunda fase (1980-1986) envolvia a disseminação das propostas de reforma e aglutinação sociopolítica. Nessa fase apareceram temas como a extensão da cobertura, história psiquiátrica, prática médica, modelo assistencial, atenção primária de saúde, princípios da reforma, movimentos sociais, planejamento estratégico, diagnóstico dos serviços e programas específicos para crianças, mulheres, dentre outros.

A terceira fase (1987-1990) caracterizava-se pelo ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes do projeto da reforma. Nesta apareceram temas ligados à cidadania, padrões epidemiológicos e desigualdades, financiamento, acesso e demanda aos serviços, descentralização, etc.

A quarta fase (1991-2000), analisada pelos autores, tinha relação com a regulamentação do financiamento e da organização dos modelos de gestão e de atenção à rede regionalizada de serviços. Nessa fase a produção científica se caracterizava pelo estudo sobre a reforma do Estado, isto é, ajuste, financiamento, controle social, modelos assistenciais e relação público-privado. Também aparecem novos temas como economia da saúde, meio ambiente, sistema de informação, gestão de recursos humanos, tecnologia em saúde e processo de trabalho.

A quinta fase (2001-2005) se caracterizaria pela busca de estabilidade do financiamento, pois estaria relacionada com o esforço para o cumprimento da ementa 29 da Constituição; com o desenvolvimento da Atenção Básica e com a expansão do Programa de Saúde da Família. As produções científicas relacionadas com o Sistema Único de Saúde e a Reforma Sanitária deram ênfase às investigações sobre os recursos humanos, o controle social, as informações de saúde, a descentralização e os princípios da integralidade e equidade. Tiveram destaque também às pesquisas sobre a expansão da economia da saúde

que, através da realização de estudos sobre a chamada “saúde suplementar”, incluíram os estudos sobre financiamento, alocação de recursos e relação público/privado.

A segmentação do sistema de serviços de saúde no Brasil entre o sistema público de saúde (SUS) e o mercado privado pôde ser apresentada quantitativamente na produção de PP&G. Ao longo desses estudos foi possível observar uma forte tendência na produção de pesquisas sobre a Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família. As produções relacionadas com a promoção da saúde e com os modelos de atenção apontam para uma maior humanização nos cuidados em saúde. A política de medicamentos e assistência farmacêutica – com destaque para os medicamentos genéricos –, além dos temas relacionados com a saúde nas metrópoles, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a saúde indígena também passam a ser contemplados pela produção de PP&G.

Nas pesquisas sobre SUS e sua implementação foi possível verificar a prevalência dos estudos sobre organização, regionalização, programas especiais (AIDS, dengue, tuberculose, hanseníase, além dos programas de saúde da mulher, da criança, do adolescente e do idoso) e atenção hospitalar. Todavia, ainda são raras as publicações sobre a saúde da população negra e dos homens, tanto na sua regulação assistencial quanto nos seus aspectos éticos.

Capítulo 2- ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA DEFICIÊNCIA OCULAR

1.0 A INCIDÊNCIA DOS PROBLEMAS OCULARES

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu cegueira como a acuidade visual menor do que 3/60 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Já a incapacidade visual acentuada (baixa visão) é definida como a acuidade menor do que 6/60 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

De acordo com a OMS, estimativas referentes à cegueira e a baixa visão, baseadas na população mundial de 1990, indicavam a existência de 38 milhões de indivíduos cegos e de 110 milhões apresentando visão deficiente e risco de cegueira. Já a extrapolação subsequente desses dados para a população de 1996, ampliou para 45 milhões de cegos — tomando por critério o resultado da acuidade visual menor do que 3/60 — e 135 milhões de indivíduos portadores de baixa visão, ou seja, acuidade visual entre 3/60 e 6/60 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Esses dados evidenciam o aumento progressivo da cegueira e deficiência visual no mundo. Dentre os fatores que contribuíram para esse aumento estão o crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida, a escassez de serviços especializados, as dificuldades de acesso da população à assistência oftalmológica, as dificuldades econômicas e a ausência e/ou insuficiência de esforços educativos que promovam a adoção de comportamentos preventivos.

Frick & Foster ressaltam que se não ocorrerem intervenções adicionais, o número de casos de cegueira no mundo aumentará de 45 milhões para 76 milhões em 2020.

A OMS prevê o acelerado crescimento da cegueira de um a dois milhões de casos por ano. Esse aumento ocasionaria a duplicação do número total de casos de cegueira em 2020, caso não sejam disponibilizados recursos suficientes para a prevenção.

No Brasil, o número de cegos foi estimado em 0,4 a 0,5% da população, ou seja, de quatro a cinco mil pessoas por milhão de habitantes. Dessa maneira, se considerarmos que a população brasileira era 160 milhões de habitantes no ano 2000, é possível calcular a existência de 640.000 cegos no país; tendo por critérios visão $< 20/400$ ($< 3/60$). Um dado importante a ser considerado na prevalência da cegueira no Brasil é a sua variação em termos de níveis socioeconômicos e de localização geográfica. No Brasil as camadas mais baixas da população, assim como, os habitantes das regiões menos desenvolvidas, apresentam maiores problemas relacionados com a ausência de prevenção à cegueira. Pode-se, assim, estimar a prevalência de 0,25% em locais semelhantes a países desenvolvidos e de 0,75% em áreas mais pobres economicamente.

Tomando por base dados populacionais de 1993, a OMS comparou a prevalência de cegueira com dados econômicos de 229 países. Os resultados mostraram que o desenvolvimento econômico de cada país estava associado à respectiva prevalência de cegueira, tendo a catarata se destacado como principal causa de cegueira nos países em desenvolvimento. Ademais, a renda *per capita* mostrou-se inversamente relacionada à prevalência da cegueira, conforme a região econômica.

A parcela da população formada por indivíduos portadores de distúrbios oculares ainda em fase moderada ou subclínica, ou seja, de difícil identificação, assume proporção desconhecida. Supõe-se que tais indivíduos constituam a base do *iceberg* que, de forma figurada, representaria a perda da capacidade visual. As pessoas que apresentam problemas visuais em fase inicial compõem o maior contingente da população, ainda que não seja possível precisar qual é a sua real extensão.

Partindo desses dados, é possível perceber que a cegueira e os distúrbios visuais estão entre as enfermidades mais comuns da população e apresentam ampla repercussão na sociedade. Se considerarmos que 80% desses casos poderiam ter sido evitados com ações de prevenção, tornam-se óbvias as vantagens da implementação dos programas de prevenção à cegueira.

1.1 A PREVENÇÃO DA CEGUEIRA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) há décadas se preocupa com o estabelecimento de programas e de grupos de prevenção da cegueira. Apesar dos esforços empreendidos, sempre restritos em função dos recursos disponíveis, têm ocorrido dificuldades à implementação de projetos preventivos em virtude do crescimento populacional, do aumento do número de indivíduos idosos (aumento da esperança de vida), da carência de serviços oftalmológicos e de dificuldades socioeconômicas e culturais da população que se configuram como fatores limitantes ao acesso à assistência oftalmológica.

Thylefors et al (1973/1994: 115-121) demonstram que os casos de cegueira distribuem-se de forma desigual e concentram-se principalmente nos países subdesenvolvidos. Nesses países, é possível encontrar aproximadamente 21 milhões dos 38 milhões de cegos existentes no mundo. Um dos fatores que influencia essa desigualdade é a falta de organização dos recursos para o atendimento oftalmológico, visto que 70% dos casos de cegueira poderiam ser evitados a partir de uma detecção precoce e da aplicação de conhecimentos e técnicas atualmente disponíveis.

Stilma et al (1991) elencaram as ações prioritárias que as campanhas contra a cegueira devem focar. Dentre elas, a cirurgia de catarata ao menor custo possível; o treinamento de pessoal (agentes primários de saúde, auxiliares e enfermeiros de oftalmologia e médicos); o

aumento da cooperação com o programa de atenção primária nas áreas de nutrição, higiene, vacinação contra o sarampo e cuidados básicos de saúde e a promoção de iniciativas de prevenção da cegueira em países em desenvolvimento.

Segundo Carrazo et al (1986: 86-101), a excessiva demanda na área de oftalmologia, associada à falta de organização e à dificuldade de acesso do usuário ao serviço de atenção oftalmológica, estabelece um fluxo desordenado e vicioso no atendimento médico. O maior obstáculo na atenção ocular parece não residir na falta de tecnologia adequada, mas na dificuldade de criar condições propícias para motivar os profissionais e proporcionar à população um acesso mais igualitário aos serviços; tanto no nível da infraestrutura quanto na organização da assistência oftalmológica.

Como já havíamos mencionado anteriormente, Simeant (1983:156-169) realizou uma pesquisa em uma região sanitária do Chile e percebeu que um grande número dos transtornos oculares correspondia a vícios de refração. Através desse estudo, o referido autor chegou à conclusão de que o poder resolutivo do nível primário para as enfermidades do olho poderia ser consideravelmente aumentado a um custo moderado, o que contribuiria em larga medida a aumentar o poder resolutivo do nível primário, com benefícios óbvios aos pacientes.

A prevenção primária de saúde ocular inclui a intervenção comunitária com vistas a prevenir condições conducentes à cegueira, porque prioriza a identificação e o tratamento de distúrbios oculares com o auxílio de pessoal leigo treinado. A prevenção primária abrange também ações de detecção de crianças que necessitam de avaliação oftalmológica e tratamento. No nível secundário prevêm medidas visando ao diagnóstico precoce e atendimento imediato do distúrbio detectado. Nesse enfoque, o oftalmologista procederá ao exame oftalmológico completo, obtendo o diagnóstico e realizando a prescrição óptica nos casos em que esse procedimento fosse necessário. Incluem-se, nesse nível, os testes de acuidade visual aplicados na escola para identificar crianças que apresentem erro de refração.

Com o intuito de obter o encaminhamento desses casos, torna-se necessário o estabelecimento de comunicação eficaz com os profissionais atuantes nos níveis primários e terciários, como também a participação da família.

Donabedian (1990:113-117) analisa a atenção à saúde a partir dos seus três componentes: a atenção técnica, o manejo das relações interpessoais e o ambiente na qual se desenvolve o processo da atenção. A avaliação de cada um destes aspectos permite estimar a qualidade da atenção e levar em consideração as características específicas do país em que se desenvolve este processo.

Como apontam Castellanos & Robayo (1977/1982: 478-492), a organização da atenção médica deve se pautar em níveis de complexidade crescente e em uma análise cuidadosa do contexto de cada país; sendo submetida a revisões periódicas a fim de se evitar distorções – usualmente de alto custo – no manejo global das necessidades da atenção à saúde da população.

Segundo Anguirre-Gas (1932/1990: 170-80), deve existir um balanço adequado entre a qualidade e a eficiência na prestação de serviços; garantindo, assim, a qualidade do atendimento através da eficiência técnica. Os componentes fundamentais na prestação de serviços de saúde são a avaliação e a monitoria dos centros de saúde. Essas medidas têm o intuito de melhorar as condições e eficiência dos serviços prestados e fornecer elementos para justificar a obtenção de recursos humanos, materiais e financeiros, além de facilitar o processo de tomada de decisões.

O informe Flerner de 1910 influenciou diretamente as instituições educativas formadoras de recursos humanos, como a própria organização do hospital. A partir desse contexto, o hospital passou a ser dividido em especialidades clínicas, o que determinou uma forma de atenção à população associada à utilização de tecnologia como instrumento para o trabalho médico. Essas mudanças acarretaram uma profunda fragmentação do saber médico,

uma enorme tecnologização da prática médica e, conseqüentemente, uma grande despersonalização do exercício da medicina.

Segundo Campero-Cuencas (1932/1990: 192-204), o aumento da matrícula nas instituições formadoras de recursos humanos, a construção acelerada de hospitais, a intensificação do sistema de especialidades médicas, a institucionalização da medicina associada à burocratização da norma, levou a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de serviços e uma diminuição da qualidade da atenção ao paciente, principalmente com relação à dimensão interpessoal.

Dessa maneira, cabe aos profissionais da área de saúde uma reversão desse quadro onde o atendimento é fragmentário, despersonalizado e impessoal para uma maior adequação das prestações de serviços na área médica à realidade de cada população.

1.1.1 Aspectos importantes na elaboração dos programas de prevenção:

O planejamento de programas preventivos deve ser realizado com base no conhecimento da realidade à qual se destinam as ações. Dessa maneira, a análise do contexto onde o programa deve ser implantado tem como premissas a consideração dos seguintes aspectos:

As informações sobre a situação epidemiológica do problema focalizado, isto é, a pesquisa da população considerada "saudável" e/ou em grupos "de risco" examinado em determinado momento ou ao longo de certo período de tempo. Dentre os modelos de pesquisa destacam-se os *surveys* epidemiológicos, as atividades de vigilância sanitária e os estudos de detecção de problemas em grupos populacionais denominados, mas *screening*. Esses tipos de investigação podem fornecer informações para o equacionamento da situação e para as correspondentes ações preventivas e assistenciais.

O aperfeiçoamento e ampliação de estudos epidemiológicos possibilitam conhecer padrões da doença ocular em grupos e comunidades, como também a utilização de novas estratégias, métodos de planejamento e avaliação dos serviços existentes ou a serem criados. Um exemplo disso são os estudos epidemiológicos e operacionais referentes à catarata. Eles trouxeram uma importante contribuição para a compreensão do impacto socioeconômico dela decorrente; além do conhecimento acerca das necessidades imediatas, de médio e de longo prazo para a instalação de serviços assistenciais e preventivos.

Outro fator a ser considerado no planejamento de programas preventivos é a formação de recursos humanos. A ação conjunta de oftalmologistas, médicos de outras especialidades, educadores de saúde, administradores, enfermeiros, pessoal auxiliar de enfermagem, professores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de oftalmologia, dentre outros, é fundamental para que os programas de prevenção às doenças oculares possam alcançar resultados. Também não podemos esquecer-nos de salientar a importância do envolvimento da comunidade e da família para a consecução de objetivos de programas de prevenção.

Desde os primórdios do programa estabelecido pela OMS, em 1978, a prevenção da cegueira tinha como princípio tornar acessível à assistência à saúde ocular para toda a população. Dessa maneira, tornou-se imprescindível o preparo de pessoal auxiliar para assumir tarefas específicas. Esse aspecto constituiu importante medida visando à prevenção e ao tratamento precoce de muitos transtornos oculares, especialmente nos países em desenvolvimento.

Quanto à infraestrutura dos serviços oftalmológicos, devemos considerar os critérios relativos à quantidade, qualidade e localização geográfica dos serviços. A infraestrutura é um aspecto importante na implantação dos programas de prevenção, pois se relaciona diretamente com a acessibilidade dos indivíduos à assistência especializada.

Já os fatores psicossocioculturais devem ser considerados como podendo ser favoráveis ou limitantes à consecução de objetivos de programas preventivos de distúrbios oculares. A importância atribuída à visão pelos indivíduos, assim como a adoção de cuidados para protegê-la, depende de padrões socioculturais e econômicos decorrentes de tradições e costumes da comunidade onde vivem. Um exemplo da particularidade desse fator são as crenças fatalistas existentes na África e na Ásia de que a perda da visão é consequência inevitável do envelhecimento.

Estudos, que incluíram aspectos sociais da cirurgia de catarata conduzidos em Campinas (Brasil) e Chimbote (Peru), concluíram que 50% dos casos de cegueira resultantes de catarata eram devido à ausência de procedimentos cirúrgicos. Um aspecto relevante nesse número é o fato de que 30% dos indivíduos que apresentam catarata recusaram a cirurgia .

Um estudo sobre percepções de pacientes atendidos por projeto comunitário de reabilitação visual em município do Estado de São Paulo verificou que o medo de submeter-se à cirurgia foi mencionado por aproximadamente 40% dos entrevistados. Esse medo estava vinculado às consequências imaginadas do ato cirúrgico: cegueira e morte.

É possível concluir, portanto, que conhecimentos, crenças, atitudes e valores podem ser responsáveis por justificativas e motivações que levam à indiferença, adoção ou recusa de comportamento preventivo em relação à saúde ocular. Esses fatores podem ser limitantes do acesso à assistência oftalmológica e devem ser identificados por meio de pesquisas que possam direcionar ações preventivas posteriores.

O estudo de fatores humanos é realizado, em especial, por meio de *surveys*, modalidade de pesquisa por vezes denominada inquérito ou levantamento. Pode-se, dessa forma, obter informações sobre o que os indivíduos sabem, acreditam, desejam, rejeitam ou valorizam em relação a aspectos de saúde ocular. Esse conhecimento é de fundamental

importância para o planejamento de ações e esforços preventivos direcionados à mudança de conceitos e de comportamentos indesejáveis para a saúde ocular.

1.1.2 Planejamento de intervenção

Uma das etapas fundamentais do planejamento de programas preventivos de saúde ocular consiste no estabelecimento de prioridades. É necessário definir claramente objetivos e metas a serem alcançados considerando as necessidades existentes, a magnitude do problema, a viabilidade das ações, os recursos disponíveis, o custo/benefício da intervenção e o tempo a ela destinado.

Outro aspecto importante a ser considerado diz respeito à descentralização dos planos de intervenção que se pauta na necessidade de se adequar os planos de intervenção a diferentes realidades. Os esforços locais direcionados à resolução de problemas de saúde ocular devem ser incentivados e apoiados. Também se faz necessário fortalecer a participação da comunidade e de organizações não-governamentais em planos e ações destinadas à prevenção e ao controle de afecções oculares. Assim, a ênfase deve ser colocada na busca de parcerias e união de esforços como estratégia fundamental de prevenção da cegueira e preservação da saúde ocular do indivíduo e da comunidade.

1.1.3 Programa visão 2020 da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira (IAPB) lançaram em Genebra, no ano de 1999, o programa "VISION 2020: The Right to Sight Nacional prevention of blindness programmes and vision 2020". Esse programa resultou de uma iniciativa que tem por objetivo a eliminação da cegueira evitável

em nível global. Nesse mesmo ano, no Cairo, o Conselho Internacional de Oftalmologia (ICO²), braço executivo da Federação Internacional de Oftalmologia (IFOS³), juntamente com a Academia Oftalmológica Internacional (AOI) determinaram a criação de um programa de combate à cegueira e à limitação visual denominado *Plano Estratégico da Oftalmologia Internacional para Prevenir e Restaurar a Visão: Visão para o Futuro*. Esse programa visa estimular, fortalecer e coordenar as atividades dos oftalmologistas em nível mundial. No continente americano, a Associação Pan-Americana de Oftalmologia (PAAO), desde a sua fundação em 1940, assumiu como um dos seus objetivos principais a Prevenção da Cegueira.

O Programa VISÃO 2020 se sustenta em três colunas principais: os organismos governamentais – representados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os Ministérios de Saúde de cada país; os organismos não governamentais – representados pela IAPB, região Latino-Americana; e os profissionais de saúde – liderados pelos oftalmologistas que são representados pela Associação Pan-Americana de Oftalmologia.

Através da elaboração de planos de atuação junto à população e da associação com organizações governamentais e não-governamentais, o programa visão 2020 tem por objetivo revitalizar e fortalecer programas e grupos de prevenção já existentes, bem como, criar novos grupos que proponham a eliminação da cegueira evitável.

Os programas de eliminação da cegueira evitável estão focados na prevenção e no tratamento de doenças como catarata, tracoma, oncocercose, avitaminose A e erros de refração. Dentre essas doenças, foram considerados prioritários os tratamentos dos erros de refração não corrigidos e da baixa visão.

Se a proposta VISION 2020 for bem sucedida, estima-se reduzir para 24 milhões o número de cegos no mundo, o que atingirá 429 milhões de indivíduos que terão sua visão

² Sigla em inglês.

³ Idem.

preservada nos casos de cegueira evitada. Essa iniciativa traria uma economia de 120 bilhões de dólares no tratamento das doenças relativas ao aparelho ocular.

O projeto VISION 2020, como pontua Resnikoff e Pararajasegaram (2003:66), adota como estratégia básica a assistência oftalmológica abrangente – integrada ao nível primário de atenção à saúde – e incluem três componentes como atividades-alvo: controle específico de doenças, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento de infraestrutura e de tecnologia apropriada.

1.2 A SAÚDE OCULAR NO BRASIL

O setor da saúde no Brasil vem sofrendo importantes transformações nas últimas décadas. A promoção da saúde ocular e a prevenção de condições conducentes à incapacidade visual e à cegueira situam-se entre as ações prioritárias de programas de oftalmologia de caráter comunitário. Na década de 70, foi implantado no estado de São Paulo o Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar. Já em 1983, desenvolveu-se em Campinas o Projeto Criança – com apoio da "Klug Foundation" – e a partir de 1986 iniciaram-se os "Projetos Catarata". Na década de 90, outros projetos comunitários de saúde ocular, embasados no provimento de assistência especializada e na pesquisa de aspectos médico-sociais, foram desenvolvidos dando prioridade ao aspecto preventivo inicial. Tais iniciativas constituíram-se em estratégias para detecção e tratamento de perda visual que atingiram um contingente expressivo dos grupos populacionais visados.

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) acarretaram a implantação do programa de Saúde da Família no ano de 1994. Como relatamos anteriormente, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, o que caracteriza a área de abrangência. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes; além da manutenção da saúde da comunidade.

Apesar do Programa de Saúde da Família abranger grande parte da população do interior do Brasil, ainda não foi suficientemente ampliado para atingir áreas dos grandes centros urbanos. Dessa maneira, a insuficiência de equipes de saúde da família implica a inacessibilidade das ações em saúde para uma grande camada da população. Outro fator agravante na atenção à saúde ocular é a precariedade no tratamento da Ambliopia, ou seja, apesar da Ambliopia ser a principal causa de cegueira infantil, no Brasil não há programas que recomendem a realização de exames oculares para o diagnóstico e prevenção desse distúrbio nas crianças em idade escolar.

Atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem por objetivo ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde e tem como eixo estrutural as equipes de Saúde da Família. Nesse contexto, podemos considerar vários aspectos que dificultam o acesso efetivo a uma Política de Saúde Ocular no Brasil. Dentre esses fatores se destacam: a falta de acesso aos cuidados oftalmológicos especializados devido à insuficiência de pessoal preparado; à distância a percorrer para obter assistência oftalmológica – especialmente nas zonas rurais; o custo do tratamento; o desconhecimento da possibilidade de recuperação visual; o medo dos hospitais, de médicos e da própria cirurgia ocular. No entanto, se comparado a outros países da América Latina, o Brasil pode ser considerado privilegiado no que se refere ao contingente disponível de oftalmologistas, ressalvada a distribuição geográfica desigual.

O que se constata é que no Brasil o número de oftalmologistas aumentou de 6.000 para 10.000 no período de 1995 a 2000. Porém, o pessoal auxiliar de oftalmologia ainda é insuficiente, apesar da inegável contribuição que oferece ao atendimento do especialista.

Mello et al (1998:14) observou que, no Brasil, embora muito tenha se discutido sobre promoção da saúde, o termo é freqüentemente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde. Dessa maneira, apesar dos avanços em termos de legislação e do respaldo obtido nas conferências de saúde, o que se observa é que as políticas e ações em saúde não foram implementadas de fato.

As causas estruturais para a não efetivação das políticas e ações em saúde, no Brasil, estão relacionadas ao fato de vivermos numa realidade onde as políticas sociais, apesar de se apresentarem com propostas técnicas substantivas e adequadas acabam por se tornar absolutamente frágeis do ponto de vista de seu impacto. A ausência de interação entre os diferentes campos de abrangência das políticas sociais e, principalmente, a desvinculação com as políticas econômicas acarretam dificuldades na execução dos projetos, porque apesar de possuir uma constituição que valide e incentive as ações de promoção da saúde, a ausência de recursos, tanto financeiros como estratégicos, impossibilitam que essas ações sejam realmente implementadas.

Podemos tomar como exemplo a política de saúde vigente no Brasil. A partir da Constituição de 1988, houve a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, apesar de representar importante avanço no setor, esse modelo de gestão atualmente enfrenta uma série de dificuldades político-institucionais para sua efetiva implantação. Dentre essas dificuldades, podemos citar a falência de suas fontes de financiamento, a inexistência de uma real integração entre as esferas federal, estadual e municipal e, conseqüentemente, de um comando único para toda a rede de serviços. Como resultado imediato dessas dificuldades, a rede de saúde brasileira permanece desorganizada, desarticulada, iníqua e oferece pouca

resolutividade para os problemas de saúde pública no país. Essa desarticulação é decorrente da definição política da agenda de prioridades do governo, pois o investimento nas diversas áreas a serem contempladas se baseia em motivos políticos e não na real necessidade de cada região.

1.2.1- A Saúde Ocular Infantil

A literatura científica mostra que as doenças oculares devem ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível, à medida que algumas dessas enfermidades podem levar ao comprometimento irreversível da visão. Assim, o programa de saúde do escolar deve contemplar a saúde ocular das crianças antes mesmo do seu ingresso na escola.

Existem várias razões para priorizar atividades de prevenção da cegueira na infância. As crianças que nascem e/ou se tornam cegas têm uma vida inteira pela frente desprovidas da visão. Isso acarreta custos associados — social emocional e econômicos — para o indivíduo, a família e a sociedade. Além disso, muitas das causas de cegueira infantil — avitaminose A, sarampo, rubéola, meningite e prematuridade — também contribuem para a mortalidade infantil, sendo quase todas preveníveis pela adoção de medidas acertadas.

A Ambliopia é uma dessas doenças oculares que aparecem na infância e acarreta serias conseqüências quando não detectada precocemente, visto que implica a perda irreversível da visão após o amadurecimento do sistema visual. Tendo em vista a frequência desse distúrbio na população infantil e a simplicidade dos exames diagnósticos, não se justifica a ausência de políticas preventivas dessa doença. As graves repercussões emocionais, sociais e econômicas do acometimento da Ambliopia acometem problemas no desenvolvimento infantil e dificuldades na inclusão dessas crianças na sociedade.

A relação entre o sentido da visão e o sistema educacional convencional vem sendo objeto de estudos. Essas pesquisas revelam a importância da visão no rendimento escolar.

A percepção da baixa acuidade visual em crianças pode ocorrer pela queixa das próprias crianças ou pela observação e percepção dos pais, familiares ou professores. Uma vez que se tenha suspeita de problemas oculares, o exame médico oftalmológico deve ser providenciado o mais breve possível.

A perda da capacidade visual acarreta efeitos adversos no nível individual e coletivo. A cegueira dá origem a problemas psicológicos, sociais, econômicos e de qualidade de vida, porque acarreta a diminuição da autoestima, restrições ocupacionais e, conseqüentemente, diminuição da renda do indivíduo e da família. Do ponto de vista social, a cegueira representa um encargo oneroso aos sistemas de saúde e previdenciário, pois traz a necessidade de tratamentos e a perda de força de trabalho.

No Brasil, apesar do programa de triagem oftalmológica já ter sido incorporado na rotina dos exames realizados pelos profissionais de saúde que atuam em unidades de PSF, o sistema de saúde pública ainda não proporciona o fácil acesso das crianças ao exame oftalmológico. Essa situação é um grave erro, visto que as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças deveriam estender-se aos Programas de Saúde do Escolar, dispendo-se à detecção precoce de doenças oculares nas crianças.

Uma saída interessante para esse problema seria a realização de campanhas voltadas para a população escolar e que estimulasse a prevenção aos problemas oftalmológicos infantis. Por meio da mobilização de vários setores da sociedade como, por exemplo, os professores, pais e médicos oftalmologistas, seriam realizados exames oftalmológicos nas escolas. Porém, apesar dessa proposta de exames e avaliação da saúde ocular das crianças serem fundamentais, essas medidas não garantem a resolução dos problemas encontrados. Um dos principais empecilhos à solução adequada dos problemas detectados nessas campanhas é

a não continuidade dos tratamentos posteriores. Muitos estudos mostram que um grande número de crianças encaminhadas não comparece à consulta posteriormente.

Os dados relativos à totalização dos resultados da *Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho*, no ano de 2001, mostram que, em um universo de 368.748 escolares encaminhados por seus professores para exame médico oftalmológico, em todos os estados do Brasil, apenas 177.175 (48,0%) compareceram à consulta. Este resultado mostra que, apesar de os escolares terem à sua disposição consulta e óculos gratuitos, existem alguns fatores que fazem com que estes importantes recursos não beneficiem esses alunos.

Conhecer melhor a população envolvida nas campanhas (alunos e seus familiares) pode contribuir para aumentar a frequência de comparecimento ao exame oftalmológico. O levantamento socioeconômico e familiar pode ajudar a solucionar quais os fatores mais importantes que têm levado um número tão grande de alunos encaminhados a não comparecer as consultas oftalmológicas. Assim, as campanhas devem, além de detectar os casos que necessitam de encaminhamento, otimizar o comparecimento das crianças ao tratamento posterior. Os recursos humanos e financeiros devem detectar e sanar as principais causas de abstinência ao tratamento e possibilitar que as crianças tenham acesso aos tratamentos oftalmológicos necessários e venham a gozar de perfeita saúde visual.

1.2.2 A Catarata

Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizadas no ano de 1987, existe uma média que varia de 41 a 50 milhões de pessoas cegas no mundo. Esse índice indica que a prevalência mundial de cegueira é de, aproximadamente, 1%. Nesse contexto, a

catarata é considerada a principal causa de cegueira, sendo responsável por, no mínimo, 50% dos casos.

No Brasil, segundo levantamentos do início da década de 90, a estimativa de cegos por catarata era de aproximadamente 350 mil pessoas. Esses dados também revelavam que eram realizadas, nesse período, cerca de 90 mil cirurgias de catarata no país. Mas para atender às demandas da população brasileira seriam necessárias 450 mil cirurgias por ano. Entre os fatores que limitam o número de cirurgias podemos citar as dificuldades enfrentadas pela população idosa para chegar ao tratamento: barreiras de ordem econômica, social e cultural. Acrescenta-se a essa dificuldade, o aumento da população brasileira com mais de 50 anos, cuja taxa de crescimento implica a multiplicação por três ou cinco vezes o número atual até o ano de 2020. Se as políticas de assistência não forem bem administradas, a defasagem entre o número de indivíduos que necessita da cirurgia de catarata e o número de cirurgias realizadas tornar-se-á cada vez mais problemático e trará como conseqüências o aumento de cegos na população brasileira. Esse difícil problema exige a revisão dos programas nacionais de prevenção à cegueira e a implementação de ações intensificadas. A integração dos programas nacionais de prevenção à cegueira tem por objetivo o aumento na realização de cirurgias de catarata no país.

As campanhas de cirurgia de catarata surgiram com o objetivo de proporcionar à população carente o acesso a este tratamento. Essas campanhas tiveram início no ano de 1987 através do *Projeto Catarata* – realizado pela Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Já o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP) passou a realizar as cirurgias de catarata em forma de mutirões a partir de 1996. A redução dos problemas de diminuição de acuidade visual – mais especificamente por catarata – está entre as prioridades da disciplina de Oftalmologia. Segundo os dados do serviço de arquivo médico do HC – FMUSP foram

realizadas 836 cirurgias de catarata no ano de 1998 e 2361 cirurgias no ano de 1999. Atualmente, essas campanhas são realizadas em âmbito nacional e, segundo dados do Ministério da Saúde, 250 mil cirurgias de catarata são realizadas por ano no país.

A partir desses dados, podemos concluir que o número de cirurgias de catarata realizadas no Brasil aumentou de 90 mil, no começo da década de 90, para aproximadamente duzentos e 50 mil no ano 2000. O aumento de 278 % deve-se a um esforço conjugado dos oftalmologistas e autoridades de saúde. Os mutirões de catarata tinham por objetivo servir de instrumento para a divulgação dos benefícios da cirurgia e facilitar o acesso da população menos favorecida a esses benefícios. A partir da constatação da demanda reprimida e após quatorze anos desde a implantação do mutirão, algumas questões devem ser respondidas, ou seja, é importante questionarmos a validade da continuação desse projeto: será que ainda existe essa demanda reprimida? O projeto ainda estaria priorizando a população carente? A conscientização e educação da população já possibilitam um livre acesso à cirurgia?

Capítulo 3- PROJETO OLHANDO

Projeto Bom Jardim

O Projeto Olhando Bom Jardim foi realizado através da Campanha sobre Saúde Ocular e contou com o apoio do Programa de Saúde da Família (PSF/ Ministério da Saúde). O objetivo do projeto foi realizar ações preventivas e promocionais da saúde para os moradores do Município de Bom Jardim (Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro).

Como ressaltamos anteriormente, dentre as doenças oculares, o Glaucoma é a principal causa de cegueira irreversível no Brasil. Apesar da alta incidência, poucas pessoas conhecem essa doença. A partir dessa constatação, iniciamos a nossa investigação com o objetivo de detectar o número de pessoas suspeitas de possuir glaucoma. Durante o mês de setembro de 2006, realizamos na população acima de 40 anos do município de Bom Jardim os exames de acuidade visual e o de pressão intraocular. Simultaneamente a essa campanha, a equipe aplicou um questionário que visava levantar dados sobre a qualidade da visão e a sua interferência na qualidade de vida. A amostra foi de 35 pessoas acima de 40 anos de idade, residentes no município.

A aplicação do questionário deu-se em dois momentos distintos: o primeiro grupo foi no PSF de São José, organizado pela coordenação do Programa da Saúde da Família. Como na data da aplicação do questionário havia uma Campanha de Saúde para Terceira Idade, aproveitamos a ocasião para realizar a Campanha Olhando o Glaucoma. O segundo grupo foi no PSF de Barra Alegre, onde foi realizada a Campanha do Glaucoma com medida da pressão ocular, aplicação do questionário e distribuição de material educativo sobre a doença.

Nosso Questionário era composto de treze questões, nas quais em doze o entrevistado era orientado a escolher a melhor resposta dentre as opções apresentadas previamente e na última o entrevistado era convidado a responder em uma palavra o que significava saúde para ele.

A aplicação do questionário seguiu os seguintes passos: primeiramente a pergunta era lida para o entrevistado e, em seguida, as possíveis respostas. O entrevistado deveria escolher a melhor resposta que era anotada pela entrevistadora (psicóloga do Projeto).

Participaram do questionário 35 pessoas, todas acima de 40 anos de idade e residentes no município de Bom Jardim. Dentre essas 35 pessoas temos os seguintes números:

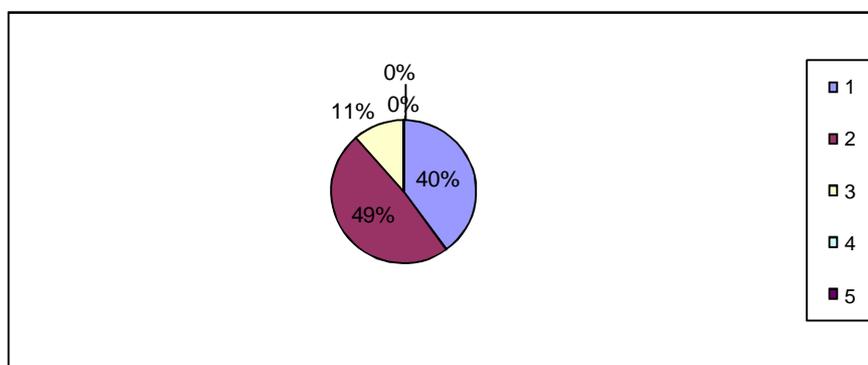
Sexo	Número	%
Masculino	13	37%
Feminino	22	63%

Faixa Etária	Número	%
40 – 49	08	23%
50 – 59	04	11%
60 – 69	13	37%
70 – 79	08	23%
80 – 89	02	6%
90 - 100	00	0%
Total	35	100%

1.0 ANÁLISES DO QUESTIONÁRIO:

A) Como está a sua visão (com os óculos ou lentes quando for o caso) com os dois olhos abertos?

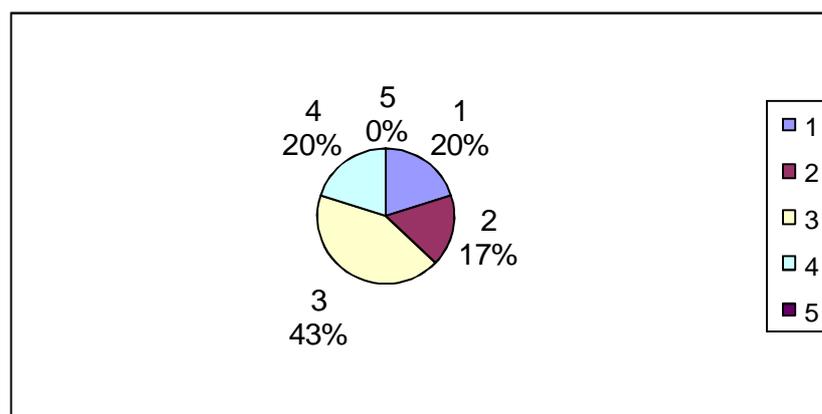
1) Ótima ou boa	14	40%
2) Regular	17	49%
3) Ruim	04	11%
4) Péssima (cegueira)	0	0%
9) N.R	0	0%



Análise: Nesta questão podemos observar que 40% da amostra consideram que a sua atual visão está boa ou ótima, 49% a consideram regular e apenas 4% do total dos entrevistados, ruim. Nenhum dos participantes classificou a sua visão como péssima (o que significaria estar cego). A qualidade da visão dos entrevistados foi classificada de acordo com as opções dadas no questionário, não fugindo para qualquer outra possibilidade de resposta adicional. De acordo com o resultado final desta questão não houve nenhum caso em que o participante optasse pela alternativa de número 9: Nenhuma das Respostas.

B) O Sr. (a) acha que sua visão piorou há quanto tempo?

1) Menos de um 1 ano (exclusive)	07	20%
2) 1 a 2 anos	06	17%
3) 3 a 5 anos	15	43%
4) Não piorou	07	20%
9) Não sabe – não responde	0	0%



Análise: Em relação a esta questão podemos observar a resposta dada pelo entrevistado em relação à temporalidade em que começou a perceber uma piora em sua visão. Os dados colhidos mostram o seguinte resultado: 20% dos entrevistados consideram que a visão começou a piorar durante um período de tempo menor ou igual há um ano. Já 17% perceberam que a qualidade da visão caiu durante o intervalo compreendido de 1 a 2 anos. No entanto, um grande percentual dos entrevistados, 43%, respondeu que houve queda da qualidade de 3 a 5 anos e 20% disseram que ela não piorou, manteve-se estável durante todo o tempo. Não houve nenhum que respondeu a questão de número 9, ou seja, que não sabia ou queria responder. Portanto esta opção ficou com o percentual nulo.

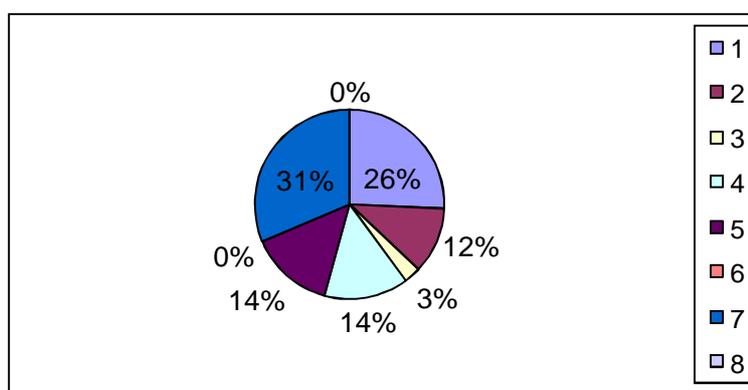
C) O (a) Sr. (a) acha que sua visão hoje dificulta as suas atividades diárias?

1) Nada	13	38%
2) Pouco	12	34%
3) Médio	04	11%
4) Muito	06	17%
9) N.R.	0	0%

Análise: Quando questionados sobre em que grau a visão estava dificultando a execução das atividades diárias, os seguintes dados foram encontrados. Dos 35 participantes 73% disseram que sua visão em Nada ou Pouco dificultava as atividades do cotidiano, sendo que 38% responderam a primeira e 34%, a segunda. Quatro dos entrevistados, ou seja, 11% acharam que a melhor resposta é a de número 4 (muito). Isto nos leva a crer que a qualidade da visão dessas pessoas dificulta em muito as atividades desempenhadas por elas. Mais uma vez mais a opção nenhuma das Respostas ficou com o percentual nulo.

D) Como está sua visão para longe?

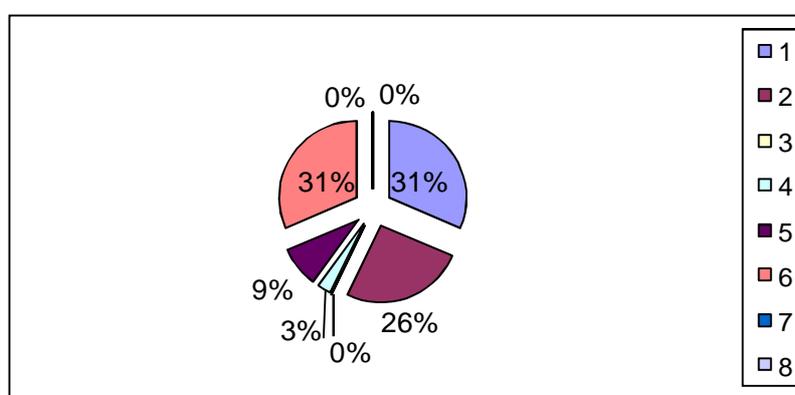
1) Ler letreiro na TV	09	26%
2) Ver placa com nome da rua antes de atravessá-la	04	11%
3) Ver o letreiro com o nome ou nº do ônibus	1	3%
4) Reconhecer um amigo do outro lado da rua	5	14%
5) Ver o sinalizador luminoso para atravessar a rua	5	14%
6) Ver a distância	0	0%
7) Não sabe ler	11	32%
9) Não sabe / não responde	0	0%



Análise: Em relação à visão para longe, temos: 26% conseguem ler letreiro na TV; 11% conseguem ver placa com nome da rua; 3% vêem o nome ou número do ônibus; 14% reconhecem um amigo do outro lado da rua e também 14% vêem sinalizador luminoso para atravessar a rua. Nenhum consegue ver a distância montanhas com detalhes, por exemplo. Já 32% do total não sabem ler. Esse último dado talvez tenha dificultado uma melhor apreciação do resultado final do questionário, à medida que consideramos um nível elevado de pessoas que, por causa de sua condição atual de analfabetismo, não puderam escolher com mais “liberdade” os itens anteriores.

E) Como está sua visão para perto?

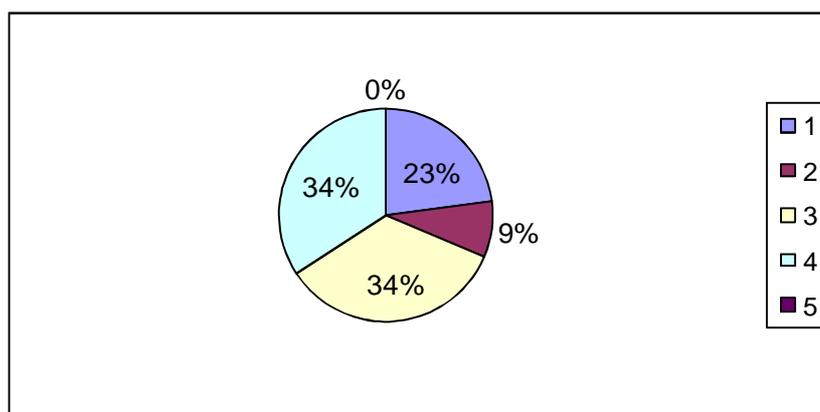
1) Consegue ler bula de remédio ou enfiar linha na agulha	11	31%
2) Ler jornal ou escolher arroz	09	26%
3) Ver livro ou revista	0	0%
4) Ver carta ou baralho	1	3%
5) Ler manchete de jornal	3	9%
6) Não saber ler ou não lê	11	31%
7) Não vê de perto	0	0%
9) Não sabe / não responde	0	0%



Análise: Nesta questão gostaríamos de relembrar o índice de analfabetos dentre os entrevistados. Devido ao analfabetismo, alguns sujeitos da pesquisa não puderam ser avaliados nesse item. Dos 69% que lêem 31% conseguem ler bula de remédio; 26% jornal; 3% carta ou baralho e 9% conseguem ler manchete de jornal. Esse resultado é considerado bom em relação à análise da qualidade visual. Como as pessoas que participaram do questionário exercem atividades ligadas à agricultura e aos serviços domésticos, esse índice de analfabetismo não tem muita relevância na qualidade de vida cotidiana dessa amostra da população. Porém, encontramos também sujeitos que necessitavam da boa qualidade da visão para realizar suas atividades diárias. Nesses casos, a correção poderia ser feita por meio do uso de óculos.

F) Há quanto tempo fez o último exame de olhos?

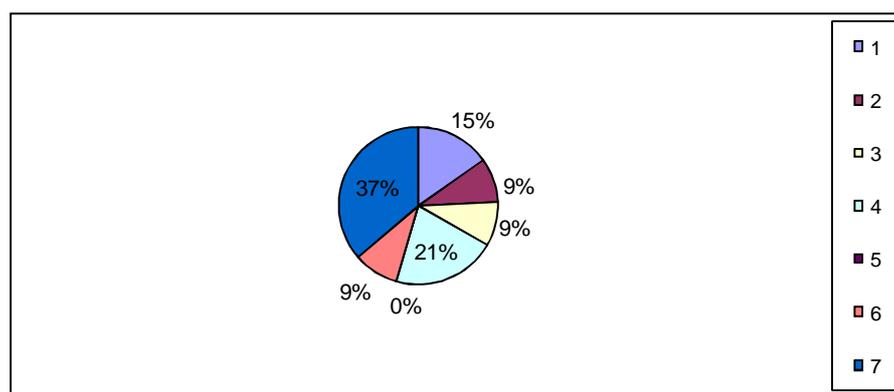
1) Menos de 1 ano (exclusive)	08	23%
2) 1 a 2 anos	03	9%
3) 3 ou mais anos	12	34%
4) Nunca foi examinado	12	34%
9) Não sabe / não responde	0	0%



Análise: Quanto ao tempo da realização do último exame de olhos temos os seguintes dados: 23% dos participantes fizeram o exame há menos de um ano; 9% deles o fizeram no período compreendido entre um a dois anos; 34% há mais de três anos e; 34% nunca foram examinados por um médico oftalmologista, ou seja, 66% dos entrevistados já fizeram em algum momento em sua vida o exame de olhos.

G) Em que tipo de serviço o Sr. (a) fez o último exame com médico oftalmologista?

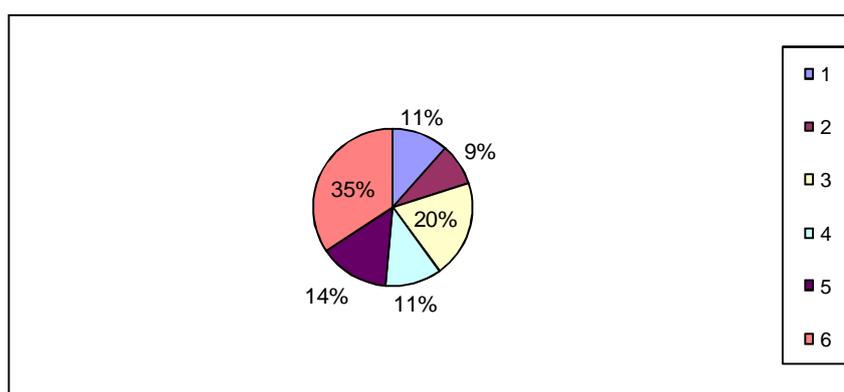
1) Particular	05	15%
2) SUS	03	9%
3) Centro de Saúde Estado ou Prefeitura	03	9%
4) Exame em Ótica	07	21%
5) Convênio	0	0%
6) Outros	03	9%
9) Não sabe / não responde	12	37%



Análise: Para a parcela dos 66% participantes que realizaram o exame de olhos foi feita a seguinte pergunta: onde foi realizado o exame? Dentre eles, 15% realizaram os exames com um médico do sistema particular de saúde; 18% fizeram na rede pública de saúde ou em postos de saúde, hospital do estado ou prefeitura; outros 21% em ótica de olhos; e 9% em outros serviços: DETRAN e também em outro país (Alemanha). Nenhum foi realizado por meio de convênio de saúde. Já 37% nunca fizeram, até aquele momento, o primeiro exame de olhos.

H) Comprou os óculos receitados anteriormente?

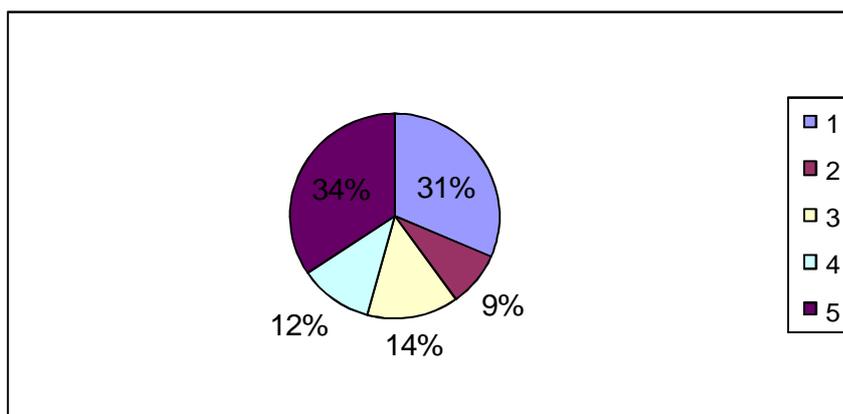
1) Sim, somente o de perto	04	11%
2) Sim, somente o de longe	3	9%
3) Sim, longe e perto	07	20%
4) Não, especifique	04	11%
5) Não foi receitado	05	14%
9) Não sabe / não responde	12	35%



Análise: Dentre os que realizaram o exame de olhos, foram receitados óculos para 61% dos entrevistados. Sendo que 11% compraram os óculos para perto; 9% somente o de longe; e 20% os para longe e perto. No entanto, 11% relataram que não os comprou porque perdeu a receita ou por falta de dinheiro. Para 14% não foi receitado o uso de óculos, e 35% ainda não fizeram o seu primeiro exame de olhos.

I) Melhorou a sua visão com os óculos novos?

1) Sim	11	31%
2) Não	03	9%
3) Não foi receitado	05	14%
4) Não comprou os óculos receitados	04	11%
9) Não sabe / não responde	12	35%



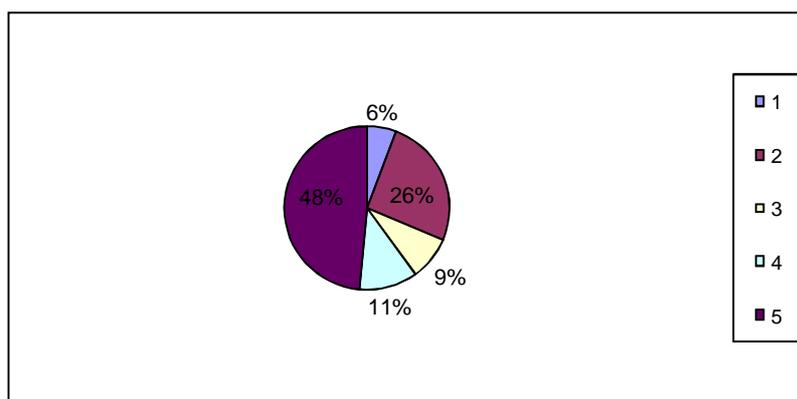
Análise: Dos entrevistados que compraram os óculos, 40% do total, 31% disseram que com o uso dele a visão melhorou e 9% responderam que não houve melhora e até que os óculos atrapalharam a qualidade da visão.

J) O Sr. (a) já ouviu falar em Glaucoma?

Sim	18	51%	Não	17	49%
-----	----	-----	-----	----	-----

K) Através de que meio ouviu falar desta doença?

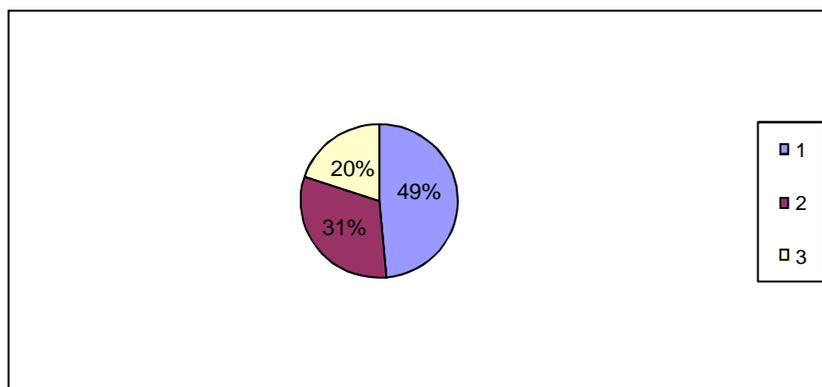
1) Seu médico	02	6%
2) Alguém na família	9	29%
3) Jornal	03	9%
4) Revista	0	0%
5) Campanha	04	11%
6) Nunca ouviu falar	17	45%



Análise: Quando indagados sobre o conhecimento da doença chamada Glaucoma, 51% dos participantes responderam que já tinham ouvido falar e 49% declararam seu desconhecimento sobre o assunto. Dos que declararam algum conhecimento a respeito dessa doença, 6% tiveram na pessoa do médico essa informação; 29% disseram que foi através de alguém na família que obtiveram a informação da doença. Apenas três pessoas, ou seja, 9% dos entrevistados, disseram conhecer a doença por meio de informações no jornal e ninguém passou a conhecê-la por meio de revista. 11% do total dos entrevistados passaram a conhecer essa doença por causa da campanha do Projeto Olhando Bom Jardim.

L) O Sr. (a) já ouviu falar em:

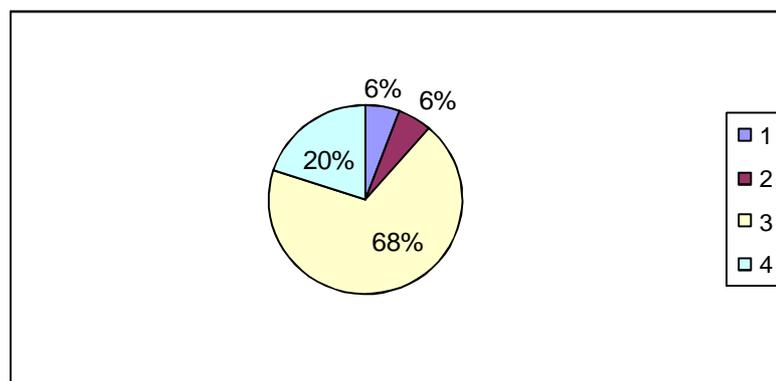
1) Lepra	17	49%
2) Hanseníase e lepra	11	31%
9) Nunca ouviu falar	07	20%



Análise: Nesta questão tentamos explorar um pouco mais o conhecimento que os entrevistados tinham a respeito das doenças muito divulgadas em postos, hospitais e na mídia. Dentre elas, a lepra ou hanseníase. Utilizamos as duas nomenclaturas com o intuito de avaliar o efeito da divulgação das mesmas. Sabemos que o nome mais utilizado antigamente era lepra e, atualmente, hanseníase. Partindo dessa distinção 49% da amostra responderam que conheciam ou já ouviram falar em lepra (principalmente lepra em cachorro); 31% já ouviram ou já leram os dois termos utilizados. Um dos participantes disse ter lido em cartaz no posto de saúde e outro relatou que “tem cura”. Ressaltamos novamente a importância do fato de que muitos dos entrevistados não sabem ler. Por esse motivo, o papel de divulgação oral da equipe dos PSFs é muito importante para a difusão do conhecimento sobre essas doenças. Os 20% restantes nunca ouviram falar a respeito do assunto.

M) O Sr. (a) relaciona Hanseníase à:

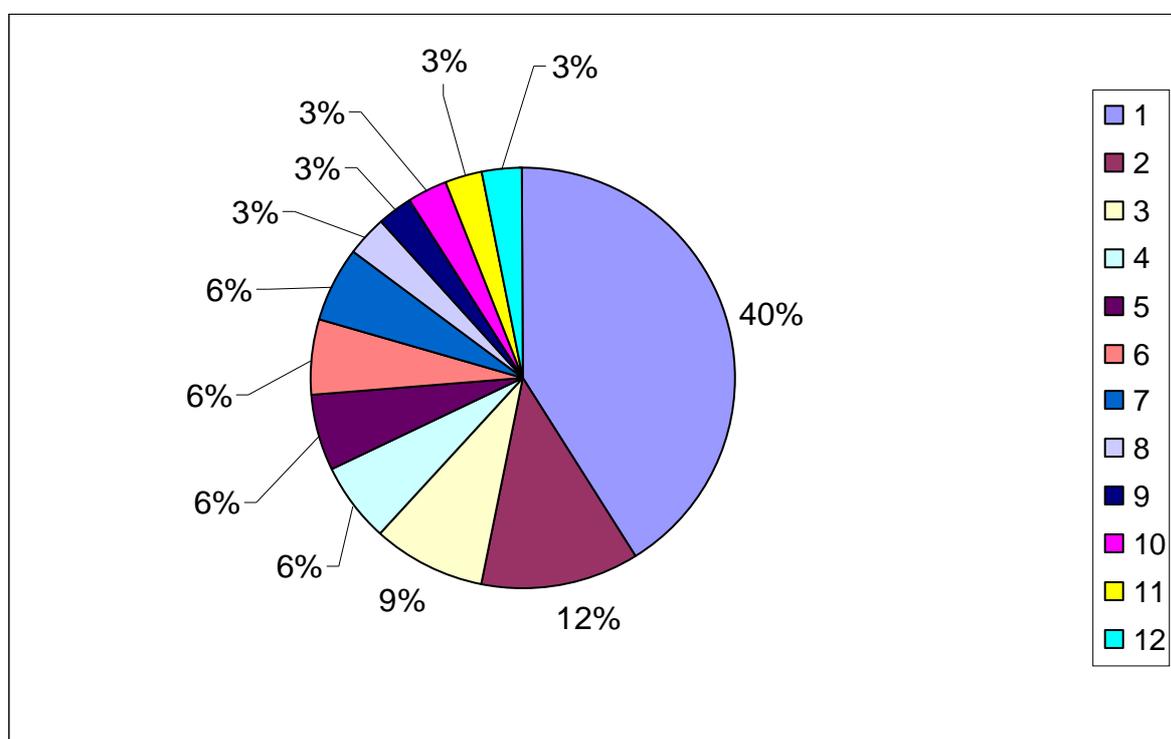
1) Pele, olho e nervo	02	6%
2) Pele e nervo	02	6%
3) Somente pele	24	68%
9) Não sabe / nunca ouviu falar	7	20%



Análise: Dos 80% que declaram algum conhecimento a respeito da lepra e/ou hanseníase e lepra, 6% relacionam hanseníase à pele, olho e nervo; 6% à pele e nervo e; a maioria com 68% a somente pele. Os 20% restantes nunca ouviram e não sabem a que se relaciona a doença.

N) Com uma palavra o que significa saúde para o Sr. (a)? _____

1) Deus	14	40%
2) Bem-estar	04	12%
3) Tratamento	03	9%
4) Cuidado	02	6%
5) Estável	02	6%
6) Vida	02	6%
7) Sem problemas	02	6%
8) Beleza	01	3%
9) Tudo bem	01	3%
10) Felicidade	01	3%
11) Contente	01	3%
12) Poder andar	01	3%



Análise: Do total de participantes 40% escolheram a palavra “Deus” para significar saúde. Essas duas palavras estão intimamente relacionadas no imaginário da grande parte das pessoas que responderam ao questionário. Duas frases foram marcantes, pois apresentam um grande significado para os autores: “só Ele pode dar” e “eu vou mais em que a não ser Deus, tô certo?”. Em segundo lugar ficou a palavra “bem-estar”, com 12%, que em seu sentido denotativo significa “estado de perfeita satisfação físico ou moral, conforto e bem-bom. 9%

do total ficaram para a palavra “tratamento” que significa em terapia “processo destinado a curar ou a paliar” a doença. O sentido dado pareceu-nos medicamentoso. Houve quatro palavras que ficaram com 6%: “cuidado” (no sentido de zelar e, em saúde, prevenir); “estável”, “vida” e “Sem problema”. E, com 3%, as palavras seguintes: “beleza”, “tudo bem”, “felicidade”, “contente” e “poder andar”. Aqui saúde recebe outros sentidos: qualidade, estado, sentimento e liberdade. Devemos estar sempre atentos para o sentido dado pela pessoa que é atendida no serviço de saúde, para que juntos possamos encontrar o melhor caminho para mantê-la ou recuperá-la.

CONCLUSÃO

A Lei Federal 8.080/90 (Brasil, Lei 8.080/90) assinala que é dever do Estado garantir a saúde por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, como observamos no presente trabalho, nem sempre essa lei é colocada em prática.

A construção de projetos coletivos tem como propósito a obtenção de respostas mais qualitativas para as estratégias do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, o projeto *Olhando* teve como ponto de partida a utilização do recurso pedagógico de práticas de ensino para a formação de uma triangulação entre unidades de saúde, universidade e comunidade com o objetivo de tornar viável a implantação efetiva do SUS e a sustentação de seus princípios.

Através das iniciativas de prevenção, os oftalmologistas brasileiros estão cada vez mais conscientes da importância de estimular, fortalecer e coordenar as atividades dentro de um programa efetivo para combater a cegueira e a limitação visual da população. As principais ações neste sentido estão sendo realizadas através de trabalhos comunitários que promovem módulos de prevenção à cegueira e se vinculam aos currículos dos Programas de Residência em Oftalmologia. Os objetivos dessas ações são facilitar o acesso da população às intervenções de atenção oculares apropriadas as reais necessidades de cada camada da população; estimular estudos epidemiológicos, situacionais e operacionais; capacitar os

profissionais da saúde e facilitar o trabalho em equipe com os profissionais de educação e líderes da comunidade.

A capacitação dos oftalmologistas em métodos de administração e gerenciamento tem por finalidade uma melhor utilização dos recursos humanos e materiais, ou seja, possibilitar aos profissionais da saúde uma formação contínua para o fornecimento adequado da atenção à saúde da população.

Dessa maneira, acreditamos que a principal atividade, que contribui com os objetivos do Programa VISÃO 2020, é a orientação apropriada do oftalmologista na educação, na assunção da responsabilidade no trabalho de *lobby* e na liderança deste programa. A partir dessas premissas, acreditamos ser possível alcançarmos o êxito no combate à desigualdade em saúde ocular que é uma das mais destrutivas e desumanas das desigualdades sociais.

O dia mundial da visão foi lançado pela Fundação Internacional dos Lions Clubes em 1998 e tem se tornado o evento oficial do programa Visão 2020: O Direito à Visão até 2020. Celebrado anualmente na segunda quinta-feira de Outubro, essa data tem como propósito chamar atenção para o problema da cegueira global e seu argumento é que "a cada cinco segundos uma pessoa fica cega no mundo; sendo que, no caso das crianças, uma fica cega a cada minuto". Em 2009, a celebração desse dia também incluiu a discussão sobre as diferenças no que diz respeito ao acesso e aos cuidados com a saúde da população de baixa renda e sobre a necessidade de reduzi-las.

O dia mundial da visão é a ocasião internacional para a celebração dos esforços das organizações e instituições que se dedicam ao assunto da cegueira evitável. A comemoração envolve milhares de pessoas ligadas à saúde ocular em todo mundo e tem o objetivo de conscientizar a sociedade sobre a problemática da cegueira e das ações realizadas para promover a sua prevenção e a reabilitação das pessoas afetadas pela deficiência visual passível de tratamento. O objetivo dessa mobilização é contribuir para conscientizar as

peças de que até 75% da cegueira no mundo resultam de causas previsíveis e/ou tratáveis e encorajar governos, corporações e outras fontes fornecedoras de fundos a investirem na prevenção da cegueira mundial.

Como apontamos anteriormente, a realização de ações que proponham a prevenção e a informação da população sobre as principais enfermidades relacionadas com a saúde ocular possibilita o tratamento precoce dessas enfermidades reduzindo os casos de cegueira e incapacidade da população economicamente ativa. Essas intervenções reduzem os custos do governo com os tratamentos e têm um impacto positivo na economia, conforme estimativa do custo econômico da cegueira em nível global é de vinte e oito bilhões de dólares por ano.

Bibliografia

Ashton, J. (1993), *Ciudades Sanas*. Masson, Barcelona. 236 pp.

Brasil (1997), Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2000), Ministério da Saúde. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2002), Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2004), Ministério da Saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____ (2004), Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos*. Brasília: CONASS.

_____ (2006), Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS. Atividades e Resultados*. Abril de 2005 a abril de 2006. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2006), Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v.4 (Série Pactos pela Saúde)

_____. Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acessado em: 05 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Rio de Janeiro: MS, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em: 06 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhyperrisco.asp>>. Acessado em: 02 mai. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Número de pacientes por sexo e faixa etária. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelfxet.asp>>. Acessado em: 02 mai. 2007.

Buss, P. M. (1998), *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. (Mimeo).

- Carvalho, A. I. (1998), Políticas públicas saudáveis. pp. 31-37. In Buss PM (ed.). *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. Mimeo (no prelo).
- Carvalho, A. O; Eduardo, M. B. de P. (1) Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: FSP/USP, 1998.
- CEPAL (1998), *Panorama Social da América Latina 1997: Agenda Social*. CEPAL, Santiago do Chile. 231 pp.
- Comunidade Solidária. (1998), Desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS) - Documento básico e catálogo de experiências. *Cadernos da Comunidade Solidária* 6. IPEA, Brasília.
- Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento/CNUMAD (1992), *Agenda 21*. Senado Federal, Brasília, 1996. 591 pp.
- Escorel, S. (1998), *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gerschman, S. (1995), *A democracia inconclusa - um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gil, A. C. (2002), *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Gutierrez, M. *et al.* (1996), Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.). *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un Analisis Sectorial*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 114 pp.
- Hanglund, B. J. A. *et al.* (1996), Creating supportive environments for health. *Public Health in Action* 3. WHO, Genebra. 201 pp.
- Lalonde, M. (1974), A new perspective on the health of Canadians, pp. 3-5. In OPAS 1996. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington.
- Leavell, H. & Clark, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill Inc., São Paulo. 744 pp.
- McKeown, T. & Lowe C. R. (1989). *Introducción a la Medicina Social*. 4ª ed. Siglo XXI, México. 365 pp.
- Mendes, E. V. M. (1996), *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro. 300 pp.
- _____ (2002), *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Minayo, M. C. S. (1995). *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro. 356 pp.

- Monteiro, C. A. (1995), *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças*. Hucitec-Nupens/USP, São Paulo. 359 pp.
- OPAS (1992), Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- OPAS (1993), *Caribbean Charter for Health Promotion*. OPAS, Washington. 6 pp.
- OPAS (1996), *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publ. Cient. 557. OPAS, Washington. 403 pp.
- OPAS (1998), *La Salud en las Américas*, vol. 1, OPAS, Washington. 368 pp.
- Paim, J. S. (1997), Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e Ação, pp. 7-30. In Barata RB (org.). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Saúde e Movimento 4. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Rosen, G. (1979), *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Graal, Rio de Janeiro.
- Sigerist, H. (1956), *The University at the Crossroad*. Henry Schumann Publisher, Nova York.
- Sigerist, H. (1990). *Hitos en la Historia de la Salud Publica*. 4^a ed. Siglo XXI, México. 218 pp.
- Sutherland, R. W. & Fulton, M. J. (1992) Health promotion, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*. CPHA, Ottawa.
- Terris, M. (1992), Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública, pp. 37-44. In OPAS (1996), *Promoción de la Salud: Una Antología*. OPAS, Washington.
- Vergara, S. C. (2006), *Métodos de pesquisa em administração*. 2. ed. São Paulo: Atlas.
- Vergara, S. C. (2006), *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 7. ed. São Paulo: Atlas.
- WHO/UNICEF (1978) *Primary Health Care - Report of the International Conference on PHC*, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Genebra. Health-for-All Series nº 1 (inclui a *Declaration of Alma-Ata*).
- WHO (1986), Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- WHO (1988), Declaração de Adelaide, pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO (1991), Declaração de Sundsvall, pp. 31-40. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO (1997), Declaración de Yakarta, pp. 174-178. In Buss PM (ed.) 1998. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. (Mimeo).

WHO (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century - A Vision for All*. WHO, Genebra. 241 pp.

Yin, R. K. (2005), *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.