

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**Uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária por
participantes e não-participantes de ações de promoção da
saúde da Atenção Primária: estudo retrospectivo**

Nayara Formenton da Silva

**São Carlos
2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**Uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária por
participantes e não-participantes de ações de promoção da
saúde da Atenção Primária: estudo retrospectivo**

Nayara Formenton da Silva

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia da Universidade Federal de
São Carlos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Grace Angélica de Oliveira Gomes

**São Carlos
2018**

Silva, Nayara Formenton

Uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária por participantes e não-participantes de ações de promoção da saúde da Atenção Primária: estudo retrospectivo / Nayara Formenton Silva. -- 2018.

90 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Banca examinadora: Sabrina Helena Ferigato, Denise Rodrigues Bueno

Bibliografia

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atenção Terciária à Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Nayara Formenton da Silva, realizada em 17/12/2018:

Profa. Dra. Grace Angélica de Oliveira Gomes
UFSCar

Profa. Dra. Denise Rodrigues Bueno
FUNDEC

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato
UFSCar

À minha família, por proporcionar as condições necessárias para a realização de mais esta etapa.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Grace Angélica de Oliveira Gomes

Pelos ensinamentos durante a graduação e o mestrado, pela paciência e por sempre me incentivar a tentar coisas novas.

À Prof.^a Dr.^a Sabrina Helena Ferigato e à Prof.^a Dr.^a Denise Rodrigues Bueno

Pela participação na minha banca, pelas contribuições no trabalho e pela pronta disponibilidade no aceite do convite e na intensa troca de e-mails.

Às amigas de laboratório

Ana Júlia, Daiene, Patrícia, Isabela, Mariane e Juliane, meu sincero agradecimento pelo companheirismo, pela amizade, pelos conselhos, almoços, trocas de experiências e confidências, pelas festas, bares, comidas e tudo de bom que passamos nestes meses.

Aos amigos e amigas

Gabriella e Ruana, que estiveram presente mesmo com a pequena distância; Ana Claudia, André, Rafael, Thalita, vocês me ajudaram a levar o processo com mais leveza; Gisela, pelos almoços, risadas e conversas; Jéssica, pelo apoio que sempre me deu, mesmo estando longe fisicamente.

Ao grupo de pesquisa

Pela intensa troca de experiência, ajuda mútua e apoio. Gabriela e Caroline, meu agradecimento especial pela amizade e pelos conselhos.

Às equipes das UBS e USF, e da Santa Casa e do Hospital Universitário

Muito obrigada pela paciência e prontidão para me ajudar com o longo processo da coleta de dados.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)

Obrigada pela concessão da bolsa de formação de Mestrado, que foi fundamental para garantir maior tempo de dedicação ao Programa de Pós-Graduação e à condução do estudo.

Ao meu noivo, Israel

Obrigada pelo companheirismo, amor e apoio durante todo o processo do mestrado. Pela compreensão quando eu precisava estudar e nos momentos difíceis.

À minha família

Meus pais, Adriana e Paulo, pelo constante apoio e encorajamento, minha irmã Nathália por todas as conversas, conselhos e ensinamentos. Agradeço imensamente a compreensão de cada dia que estive ausente e a cada palavra de conforto nos momentos difíceis.

“O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas”.
(Claude Lévi-Strauss)

RESUMO

Diante do rápido aumento do número de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e no mundo, o oferecimento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças em unidades de saúde na Atenção Básica torna-se uma opção conveniente para a população no intuito de promover um envelhecimento mais saudável ao longo da vida. Sendo assim, a participação nessas ações pode ter um impacto econômico positivo para os usuários e para o sistema público de saúde. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi analisar a associação entre a participação em ações de promoção da saúde oferecidas na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter longitudinal e retrospectivo, a qual identificou as ações de promoção da saúde em todas as unidades de saúde do município e analisou os prontuários e registros hospitalares dos participantes das ações, a fim de verificar como esses utilizaram a rede de saúde no nível terciário, comparados àqueles que não participaram, com amostra composta por 496 pessoas. Foram analisados número de atendimentos, atendimentos de urgência, número de internações, dias de internação, número de exames e de medicamentos. Foram realizadas análises descritivas e de comparação intergrupo por meio do pacote estatístico Software Statistical Package for the Social Science (SPSS), com o Teste Qui-quadrado para os dados categóricos e o Teste Mann Whitney para a comparação entre os grupos. A média de idade do grupo participante foi de 60,6 anos ($DP\pm 13,1$) e do grupo não participante foi de 60,4 anos ($DP\pm 13,0$). Das 28 unidades analisadas, 71% possuíam ações de promoção da saúde, divididas em duas categorias: a) atividades corporais/manuais supervisionadas (40,6%), e b) atividades orientadas de educação em saúde (59,4%). Dos 894 atendimentos hospitalares analisados, com exceção do número de exames, não houve diferença estatisticamente significantes entre os grupos para as variáveis número de atendimentos, atendimentos de urgência, medicamentos, internações, dias de internação e consultas ambulatoriais. Conclui-se que não houve relação entre a participação nas ações de promoção da saúde e uso de serviços hospitalares.

Palavras-chave: Ações Preventivas, Atenção Primária à Saúde, Atenção Terciária à Saúde, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In view of the fast increase in the number of people affected by chronic non-communicable diseases in Brazil and in the world, the provision of health promotion and disease prevention actions in health facilities in Primary Care becomes a convenient option for the population in order to promote healthier aging throughout life. Thus, participation in these actions can have a positive economic impact for users and for the public health system. In this context, the objective of this study was to analyze the association between the participation in preventive actions offered in Primary Care and the use of Tertiary Care health services. It was a quantitative, longitudinal and retrospective study, which identified preventive actions in all the health units of the municipality and analyzed the medical records and hospital records of the participants of the actions, in order to verify how they used the network tertiary level, compared to those who did not participate, with a sample of 496 people. Number of visits, number of diseases, number of hospitalizations and number of medications were analyzed. Descriptive and intergroup analysis were performed using the Statistical Package for the Social Science (SPSS) statistical package, with the Chi-square test for the categorical data and the Mann-Whitney test for comparison between the groups. The mean age of the participant group was 60.6 years ($SD \pm 13.1$) and the non-participant group was 60.4 years ($SD \pm 13.0$). Of the 28 units analyzed, 71% had health promotion actions, divided into two categories: a) supervised body/manual activities (40,6%); and b) oriented health education activities (59,4%). Of the 894 hospital visits analyzed, except for the number of exams, there was no statistically significant difference between the groups for the number of visits, urgency appointments, medications, hospitalizations, days of hospitalization and outpatient visits. It was concluded that there was no relation between participation in actions to promote health and use of hospital services.

Key words: Preventive Actions, Primary Health Care, Tertiary Health Care, Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relação entre a participação em programas de promoção à saúde e o uso dos serviços de saúde, considerando os desfechos primários e secundários.....	39
Figura 2: Mapa das regiões administrativas, São Carlos, SP	54
Figura 3: Fluxograma das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças identificadas na Atenção Básica	60
Figura 4: Fluxograma dos registros dos prontuários de participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Primária	61
Figura 5: Fluxograma dos registros dos participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Terciária (Hospital Universitário)	62
Figura 6: Fluxograma dos registros dos participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Terciária (Santa Casa de Misericórdia)	62
Figura 7: Porcentagem de atendimentos totais, de urgência, medicamentos e exames totais e consultas ambulatoriais de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde (n=496). São Carlos – SP, 2018	64
Figura 8: Média de internações na Atenção Terciária de participantes e não participantes de ações preventivas do município de São Carlos, segundo ano	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estudos internacionais sobre atividades corporais/manuais supervisionadas e uso dos serviços de saúde	42
Tabela 2: Estudos nacionais sobre atividades corporais/manuais supervisionadas e uso dos serviços de saúde.....	47
Tabela 3: Estudos nacionais sobre atividades orientadas de educação em saúde	51
Tabela 4: Características dos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (n=496). São Carlos – SP, 2018	63
Tabela 5: Valores da mediana e suas variações (IC95%) de atendimentos total e dias de internação de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (n=496). São Carlos – SP, 2018	64
Tabela 6: Internações de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (n=496). São Carlos – SP, 2018	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
ATS	Atenção Terciária à Saúde
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	14
2.1.Sistema Único de Saúde	14
2.2.Redes de Atenção à Saúde	22
2.3.Políticas da Atenção Básica	25
2.4.Uso dos Serviços de Saúde	31
2.5.Doenças Crônicas Não Transmissíveis	34
2.6.Estratégias de prevenção e promoção da saúde	35
2.7.Estratégias de promoção de saúde e uso dos serviços de saúde.....	39
3. JUSTIFICATIVA	52
4. OBJETIVOS	52
4.1.Geral.....	52
4.2.Específicos	53
5. HIPÓTESE.....	53
6. MÉTODOS.....	53
6.1.Delineamento do estudo.....	53
6.2.Local do estudo	54
6.3.População Alvo	55
6.4.Amostra	55
6.5.Critérios de Inclusão	56
6.6.Critérios de Exclusão	56
6.7.Análise dos dados.....	57
6.8.Desenvolvimento da pesquisa e coleta de dados.....	57
6.9.Análise dos dados.....	59
6.10. Aspectos Éticos	59
7. RESULTADOS	60
8. DISCUSSÃO	65
9. CONCLUSÃO.....	69
10. REFERÊNCIAS	69
ANEXO A (Parecer de autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Carlos)	79
ANEXO B (Comprovante aprovação da pesquisa)	80
APÊNDICE A (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do coordenador da ação de promoção da saúde da Atenção Básica)	82
APÊNDICE B (Ficha de registro das ações de promoção da saúde na Atenção Básica no município de São Carlos).....	84
APÊNDICE C (Ficha de registro dos dados dos prontuários médicos na Atenção Terciária no município de São Carlos).....	85

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, sob controle dos seus usuários, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde no país. Segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2013).

O SUS é organizado em três níveis, a atenção primária, secundária e terciária à saúde, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) (ou atenção básica) é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, a qual possui tecnologia simples e de baixo custo e de caráter comunitário ou ambulatorial, com o objetivo de oferecer acesso universal, coordenar e expandir o atendimento para níveis mais complexos de cuidado, além de programar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2011). A Atenção Secundária à Saúde (ASS) tem como objetivo promover a continuidade do cuidado ao paciente com o apoio dos especialistas e da tecnologia intermediária que possui. Está presente em consultórios especializados e pequenos hospitais e centros de especialidades. Porém, é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade são excluídos a fim de darem espaço a procedimentos de alto custo. A Atenção Terciária à Saúde (ATS) tem como papel o apoio e a complementação da Atenção Básica na investigação diagnóstica, no tratamento e no atendimento às urgências. Assim, conta com grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas, servindo de referência para os demais serviços, a qual compreende procedimentos que envolvem tecnologia especializada, como exames de alta densidade tecnológica e internações, o que tem um alto custo para o sistema e pode trazer complicações à saúde do usuário (CONASS, 2015).

Para que os objetivos de cada esfera do sistema de saúde sejam alcançados, se faz necessária a implantação das redes de atenção à saúde, as quais vinculam os serviços de saúde por uma única meta, com objetivos comuns e através de ações cooperativas que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à população. Tais ações devem ser

coordenadas pela APS, prestadas de forma organizada e humanizada com responsabilidades para com a população (MENDES, 2009). Para Fleury e Ouverney (2007), as redes são propostas com um objetivo: administração de políticas e projetos que possuem recursos escassos, os quais têm interação de agentes públicos e privados, locais e centrais, onde há uma crescente demanda por benefícios e participação social. A gestão eficaz de uma rede de atenção à saúde implica em trabalhar na produção de consensos, operar de forma com que todos os atores ganhem, promover harmonização dos decisores políticos e administrativos, negociação de soluções e monitoramento e avaliação permanente dos processos (MENDES, 2011).

De acordo com Miquilin et al. (2013), alguns aspectos podem influenciar no acesso e na utilização dos serviços de saúde, como a localização geográfica, escolhas individuais, recursos disponíveis, disponibilidade e tipo de cada serviço oferecido. Para ela, conhecer como é o uso dos serviços de saúde permite avaliar e identificar grupos vulneráveis em relação ao estado de saúde e o motivo, desde indisponibilidade de serviços até os tipos de comportamento que levam à não utilização destes serviços. Além disso, outros fatores parecem estar associados à maior utilização dos serviços de saúde, como o sexo, a idade, condição econômica, a presença de doenças crônicas e a obesidade, a qual pode estar associada ao maior uso dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica à saúde (BERTAKIS, AZARI, 2005; TWELLS et al., 2012).

Atualmente, alguns programas e políticas fazem parte da estratégia do governo a fim de reestruturar o sistema e o modelo de assistência à saúde do SUS, os quais possuem como característica principal a reorganização das unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades com o objetivo de integrar a assistência médica com a promoção de saúde através das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (PAIM, 2011). Estudos como o de Rasella (2010) e Guanais (2009) mostram que a inserção destes programas, como o Programa Saúde da Família na APS, traz benefícios para o sistema de saúde, como a melhora na notificação de estatísticas vitais e a redução do número de internações hospitalares consideradas evitáveis, que caíram quase 15% desde 1999.

Entende-se por Promoção da Saúde, “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2012). Para os autores Leavell e Clarck (1976), a promoção da saúde pode ser entendida como as medidas que são adotadas que causam impactos

positivos sobre a saúde da sociedade, não necessariamente estando focadas em alguma doença ou agravo em particular. A Prevenção pode ser entendida como uma ação antecipada que tem por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. As ações preventivas têm o papel de eliminar elos da cadeia patogênica, no ambiente físico ou social, ou no interno dos seres vivos (ROUQUAYROL, 1988).

A Atenção Básica de saúde é um local estratégico para oferecimento de ações de prevenção e promoção da saúde que busquem controlar os efeitos negativos de acometimentos como obesidade e complicações de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais aumentam o uso de serviços de saúde. Ramos et al. (2014) mostraram em seu estudo que, em 1.600 unidades de saúde da Atenção Básica, a maioria (62,0%) referiu ter pelo menos três programas de promoção da saúde e apenas 3,0% não tinham nenhum. A promoção do ambiente saudável e da alimentação saudável foram os programas mais prevalentes (77,0% e 72,0%, respectivamente), enquanto o controle do tabaco e do álcool foram referidos em 54,0% e 42,0% das unidades de saúde, respectivamente. No entanto, não se sabe se oferecimento dessas estratégias de promoção da saúde existentes estão associadas ao uso de serviços de saúde, principalmente no contexto hospitalar. Nesse sentido, essa investigação analisará a relação entre ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças existentes na Atenção Básica de Saúde e uso de serviços hospitalares de um município do interior de São Paulo.

Assim, este estudo objetivou analisar se existe associação entre a participação em ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças oferecidas na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária. Após um breve levantamento sobre alguns temas, como o SUS e seus componentes, as redes de atenção à saúde, as DCNTs, o uso dos serviços de saúde e políticas e estratégias da APS para a promoção da saúde, os objetivos, métodos e resultados serão apresentados ao leitor.

2. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

2.1. Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde no Brasil possui uma grande variedade de organizações públicas e privadas, as quais foram estabelecidas em diferentes períodos históricos. No século XX, as campanhas de saúde pública eram realizadas sob moldes militares, o que gerou grande revolta na sociedade, levando à Revolta da Vacina, que caracterizou a

resistência em relação à campanha de vacinação contra a varíola, a qual foi sancionada por Oswaldo Cruz, na época Diretor Geral de Saúde Pública (BRAGA, 1981). Na década de 1930, o sistema de saúde era constituído por um Ministério da Saúde e pela previdência social, cujos serviços e níveis de cobertura eram definidos de acordo com a categoria ocupacional, ou seja, as pessoas com empregos fixos (bancários, ferroviários) tinham melhores serviços, enquanto aquelas com empregos esporádicos tinham uma oferta de serviços inadequada, com serviços públicos, filantrópicos e serviços privados pagos do próprio bolso (DRAIBE E SILVA, 1990).

Após 1964, ano do golpe militar, as reformas do governo impulsionaram a expansão de um sistema de saúde privado, o que permitiu uma rápida ampliação da cobertura fora dos centros urbanos, incluindo os trabalhadores rurais na previdência social. Este aumento na cobertura da previdência social e um sistema de saúde privado, o qual era pago baseado nos serviços realizados, levaram à uma crise na previdência social, a qual impulsionou os interesses pela reforma (PEGO E ALMEIDA, 2002). Tal reforma, que começou a tomar forma na década de 1970, reuniu iniciativas de diversos setores da sociedade e defendia a saúde não apenas como uma questão biológica, mas também uma questão social e política a ser discutida no espaço público (BIRMAN, 1991). Parlamentares, gestores da saúde e movimentos sociais formaram uma aliança em nome da reforma sanitária e começaram a realizar reuniões e conselhos a partir de 1980, ano que se constituiu o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, aprovou o conceito ampliado de saúde como um direito do cidadão e delineou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em estratégias que possibilitaram a integração, coordenação e a transferência de recursos entre as instituições de saúde nos níveis federais, estaduais e municipais (PAIM, 2011). O conceito ampliado de saúde aprovado nesta Conferência diz:

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

A Constituição Federal de 1988 foi proclamada durante grande instabilidade econômica, e as empresas de saúde tiveram que se reorganizar para atender às demandas

e receberam subsídios do governo, consolidando os investimentos no setor privado (MÉDICI, 1990).

O SUS foi criado no ano de 1990 através da Lei número 8.080 como forma de colocar em prática o princípio da Constituição Federal de 1988, que trata que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2013). Ainda, segundo seu artigo 7º, “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”.

O SUS possui princípios que definem como deve ser o acesso aos serviços de saúde: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atendimento; II - integralidade de assistência, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, direcionados para cada caso em todos os níveis de assistência; III - manutenção da autonomia das pessoas nos âmbitos de sua integridade física e moral; IV - igualdade de assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos; V - participação da comunidade; VI - descentralização, com direção única em cada uma das esferas de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; VII - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; VIII - alocação e recrutamento dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a fim de prestar de serviços de assistência à saúde da população; IX – resolutividade, em todos os níveis de assistência; e X - organização dos serviços a fim de evitar duplicidade de meios para fins iguais (BRASIL, 2015).

O SUS é organizado em três níveis de atenção: a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Secundária à Saúde e a Atenção Terciária à Saúde. A APS é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, a qual possui tecnologia simples e de baixo custo e de caráter comunitário ou ambulatorial, e tem por objetivo oferecer acesso universal à saúde, coordenar e expandir o atendimento para níveis mais complexos de cuidado (assistência especializada e hospitalar), além de programar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2011). A APS é formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e Estratégia Saúde da Família (ESF), presentes nas Unidades de Saúde da

Família (USF), as quais deveriam resolver 80% da demanda da população, para que o usuário não necessite utilizar a atenção secundária.

Com o objetivo de ampliar esse serviço na APS, são utilizadas estratégias para aumentar o repasse de recursos, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), os quais fazem parte de uma estratégia do governo com o objetivo de reestruturar o sistema e a assistência deste (PAIM, 2011). Além das UBS e USF, existem outros locais que a APS cumpre seu papel, como os Consultórios de Rua, NASF, UBS-P, UBS-F e UBS Indígena.

Alguns números mostram os resultados positivos que os investimentos na APS trouxeram: em dez anos, houve aumento em 15% dos usuários que relataram ter a atenção primária como seu serviço de saúde de uso principal, e que antes utilizavam os hospitais como primeira fonte de serviços de saúde (IBGE, 2008). Além disso, os usuários dos serviços relataram mais rapidez e maior eficácia no atendimento especializado na ASS quando eram encaminhados pela ESF (ALMEIDA et al., 2010). Além disso, pode-se observar os resultados positivos dos investimentos à APS quando olhamos para algumas estatísticas em saúde, como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, a qual foi de 29,02 (para mil nascidos vivos) em 2000 para 13,82 (para mil nascidos vivos) em 2015 (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010). Outro indicador da melhoria da APS no Brasil, é a maior notificação de estatísticas vitais e uma redução no número de internações hospitalares pelo SUS, as quais caíram 7% desde 2008, segundo dados do DATASUS, quando passaram de 824.348 internações no ano de 2008 para 774.616 internações em 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Entretanto, ainda é escasso o investimento na integração da APS com os outros níveis de assistência à saúde, dificultando a oferta dos serviços especializados devido a baixa interação entre os serviços municipais e estaduais, o que impede a APS de atingir seus objetivos (ALMEIDA et al., 2010). A fim de resolver estes problemas, melhorar a qualidade e o acesso da assistência, o governo lançou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e em 2008, lançou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais se associam ao PSF com o objetivo de expandir a cobertura da APS, apoiando o desenvolvimento das redes de referência e contra referência (PAIM, 2011).

A Atenção Secundária à Saúde (ASS) pode ser conceituada e delimitada pelo território no qual são desenvolvidas ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais demarcadas pelos processos de trabalho que envolvem maior densidade

tecnológica, denominadas tecnologias especializadas (SOLLA; CHIORO, 2008). Diferente da APS, na atenção especializada os usuários se deslocam até as unidades para a produção do cuidado, e a população-alvo é circunscrita a uma parcela da população total, representando a necessidade de cuidados a cada momento. Assim, uma atenção especializada configurada de forma regionalizada e hierarquizada é essencial para o funcionamento desta, sendo indispensável um recorte espacial com a definição de conjuntos de municípios, o que torna esta atenção mais racional, garantindo que os usuários tenham acesso aos procedimentos necessários, seja no próprio município ou fora dele (FONSECA, DAVANZO, 2002).

A ASS enfrenta alguns problemas, pois ainda é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade são rejeitados pelos gestores em favor daqueles procedimentos de alto custo (CONASS, 2006). O SUS é dependente de contratos com o setor privado, o qual muitas vezes dá preferência aos usuários que têm plano de saúde privado, e além disso, apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos equipamentos de ressonância magnética são públicos, o que torna o acesso desigual (PIOLA et al., 2009). Entretanto, houve um crescimento no número de procedimentos especializados no SUS nos últimos dez anos, os quais representaram em torno de 30% das consultas ambulatoriais no ano de 2010 (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a ASS também conta com centros de especialidades odontológicas, centro de referência à saúde do trabalhador, serviços de aconselhamento para HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis e serviços de reabilitação. No ano de 2008, criaram-se as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), as quais funcionam durante 24 horas por dia e atendem as demandas de emergências hospitalares. As UPAs se articulam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual conta com ambulâncias, helicópteros, embarcações e motocicletas equipadas para suporte básico ou avançado, entre outros, que são capazes de atender pessoas na rua, em casa e no trabalho (PAIM, 2011). De acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), órgão do Ministério da Saúde, atualmente o SAMU está presente em todos os estados brasileiros, cobrindo 79,37% da população brasileira em fevereiro de 2017, e haviam 396 UPAs em funcionamento em outubro de 2016 (SAGE, 2018).

A Atenção Terciária à Saúde (ATS) inclui procedimentos de alto custo, os quais são realizados, em sua maioria, por prestadores de serviço privados contratados e hospitais públicos de ensino (SOLLA; CHIORO, 2008). Os principais desafios da

assistência hospitalar brasileira são: controle de custos, qualidade da atenção ao paciente, aumento da eficiência, acesso a cuidados abrangentes, manutenção do vínculo com a atenção básica e a inclusão de médicos para aumento da resolutividade dos problemas (VECINA NETO; MALIK, 2007). O SUS possui políticas específicas para cobrir procedimentos de alto custo, como transplantes de órgãos e o gerenciamento das listas de espera e algumas especialidades, como oncologia e hemodiálise e cirurgias específicas (PAIM, 2011).

As definições mais comuns utilizadas para o termo hospital são: “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes com regime de internação (BRASIL, 2004), e:

Estabelecimento com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo de 24h ao dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adoentados ou feridos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2007 – tradução livre dos autores).

Em relação ao termo internação, entende-se como uma “forma de cuidado sob a qual os pacientes são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas” (NETO et al., 2012, p. 578).

O surgimento dos hospitais se deu nos primeiros séculos da era cristã, por volta do século IV, período no qual vigorava a crença nos milagres de cura e na virtude do ato de caridade aos cristãos. Os hospitais eram associados às ordens religiosas e funcionavam sob sua orientação, desde a organização, a administração, o suporte econômico até a forma de cuidado dos pacientes (PORTER, 2004). Tais instituições tinham como missão a salvação espiritual dos homens e cumpriam um papel no processo de transição entre a vida e a morte, além de terem a função de operar com uma instituição que excluía e separava a sociedade (NETO et al., 2012). Segundo Foucault (1979), o hospital, ao mesmo tempo que acolhia os pobres que estavam necessitando de cuidados, os retirava do convívio social pois eram vistos como uma ameaça à coletividade, e somente na segunda metade do século XVIII foram estabelecidas as bases do hospital moderno.

Durante o século XVIII houveram grandes transformações nos hospitais, os quais passaram a ser um instrumento terapêutico. Essas transformações derivaram das alterações econômicas e sociais acarretadas pela Revolução Industrial, o que trouxe nova mentalidade e atitude social em relação aos problemas comunitários. Surgiram novos grandes hospitais gerais nas cidades da Europa e estudos direcionados aos serviços hospitalares, o que permitiu a observação que os hospitais não funcionavam da maneira que deviam funcionar, ou seja, eram morredouros. A partir daí, surgiram as alterações espaciais dos hospitais, tanto em relação a localização na cidade quanto à melhor distribuição dos pacientes pelo seu interior, o que acreditava-se reduzir os efeitos nocivos do ambiente hospitalar (FOUCAULT, 1979).

A reorganização hospitalar pontuada por Foucault (1979) fundamenta-se na aplicação da disciplina, a qual objetiva a análise do espaço e a vigilância constante dos pacientes e o registro permanente dessas observações. Além disso, há outros dois fatores que compõem a conformação do hospital moderno: a legitimidade dos médicos perante a sociedade e a consagração de uma nova concepção teórica em relação ao processo saúde-doença, a qual enxerga a doença como um fenômeno natural que se origina da ação do ambiente sobre o indivíduo. De acordo com esta concepção, o cuidado médico não deve estar voltado apenas para a doença, mas para o que a causa, em uma tentativa de controlar o ambiente no qual o paciente está inserido. Assim, a intervenção médica não cabe mais no âmbito do domicílio do paciente, ou seja, a medicina exige um lugar apropriado para o cuidado, concebido e organizado com esse objetivo. Tais circunstâncias que tornam a medicina hospitalar, as quais fundam o hospital moderno (NETO et al., 2012).

Durante o século XIX houve um grande progresso científico e tecnológico em diversas áreas do conhecimento, entre elas a medicina anatomoclínica, marcada pela prática sistemática de autópsias, o que traz uma nova percepção da doença, agora vista como resultado de lesões orgânicas. Esta nova percepção trouxe uma nova perspectiva para a intervenção terapêutica, centrada no exame clínico e na interpretação de sinais e sintomas manifestos pelo paciente, o que implica a observação contínua deste. Outros fatores também sofreram profundas transformações e ajudaram no desenvolvimento de uma medicina cada vez mais científica e hospitalar, que são: a profissionalização da enfermagem, com novos programas de formação por todo o mundo; a descoberta e o emprego de novas substâncias anestésicas e a adoção de medidas de antisepsia, que acarretaram em uma drástica redução das taxas de mortalidade dos pacientes que eram submetidos a cirurgias (NETO et al., 2012).

Por fim, outras duas inovações do século XIX também contribuíram para tal desenvolvimento: a formulação da teoria microbiana, que explicava a etiologia das doenças infecciosas e abriu caminho para a produção das vacinas, e a descoberta dos raios X, o que agregou com os outros sentidos – olfato, tato, audição e a visão – na detecção de uma doença (NETO et al., 2012). Portanto, ao longo das primeiras décadas do século XX, essas inovações alteraram as condições de prática e as intervenções médicas modernas, as quais eram concentradas nos hospitais, e com isso, a medicina conquistou sua legitimidade social, na qual as pessoas não possuem mais o sentimento de pavor frente à possibilidade de ser hospitalizado, pelo contrário, preferem ser tratadas nestas instituições (NETO et al., 2012).

Durante o século passado, a assistência hospitalar tornou-se mais complexa e especializada, e os estabelecimentos hospitalares, os hospitais, diversificaram-se muito. No âmbito da prestação de cuidados à saúde, a assistência hospitalar ocupa um papel-chave em três diferentes pontos de vista: do técnico-assistencial, por ter a maior concentração de saberes e tecnologias mais especializadas; do ponto de vista financeiro, já que os gastos hospitalares representam cerca de metade dos gastos nacionais em saúde; e do ponto de vista simbólico, uma vez que a sociedade enxerga os hospitais de uma forma emblemática, ou seja, um local que se exerce a medicina moderna e representa um verdadeiro sistema de saúde (NETO et al., 2012). Além disso, são notórias as mudanças pelas quais os hospitais vêm passando, que compreendem não apenas a redefinição do papel da assistência hospitalar dentro do sistema de atenção à saúde, mas também a reorganização interna dessas instituições (NETO et al., 2012).

De acordo com Neto et al. (2012) houveram mudanças no âmbito assistencial desses hospitais, através da incorporação de novas tecnologias, o que proporcionou a implantação e difusão de novas formas de prestação de cuidados; assim como as mudanças no âmbito administrativo, que trouxeram as preocupações em relação do uso mais eficiente dos recursos disponíveis, da profissionalização dos gestores e a adoção de novas técnicas gerenciais e de modernos sistemas de informação nestes estabelecimentos. Atualmente, fica claro que houve a introdução de muitas inovações dentro dessas instituições em diversos campos, como nas atividades ofertadas, na maior integração à rede de serviços e na forma de gerir através de novos modelos de gestão hospitalar (OPAS, 2004).

Atualmente, os hospitais são em grande maioria privados (69,1%), sendo que apenas 35,4% dos leitos hospitalares são do setor público e 38,7% dos leitos do setor

privado são direcionados ao SUS através de contratos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Após a descentralização do SUS, foram criados diversos hospitais com média de 35 leitos, considerados hospitais de pequeno porte, e cerca de 60% dos hospitais possuem 50 leitos, os quais tendem a ser menos efetivos e eficientes que os hospitais maiores. No ano de 2005, havia 67 hospitais com mais de 400 leitos, principalmente na região mais rica do Brasil – o Sudeste, e a região Norte não possui hospitais com mais de 400 leitos, porém contém 9,5% dos hospitais menores (IBGE, 2010).

No ano de 2009 havia cerca de 430 mil leitos hospitalares no Brasil, considerando os leitos públicos e privados. Porém, houve um grande incremento no número de leitos públicos – cerca de 34 mil – e uma diminuição no número de leitos privados – em torno de 45 mil – o que torna possível visualizar um crescimento constante do setor público hospitalar. Acompanhando tal fato, entre 1976 a 2009 houve um crescimento de 29,5% no número de hospitais no país, passando de 5.311 para 6.875 instituições. Em relação ao número de internações, em 1995 o SUS realizou 13.275.247 milhões de internações, caindo para 10.743.603 em 2008 e 10.692.445 internações em 2018 (BRASIL, 2018).

2.2. Redes de Atenção à Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que uma rede de atenção à saúde possui seis modalidades de integração: 1- um conjunto de intervenções preventivas e curativas para determinada população, 2- espaços de integração de diversos serviços, 3- continuidade na atenção à saúde, 4- integração vertical dos níveis de atenção à saúde, 5- vínculo entre a formulação da política de saúde e a gestão, 6- trabalho intersetorial. Há uma definição que leva em consideração tais fatores: “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A partir desta definição, é possível identificar os conteúdos básicos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais apresentam missão e objetivos semelhantes, trabalhando de forma cooperativa e interdependente intercambiando constantemente seus recursos. As RAS são estabelecidas sem hierarquia entre os níveis de atenção à saúde e organizam-se de forma poliárquica, o que implica uma continuidade de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, além de proporcionar uma atenção integral com intervenções de

promoção à saúde e prevenção, de cura, do cuidado, de reabilitação e cuidados paliativos coordenados pela atenção primária (MENDES, 2011). Para Rosen e Ham (2008), os objetivos da RAS são melhorar diversos fatores: a qualidade da atenção à saúde, a qualidade de vida dos usuários, os resultados obtidos do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos serviços e recursos e a equidade no atendimento de saúde.

Segundo Porter e Teisberg (2007), a APS é o centro de comunicação das RASs, as quais se organizam para enfrentar uma condição de saúde específica por meio do ciclo completo de atendimento, ou seja, o usuário recebe uma continuidade no atendimento à saúde, passando pela atenção primária, secundária e terciária, levando em consideração a integralidade do cuidado, através de ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos de doenças e de gestão deste cuidado. O valor deste cuidado expressa-se na relação entre a qualidade dos resultados clínicos, humanísticos e econômicos e os recursos utilizados na atenção à saúde.

Segundo Mendes (2011), as RAS possuem três elementos fundamentais: a população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. A população é considerada a principal razão de uma RAS existir, e tem uma responsabilidade sanitária e econômica em relação à esta rede, sendo a atenção à saúde baseada na população a sua principal característica. Dentro do contexto do SUS, as RAS exigem uma construção social dos territórios e população, a qual se organiza em famílias e deve ser conhecida e registrada em sistemas de informação eficazes. Porém, o conhecimento da população em torno de uma RAS é um processo complexo, que envolve desde o processo de territorialização, o cadastramento das famílias e a vinculação destas à Unidade de APS mais próxima e a identificação das condições de saúde desta população (MENDES, 2011). Frente a isso, cabe à APS o papel de articular-se com a população, para que todo o processo de conhecimento e relacionamento entre a equipe de saúde e a população seja eficaz.

O segundo elemento que constitui uma RAS é a estrutura operacional, a qual é composta pelos nós das redes e suas ligações imateriais e materiais que comunicam esses nós (MENDES, 2011). Esta estrutura operacional se constitui de cinco componentes: a APS, que funciona como o centro de comunicação, a atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde), os sistemas logísticos (identificação de usuários, prontuário clínico, sistemas de transporte em saúde), e o sistema de governança, sendo os três primeiros os nós das redes e, o quarto elemento, as ligações entre os nós (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde, o terceiro elemento que constitui uma RAS, são sistemas lógicos que organizam o funcionamento desta rede, e articulam as relações entre os componentes desta e as intervenções, as quais são definidas de acordo com as situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde da população. Há dois tipos de modelos de atenção à saúde: os modelos de atenção aos eventos agudos e aos eventos crônicos (MENDES, 2011). Os modelos de atenção aos eventos agudos têm como objetivo identificar a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e assim, definir o ponto de atenção adequado para a situação, levando em conta o tempo de atenção requerido em relação ao risco classificado. Tal modelo implica em adotar um modelo de triagem de risco dentro das redes de atenção de urgências e emergências. Os modelos de atenção aos eventos crônicos devem estar preparados para as possíveis mudanças na organização e identificar as melhorias na atenção à saúde, traduzindo tais processos em políticas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas para o controle das doenças crônicas mais comuns na população (MENDES, 2011).

Para Gomes (2014), as RAS devem ser entendidas como uma organização, a qual precisa ser integrada em todo o território nacional, e deve ficar claro que existem quatro ambientes principais que fazem parte do quadro sociopolítico no qual se articulam estas redes: a estrutura societária, a organização necessária, os processos de modelagem, normatização e implantação e a organização atual. Em relação à estrutura societária das RAS no contexto do SUS, a União, junto com os estados e municípios são responsáveis pelos serviços oferecidos em todos os níveis de atenção e em todo o território nacional, sendo assim responsável pelos processos de modelagem, normatização, implantação e integralização desses serviços e redes. Diante disso, é possível afirmar que a União, os estados e os municípios compõem um colégio de gestores do SUS, e a sociedade atua sobre este colégio através das Conferências e Conselhos de Saúde, de acordo com a Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990). Porém, a atuação destes conselhos é pouco eficaz e o setor privado da saúde usa de diversos meios para interferir na formatação das RAS dentro do SUS (COSTA; BAHIA; SHEFFER, 2013).

A Organização Necessária das RAS, o segundo ambiente, é aquela solicitada para a viabilização de uma atenção à saúde pública, universal, equânime, integral e de qualidade dentro do território, ou seja, é um objetivo a ser alcançado na implantação da RAS. Essa Organização Necessária deve ser dinâmica e evoluir com o passar do tempo de acordo com as demandas da sociedade e da evolução dos aspectos sociais, técnicos, econômicos e políticos que determinam os contornos e o conteúdo das ciências

envolvidas nas RAS (GOMES, 2014). Por sua vez, segundo Gomes (2014), a Organização Atual das RAS expressa as características reais das RAS em cada momento do tempo, e por isso, depende das especificidades de cada sociedade e de seu Estado e suas características. Portanto, em cada sociedade a Organização Atual da RAS é uma junção política que possui uma tensão entre as tentativas de modelar, normatizar e implantar a Organização Necessária e as características e dinâmicas singulares a estes processos.

Entretanto, a Organização Atual das RAS do SUS é federalista e municipalista, devido ao fato de que esta foi adotada a partir da Constituição Federal de 1988 com sua Estrutura Societária também federativa e municipalista. A consequência disto é que esta Organização Atual tem a característica de ser múltipla, instável e que fragmenta e desintegra os serviços, relativamente àqueles componentes da Organização Necessária das RAS e suas exigências de ser integradora, única, e ter coesão e estabilidade organizacional (GOMES, 2014). Assim, Gomes (2014) pontua que há uma contradição das RAS, a qual está no permanente conflito entre a Organização Necessária e a Organização Atual, o que resulta nos problemas de fragmentação, desintegração e instabilidade na organização destas redes no âmbito do SUS e sua prestação de serviços em saúde. Tal conflito deixa explícito que, cada vez mais, a primeira diverge da segunda em todos os requisitos já mencionados (GOMES, 2014).

Contudo, a Organização Atual da RAS do SUS é resultado de anos de luta contra um Estado ditatorial, autoritário e centralizador, com uma saúde pública igualmente centralizadora, hierárquica e excludente, sendo a Estrutura Societária considerada uma vitória, pois viabilizou a participação efetiva da sociedade e dos entes federativos na governança do SUS (GOMES, 2014). Ainda segundo Gomes (2014), essa Organização Atual deve ser aperfeiçoada, pois ela foi, por muito tempo, benéfica para a expansão das RAS, da atenção primária e secundária à saúde e dos programas do Ministério da Saúde.

2.3. Políticas da Atenção Básica

O termo Política de Saúde abrange as questões relacionadas ao poder em saúde e àquelas que dizem respeito às diretrizes, planos e programas de saúde. Assim, existem três concepções relacionadas às definições de Políticas de Saúde: as formas de intervenção do Estado em relação à organização das práticas de saúde e os problemas de saúde da população; a distribuição de poder no setor da saúde; e o conjuntos de diretrizes,

princípios e propósitos voltados para a saúde (PAIM, 2003). O autor define política de saúde “como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. ”

Após a homologação da Constituição Federal de 1988, que trouxe consigo o advento do SUS, iniciou-se o processo de descentralização das ações e a municipalização da APS. Durante o período de 1988 e 1990, foram publicados os princípios e diretrizes do SUS e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), que organizou o Fundo Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, os quais possibilitaram o aparato institucional de gestão dentro do contexto da política de saúde (LUPPI et al., 2011).

No ano de 1991, a Fundação Nacional de Saúde propôs o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual trouxe como proposta a extensão da cobertura da APS para as áreas não cobertas com o objetivo de orientar a população para a imunização e ações de controle para diarreia, sendo posteriormente melhorado com a incorporação de outras ações de saúde e articulado com unidades do município com a supervisão de profissionais de enfermagem (LUPPI et al., 2011). Segundo Brasil (2007), o PACS foi inspirado em experiências de prevenção de doenças através de informações e de orientações sobre os cuidados de saúde e sua principal meta é contribuir para a reorganização dos serviços de saúde do município e a integração das ações entre os diversos profissionais e destas com a comunidade.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são pessoas escolhidas dentro da comunidade para atuarem junto à população, e deverão atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades daquele local, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde através de ações educativas coletivas e individuais. Algumas das atividades que fazem parte das competências do ACS são: visitar cada família da comunidade pelo menos uma vez por mês, identificar situação de risco e fazer o encaminhamento aos setores responsáveis, pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e fazer o registro no cartão, acompanhar a vacinação das crianças, identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal, orientar sobre prevenção de doenças, realizar atividades de educação nutricional nas famílias, supervisionar eventuais casos em tratamento domiciliar de doenças transmissíveis e doenças crônicas, realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde do idoso, entre outras (BRASIL, 2007).

Em 1993 houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) através da Portaria MS nº 692, com a proposta de fazer uma nova abordagem no processo saúde-doença no contexto dos serviços públicos de saúde, levando a equipe para perto das famílias a fim de buscar uma mudança na orientação de como tratar a saúde, ou seja, com maior enfoque na prevenção. Para Paim (2011), o PSF tem como objetivo reorganizar as unidades básicas de saúde a fim de se concentrarem nas famílias e comunidades do entorno e integrar a assistência médica através da promoção de saúde e ações de prevenção às doenças e/ou seus agravos. Além disso, o PSF traz a multidisciplinaridade como um fator inovador, já que engloba em sua equipe médicos, enfermeiros, agentes de saúde e odontólogos, proposta que vai ao encontro de sua principal função, que é de desenvolver ações de tratamento e prevenção de agravos dentro da população (CASTRO, CIPRIANO, MARTINHO, 2017).

Porém, só em 1996 ocorre a expansão do modelo do PSF a partir da NOB SUS 01/1996, a qual deliberou que a forma de financiamento da APS deveria ocorrer por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), o qual era repassado do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde com valores fixos *per capita*, a fim de ser alocado na APS dos municípios. Em 1997 o PSF passa a ser uma estratégia para a APS, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual caracteriza-se como uma estratégia de inclusão devido à sua busca por ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2017).

Tal estratégia tem como proposta humanizar as práticas do cuidado em saúde através do estreito relacionamento com os profissionais, objetivando a satisfação do usuário e estimulando o reconhecimento da saúde como um direito e como uma expressão da qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2017). Cada equipe de ESF é responsável por uma área geográfica previamente definida, a qual abrange de 600 a 1.000 famílias, que são cadastradas na USF. Esta equipe é o primeiro contato com o sistema de saúde da localidade de moradia, a qual coordena a atenção e a integra com os outros níveis de atenção – diagnóstico, especializado e hospitalar (PAIM, 2011).

Atualmente, a ESF é considerada a principal estratégia de qualificação da APS, trazendo consigo a reformulação do modelo tecno-assistencial, sendo que, a cobertura da ESF no Brasil está em um momento de consolidação, a qual possui uma cobertura populacional em torno de 50,7% (OLIVEIRA et al., 2017). Alguns dados administrativos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde apontaram que, em 2012, 95% dos municípios brasileiros tinham cerca de 33.404 equipes, representando um

potencial de cobertura de 55% da população brasileira, enquanto que no mesmo período de 2018 existem 43.731 equipes ESF, as quais cobrem 64,92% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Porém, há muita discrepância na cobertura e no acesso aos serviços de saúde nas UBS entre os municípios, devido aos diferentes mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, o que repercute diretamente no acesso e no uso dos serviços na área da saúde (MALTA et al., 2016).

Em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual, por meio de políticas públicas, propõe respeitar, proteger e promover os direitos humanos à saúde e à alimentação. O Ministério da Saúde, em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), conduziu um processo de atualização e aprimoramento desta política, com a participação de gestores estaduais e municipais, conselheiros estaduais e municipais de saúde, sociedade e trabalhadores de saúde. A PNAN tem como objetivo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, e está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS, focando na vigilância, prevenção, promoção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação. Tais atividades são integradas às demais ações em saúde nas redes de atenção e são ordenadas pela APS (BRASIL, 2013).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o Programa Brasil Sorridente, o qual inclui diretrizes e medidas que objetivam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira e é desenvolvido sob a forma de trabalho em equipe através de práticas participativas dirigidas à população, considerando sua necessidade e dinamicidade. A PNSB representou um grande avanço no que se refere ao acesso da população às ações voltadas à saúde bucal, ao mesmo tempo em que se consolidava parte do SUS e caracterizando-a como política pública de abrangência nacional, a qual tem como objetivo a reorganização do modelo de atenção à saúde e ampliação do acesso às ações de saúde bucal, garantindo, assim, a atenção integral dos indivíduos e famílias através da estruturação e reorganização da atenção básica (BRASIL, 2004).

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, a qual engloba recursos terapêuticos e sistemas de saúde complexos, também denominados Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa, pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002). A PNPIC possui diretrizes e responsabilidades institucionais que objetivam a oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, plantas medicinais e

fitoterapia, abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2015). Em 2017 a PNPIC foi ampliada através de novas práticas, como a arteterapia, dança circular, meditação, musicoterapia, osteopatia, quiropraxia e yoga, as quais ampliam as abordagens do cuidado e as possibilidades terapêuticas para o usuário, o que garante maior integralidade e resolutividade na atenção à saúde. No mesmo ano, 8.200 UBSs ofereceram alguma das práticas, correspondendo a 19% dos estabelecimentos, distribuídas em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total de municípios brasileiros (BRASIL, 2018).

Assim, em 2006, o Ministério da Saúde publicou uma nova definição da APS, a qual ampliou seu escopo com os componentes mais abrangentes da APS:

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada através da portaria nº 2.488 do Gabinete Ministerial (GM), a qual estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, da ESF e do PACS (BRASIL, 2010). Além disso, a PNAB é responsável por organizar todas as ações desenvolvidas no nível mais básico de atenção à saúde, o que repercute e influencia o sistema de saúde como um todo, abordando de forma clara os seus princípios e diretrizes. Também é função da PNAB cuidar do financiamento e das responsabilidades nas três esferas de governo, das infraestruturas das UBS, das atribuições de cada profissional e de sua educação permanente, das especificidades da ESF, cuidar dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), etc, proporcionando aos profissionais e usuários as bases para atuação neste núcleo de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Segundo Pinto (2018), o atual modelo de financiamento federal faz com que o município alocue recurso próprio para a AB, com o objetivo de receber os federais.

Portanto, a PNAB aprovada em 2017 piora esse quadro ao rebaixar ainda mais os níveis de exigência, o que desregulamenta a AB. Para o autor, o conhecimento do processo histórico de produção e reprodução social da saúde no Brasil mostra que os grupos que atuam para a reprodução do modelo assistencial dirigem os recursos para a atenção especializada e hospitalar, ao invés da AB, e para o setor privado, ao invés do público (PINTO, 2018).

O objetivo do NASF é ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS e sua resolubilidade, e são constituídos por equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, devendo atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de APS e Academia da Saúde dentro do território dessas equipes que o NASF está vinculado. Assim, o NASF faz parte da Atenção Básica, mas não é considerado um serviço com unidades físicas independentes e de livre acesso para atendimento, os quais, quando necessários, são regulados pelas equipes de APS (BRASIL, 2012). O NASF atua de forma integrada à RAS e seus serviços a partir de demandas advindas da APS, trabalhando também com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e redes comunitárias (BRASIL, 2012).

Uma das características marcantes do NASF é a responsabilização compartilhada com as equipes de Saúde da Família e da APS, colocando em prática o encaminhamento dentro da concepção de referência e contra referência em um processo de compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal destes pela APS (BRASIL, 2012). Podem haver duas modalidades de NASF, o NASF 1 e o NASF 2, nas quais ambas equipes deverão ser formadas pelos seguintes profissionais: assistente social; profissional de educação física; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista, homeopata, acupunturista, geriatra, internista, do trabalho, veterinário, pediatra; nutricionista; terapeuta ocupacional; psicólogo; arte educador e profissional de saúde sanitária. O NASF 1 necessita cumprir as seguintes condições: carga horária de trabalho somada entre os membros da equipe de, no mínimo, 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal de trabalho inferior a 20 horas e cada ocupação deve ter entre 20 e 80 horas de carga horária semanal. O NASF 2 possui condições diferentes daquelas do NASF 1, que são: a carga horária semanal de todos os membros da equipe deve somar, no mínimo, 120 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal de trabalho inferior a 20 horas e cada ocupação deve ter entre 20 e 40 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2010).

Os gestores municipais ficam responsáveis pela definição da composição de cada NASF, devendo seguir os critérios de prioridade identificados de acordo com dados epidemiológicos e a partir das necessidades de cada equipe de saúde e da comunidade em seu entorno. Os NASF devem funcionar em horário de trabalho comum aos das equipes de saúde as quais apoiam, e estes devem estar vinculados à, no mínimo, oito e, no máximo, 15 equipes de saúde, no caso do NASF 1; e à, no mínimo, três e, no máximo, 7 equipes de saúde no caso do NASF 2 (BRASIL, 2012).

2.4. Uso dos Serviços de Saúde

Após a criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde no Brasil apresentou uma alteração considerável. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, 9,2 milhões de pessoas (8% da população) afirmaram ter usado o serviço de saúde nos últimos trinta dias, já em 2012, quase 27 milhões de pessoas (14,2% da população) usaram os serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso dos serviços de saúde e 450% na procura por atendimento na APS (PNAD, 2012).

Os serviços de saúde procuram produzir impacto positivo nas condições de saúde das pessoas e possuem importante papel na redução de complicações de doenças e na mortalidade, mesmo não sendo um fator determinante do estado de saúde do indivíduo. Pode-se entender como serviços de saúde todo o contato realizado pelos usuários com o núcleo dos sistemas de saúde como um todo, o qual pode ser estabelecido de duas formas, direta – consultas e internações – e indireta – exames preventivos e diagnósticos (MIQUILIN et al., 2013).

Para Miquilin et al. (2013), alguns aspectos influenciam no acesso e na utilização dos serviços de saúde, como a localização geográfica, escolhas individuais, recursos disponíveis, disponibilidade e tipo de cada serviço oferecido. Os autores ainda pontuam que conhecer como é o uso dos serviços de saúde permite avaliar e identificar grupos vulneráveis em relação ao estado de saúde e o motivo, desde indisponibilidade de serviços até os tipos de comportamento que levam à não utilização destes serviços.

No ano de 2008, cerca de 93% das pessoas que procuraram os serviços de saúde receberam o tratamento, o que mostra que o cuidado está disponível para a maioria da população que o procura, mostrando que as desigualdades no atendimento podem ser atribuídas a diferentes comportamentos na hora de buscar este cuidado (PAIM, 2011).

Porém, Chiavegatto Filho et al. (2015) traz que quando há dificuldade no acesso, o uso desigual dos serviços de saúde pode trazer prejuízos para a sociedade, como a disseminação de doenças devido à dificuldade de acesso à vacinação. Além disso, este acesso pode retratar desigualdades e vulnerabilidades da sociedade, e assegurar o princípio da equidade do SUS é dever do Estado, de forma a eliminar as desigualdades produzidas em nível social (STOPA et al., 2017).

Alguns estudos brasileiros identificaram determinantes individuais do acesso a serviços de saúde. Barros e Bertoldi (2002) analisaram o uso dos serviços odontológicos e o estudo mostrou que indivíduos mais ricos se consultam com o dentista 2,8 vezes mais que os mais pobres em um período de 12 meses, ou seja, o tipo de serviço utilizado é um fator determinante. Em um estudo com idosos de São Paulo, SP, concluiu que ter seguro saúde era um fator determinante para o uso de serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008). O local de residência também pode ter efeito no uso dos serviços de saúde, ou seja, a disponibilidade local dos serviços e a distribuição geográfica podem ser barreiras para sua utilização, sendo que a proximidade com os serviços pode ser um bom preditor para seu uso (NEMET, BAILEY, 2000).

A participação social também é determinante no uso dos serviços de saúde. Os bairros considerados mais igualitários e menos violentos apresentam maior capital social, fator que está relacionado ao maior uso dos serviços de saúde, devido à melhor rede de informações sobre os sistemas de saúde da população. Além disso, as pessoas que vivem em bairros mais pobres apresentam mais problemas de saúde, o que pode ser um preditor para o maior uso dos serviços de saúde (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015).

De acordo com o estudo de Stopa et al. (2017), o acesso aos serviços de saúde na primeira vez que o serviço foi procurado foi praticamente universal, com diferenças encontradas por grupo de idade, nível de instrução e região de residência. Este mesmo estudo avaliou o acesso a medicamentos, sendo que 1/3 das pessoas que tiveram esse acesso, o conseguiram pelo SUS. Porém, menos da metade da população brasileira se consultou com um dentista nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo que as menores proporções foram em indivíduos com 60 anos ou mais e residiam na região norte do país.

Além disso, alguns fatores parecem estar associados à maior utilização dos serviços de saúde, principalmente na APS, como o sexo, a idade, condição econômica, a presença de doenças crônicas e a obesidade (BERTAKIS, AZARI, 2005; TWELLS et al., 2012). O estudo de Tomasi et al. (2014) analisou a influência da obesidade e da

circunferência abdominal no uso dos serviços de saúde e concluiu que tais fatores elevam a probabilidade de o indivíduo utilizar o atendimento em pronto-socorro, e pontua que tal padrão pode ser explicado pelos riscos cardiovasculares dessas medidas antropométricas e que complicações cardiovasculares demandam mais procura e utilização dos serviços de urgência.

Andrade et al. (2011) compararam os dados de 1998 e 2008 da PNAD e selecionaram três indicadores para avaliar o uso dos serviços: se foi internado nos últimos 12 meses, se passou por consulta ao dentista nos últimos 12 meses e se consultou com o médico nos últimos 12 meses, e concluiu que, no período avaliado, houve queda na desigualdade de acesso aos serviços de saúde em todas as regiões. Cambota (2012) analisou a desigualdade socioeconômica no número de consultas médicas e de internações para um período de 12 meses, e verificou uma desigualdade no acesso em relação às consultas médicas em favor dos mais ricos. A posse de plano de saúde particular é fator individual que permite compreender o acesso desigual nos serviços de consultas médicas e internações em favor dos mais ricos (CAMBOTA, 2012; TOMASI et al., 2014).

Para Stopa et al. (2017), o que determina a utilização do serviço de saúde é a necessidade percebida pelo usuário, a qual é decorrente de sua situação de saúde e de seu conhecimento prévio de alguma doença. Além disso, alguns estudos apontaram que um importante indicador de acesso aos serviços de saúde é a análise do índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), o qual também é utilizado para verificar o desempenho da APS e sua capacidade resolutiva (RICKETTS et al., 2001; CAMINAL et al., 2003). Tais condições representam um conjunto de diagnósticos que, se os serviços na APS fossem oferecidos em tempo hábil e de forma efetiva, as chances de internação diminuiriam consideravelmente (CALDEIRA et al., 2011).

A portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº221, de 17 de abril de 2008, apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, a qual é estruturada em grupos de causas de internações e diagnóstico, como as doenças preveníveis por imunização, gastroenterites infecciosas, anemia, infecções de nariz, garganta e ouvido, deficiências nutricionais, asma, doenças pulmonares e pneumonias, hipertensão, diabetes mellitus, angina, infecção renal e no trato urinário, entre outras (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE et al., 2009). Tal indicador é calculado dessa forma: o número de internações hospitalares de residentes financiados pelo SUS por causas

sensíveis à APS, multiplicado por 100, no numerador; e no denominador, o número total de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS (PROADESS, 2018).

Para Alfradique et al. (2009), taxas elevadas de internações por condições sensíveis à APS em uma população indicam sérios problemas de acesso ao sistema de saúde e até mesmo falhas no seu desempenho, o que representam um sinal de alerta. Alguns estudos trazem que altas taxas desse tipo de internação estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e à baixa capacidade de resolver os problemas na APS para algumas patologias (ANSARI, LADITKA, LADITKA, 2006; BERMUDEZ, BAKER, 2005, NEDEL et al., 2008).

2.5. Doenças Crônicas não Transmissíveis

No estudo de Almeida et al. (2002), o qual analisou dados da PNAD, a utilização dos serviços de saúde foi 1,8 vezes maior nos indivíduos portadores de doenças crônicas. A prevalência de doenças na população brasileira, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), vem aumentando nos últimos anos, sendo mais recorrente na população mais idosa. A OMS traz que em torno de 36 milhões das mortes que ocorrem ao ano sejam devidos a este grupo de doenças, as quais possuem altas taxas de mortalidade principalmente nos países de baixa e média renda (WHO, 2011). No Brasil, esse grupo de doenças é responsável por 72% das causas de morte, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, causando 31,3% destas mortes (MALTA; MERHY, 2010). Tal prevalência pode ser conhecida através de inquéritos populacionais, já que não há registros que abrangem toda a população.

O grupo das DCNT compreende doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e junto aos transtornos neuropsiquiátricos, são as principais causas de carga de doença na população (SCHRAMM et al., 2004). Na população idosa brasileira, mais de 60% dos idosos são hipertensos, que dentre as doenças crônicas, é um dos principais fatores de risco para outras doenças cardiovasculares, trazendo prejuízo à qualidade de vida deste idoso (ESPERANDIO, 2013).

De modo geral, a prevalência de DCNT auto referida pela população, de acordo com as PNAD, ficou em torno de 30% para a população adulta. As taxas de prevalência para DCNT variam de acordo com o sexo, sendo as mulheres mais susceptíveis a ficarem doentes; a idade, a qual é fator determinante, ou seja, quanto mais velho, mais chances de

adoecer; e à condição socioeconômica, a qual é inversamente proporcional à presença de DCNT, devido ao menor acesso às informações e aos serviços de saúde (WHO, 2011).

As DCNTs mais comuns possuem fatores de risco em comum e modificáveis, como o tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011). O tabagismo é responsável por 6 milhões de mortes por ano, e ao consumo excessivo de álcool são atribuídas 2,3 milhões de mortes ao ano (WHO, 2011). De acordo com a OMS, a inatividade física é responsável por 3,2 milhões de mortes por ano, enquanto que os níveis elevados de colesterol devido à má alimentação causam 2,8 milhões de mortes a cada ano (WHO, 2011).

As DCNT podem levar a incapacidades, perda de produtividade no trabalho e à dependência, o que leva ao aumento dos custos diretos e indiretos aos pacientes e suas famílias e um grande impacto financeiro ao sistema de saúde (BRASIL, 2011). O controle desses fatores de risco e a adoção de hábitos de vida saudáveis são fatores de proteção para as DCNT. A manutenção dos níveis adequados de colesterol através de uma alimentação balanceada, a prática regular de atividade física, o controle do consumo de álcool e o cessar do uso do tabaco são atitudes que podem trazer benefícios ao indivíduo e diminuir as chances de desenvolver algum tipo de DCNT (BRASIL, 2011).

2.6. Estratégias de prevenção e promoção da saúde

Entende-se por Promoção da Saúde, “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2012). Para os autores Leavell e Clarck (1976), a promoção da saúde pode ser entendida como as medidas que são adotadas que causam impactos positivos sobre a saúde da sociedade, não necessariamente estando focadas em alguma doença ou agravo em particular.

A Prevenção pode ser entendida como uma ação antecipada que tem por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. As ações preventivas têm o papel de eliminar elos da cadeia patogênica, no ambiente físico ou social, ou no interno dos seres vivos (ROUQUAYROL, 1988). A prevenção pode ser do tipo primária, secundária ou terciária. A prevenção primária é aquela realizada no período pré-patogênico, como a imunização, quimioprofilaxia para algumas doenças, proteção contra acidentes, controle de vetores, entre outros (LEAVELL; CLARCK, 1976; ROUQUAYROL, 1988;

FORATTINI, 1992). A prevenção secundária é aquela realizada no indivíduo sob ação do agente patogênico, ou seja, quando o período pré-patogênico já foi ultrapassado e o processo mórbido desencadeado, como o diagnóstico precoce, tratamento imediato e limitação da incapacidade (MORAES, 1988; ROUQUAYROL, 1988; FORATTINI, 1992). A prevenção terciária corresponde àquelas medidas adotadas após as consequências da doença, com o objetivo de alcançar a recuperação total ou parcial através dos processos de aproveitamento da capacidade funcional remanescente e de reabilitação, como a fisioterapia, a reeducação, a terapia ocupacional e a readaptação à vida normal (FORATTINI, 1992).

A Carta de Ottawa (1986) foi um marco histórico na promoção da saúde e na busca da redução das desigualdades em saúde, além de empoderar a população para maior participação no controle desse processo e ampliar as possibilidades dos indivíduos de atuarem sobre aqueles fatores que afetam sua qualidade de vida e saúde (WHO, 2009). Além disso, os princípios da Promoção da Saúde foram consagrados através do Movimento da Reforma Sanitária pela Constituição Federal de 1988 e SUS, sendo que foram institucionalizados em 2006 mediante aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pela Comissão Intergestores Tripartite. A PNPS vem com a perspectiva de operar e produzir uma rede corresponsável pela melhora na qualidade de vida, levando em conta a importância dos determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, além de contribuir com a mudança no modelo de atenção do SUS, incorporando a promoção à saúde ao sistema (MALTA et al., 2016; MALTA E CASTRO, 2009)

Para Malta et al. (2014), a publicação da PNPS é um marco na consolidação do SUS, pois, além de reafirmar os determinantes sociais no processo saúde-doença, ela estabelece como objetivo principal:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010, p. 17).

Além disso, a PNPS tem como prioridade a implementação de ações com temas diversos: prática regular de atividade física, alimentação saudável, controle e prevenção do tabagismo, redução do consumo excessivo de álcool e drogas, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e a promoção do desenvolvimento sustentável, as quais serviriam como dispositivo para o fortalecimento da promoção da saúde em todas as

esferas do SUS, junto com a melhoria da articulação entre diferentes áreas (MALTA et al., 2014).

Existem algumas ações em relação à prática regular de atividade física, no contexto da PNPS, que visam colocar em prática os objetivos da política para a promoção da saúde, são elas: 1- a organização de sistemas de vigilância e monitoramento de indicadores da prática de atividade física, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT (VIGITEL), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), permitindo, a partir desses indicadores, a implementação de ações de promoção à saúde voltadas à prática regular de atividade física; 2- ações que se comunicam com os dias mundiais da Atividade Física e da Saúde, que ocorrem anualmente; 3- financiamento de projetos voltados à prática de atividade física em torno de 1.500 municípios, até 2010; 4- avaliações constantes dos programas de prática de atividade física presentes nos municípios brasileiros por meio do Projeto Guia Útil de Avaliação em Atividade Física (GUIA).

Tais avaliações destas ações levaram o Ministério da Saúde a criar e implementar o Programa Academia da Saúde, em 2011, que visa contribuir para a equidade no acesso a ações voltadas à manutenção de hábitos de vida saudáveis em espaços qualificados, os quais fazem parte da APS (MALTA et al., 2016). O Programa Academia da Saúde financia a construção de espaços públicos voltados à promoção da saúde e de atividades físicas, e delega aos municípios e ao Distrito Federal a responsabilidade de desenvolver as ações com a coordenação da equipe da APS, sob a normatização das políticas nacionais de promoção da saúde e da atenção básica (MALTA et al., 2014).

Em relação às ações voltadas à alimentação saudável, inúmeros esforços foram realizados, no âmbito da PNPS e PNAN, para a promoção da saúde dentro do SUS, entre as quais: 1- as ações relacionadas à alimentação saudável dentro das RAS; 2- acompanhamento das condições de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família pelas equipes da APS; 3- ações desenvolvidas no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE) em uma parceria entre os profissionais da APS e educadores; 4- ações estratégicas acordadas entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA), com o objetivo de aumentar o consumo de frutas e hortaliças e diminuir o teor de sódio nos alimentos processados; 5- criação de diretrizes para a organização do tratamento e prevenção do sobrepeso e obesidade como prioridade na linha de cuidado nas RAS; 6- o Guia Alimentar para a População Brasileira, que traz a

necessidade de compreensão pela população das práticas alimentares consideradas saudáveis (MALTA et al., 2016).

Dentro do escopo do controle e prevenção do tabagismo, foi criado, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, o qual incluía uma meta de redução do tabagismo em 30%. Para isso, foram criadas diversas ações, como: 1- proibição da propaganda do cigarro nas mídias e a adoção de mensagens de advertência nos maços; 2- a Lei Federal 12.546, a qual proíbe os indivíduos de fumar em recintos coletivos e parcialmente ou totalmente fechados, aumenta a taxa do cigarro em 85% e fixa um preço mínimo para a venda do cigarro; 3- ampliação do tratamento dos tabagistas nas unidades do SUS, com acompanhamento e acesso aos medicamentos. Tais medidas já se mostraram eficazes: dados da PNAD de 2008 mostraram que, em indivíduos maiores de 18 anos, houve redução de 3,5% na prevalência de tabagismo, e em 2013, houve uma redução em torno de 20% em cinco anos (MALTA et al., 2016; SZWARCOWALD et al., 2014; MALTA et al., 2013).

Em relação à redução do consumo excessivo de álcool e drogas, o Ministério da Saúde vem assumindo a articulação de algumas ações: 1- aprovação de leis que restringem o consumo de bebidas alcóolicas para motoristas e que fortalecem as ações do agente de trânsito na aplicação de medidas protetoras; 2- controle e fiscalização na venda de bebidas alcóolicas para menores de dezoito anos; 3- o Projeto Vida no Trânsito, com ações integradas para proporcionar maior segurança no trânsito, visando a redução da mortalidade (MALTA et al., 2016). Há também as ações voltadas para a prevenção da violência e estímulo à cultura da paz: 1- Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2006), Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (2005), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009); Lei Maria da Penha (2006); Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (2010), Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (2008), entre outros; 2- a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a qual potencializa a identificação das violências no território, o que permite atuar de forma integradas dentro da rede de atenção e proteção às vítimas de violência (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2016).

No contexto da promoção do desenvolvimento sustentável, foram criadas parcerias entre diversos Ministérios: Meio Ambiente, Cidades, Casa Civil, Integração, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de desenvolver algumas

ações: 1- o Plano de Desenvolvimento Sustentável em áreas pré-definidas, como a região turística do norte e nordeste; 2- Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável do Xingu; 3- a Câmara Técnica de Saúde em Apoio à Política Nacional de Desenvolvimento Regional, de 2012, e a criação do Grupo Técnico Saúde e Licenciamento Ambiental, de 2009, com o objetivo de criar políticas públicas voltadas à gestão ambiental urbana (MALTA et al., 2016).

Em um estudo de Medina et al. (2014), realizado com 17.202 equipes de Saúde da Família no Brasil, apenas 1,9% das equipes informaram que não realizavam nenhuma das ações de promoção da saúde selecionadas. Gomes et al. (2014) identificou que, dentre todas as intervenções encontradas no estudo, um total de 1.762, a caminhada foi o tipo mais frequente de intervenção em atividade física, com 81,1%. O mesmo estudo concluiu que as ações de atividade física existentes aconteciam, em sua maioria, no período da manhã e tinham frequência semanal de uma ou duas vezes por semana, o que não atinge as recomendações de atividade física para obtenção de melhora da saúde de populações adultas (GOMES et al., 2014).

2.7. Estratégias de promoção de saúde e uso de serviços de saúde

As políticas públicas que consideram a importância da equidade de acesso a programas de promoção da saúde para os sujeitos com maior chance de utilizar mais os serviços de saúde, que apresentam características sociodemográficas e socioeconômicas comuns, como sexo feminino, faixas etárias mais avançadas, baixa renda e baixa escolaridade, são de extrema relevância. Esses programas podem colaborar no controle de fatores modificáveis, como inatividade física, tabagismo, alcoolismo e maus hábitos alimentares. Esses fatores podem evitar que condições determinantes para maior uso de serviços de saúde sejam controladas, como obesidade e complicações de DCNT.

A participação nas ações de promoção da saúde resulta em desfechos primários, que englobam o objetivo da ação, e os desfechos secundários, que engloba o uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária. O esquema abaixo mostra a relação entre essas condições:

Figura 1: Participação em programas de promoção à saúde e o uso dos serviços de saúde, considerando os desfechos primários e secundários.



Fonte: autoria própria.

A literatura científica vem mostrando uma relação entre as estratégias para a promoção de saúde e prevenção de doenças e uso de serviços de saúde. Uma revisão sistemática identificou que a inatividade física ao redor do mundo, independentemente do método de classificação, é onerosa à economia da saúde e diretamente responsável pelo alto gasto com medicamentos, internação hospitalar e consultas clínicas. Os idosos inativos e acometidos por DCNT representam os principais integrantes dos custos totais em saúde pública (BUENO et al., 2016).

Através de um levantamento na literatura, foi possível elucidar o que já foi estudado em relação às ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde. Os artigos foram buscados em base de dados como o Google Scholar, no PubMed e SCIELO. A pesquisa foi realizada no mês de junho e outubro de 2018, utilizando as palavras-chave “Promoção da Saúde”; “Prevenção de Doenças”; “Prevenção Primária”; “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Terciária à Saúde”, termos pesquisados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os termos foram pesquisados também no idioma inglês para que estudos internacionais fossem identificados. O critério de inclusão para a seleção dos estudos foi a disponibilidade do texto completo nas bases de dados. Foram excluídos os artigos com

duplicidade, que tratavam de assuntos que não correspondiam ao tema pesquisado, os que não descreviam práticas como sendo estratégias de promoção da saúde e artigos de revisão. Foram identificados artigos que investigaram ações especificamente na temática da atividade física e outros que investigaram ações voltadas para a educação em saúde.

As Tabelas 1 e 2 mostram um panorama geral de algumas pesquisas internacionais e nacionais na temática, respectivamente. Os estudos internacionais analisados utilizaram, em sua maioria, dados secundários advindos de informações de saúde de inquéritos nacionais. Além disso, a maioria desses estudos mostrou a relação da prática de AF de forma auto relatada através de questionários e/ou entrevistas diretamente com os sujeitos da pesquisa e analisaram a redução da utilização dos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde em conjunto (Brown et al., 2008; Mayo-Gamble e Lin, 2014; Wang et al., 2005; Woolcott et al., 2010; Peeters et al., 2014).

Especificamente Carlson et al. (2015), Wang et al. (2005) e Idler et al. (2015) analisaram, além dos serviços de saúde primários, o uso dos serviços hospitalares e sua relação com a prática de AF auto relatada através de questionários. Peeters et al. (2018) analisaram a relação de AF somente em forma de prática de caminhada auto relatada e as hospitalizações em instituições públicas e privadas da Austrália.

Estudos brasileiros têm avaliado a relação entre essas variáveis de diferentes formas, identificando associações diferentes. De forma geral, esses estudos avaliaram o nível de AF através de instrumentos de avaliação e/ou questionários autoaplicáveis. Bueno et al. (2016), Turi et al. (2015) e Codogno et al. (2012) analisaram a relação entre gastos com medicamentos e AF em forma de prática de caminhada. Codogno et al. (2011) e Codogno et al. (2011) utilizaram questionários para avaliar o nível de AF de indivíduos diabéticos e como este fator poderia influenciar o uso dos serviços de saúde e seus gastos. Giraldo et al. (2013) analisaram a percepção de participantes de programa de exercício físico em unidades de saúde da Atenção Básica em relação ao uso dos serviços de saúde.

Beato, Van Stralen, Passos (2011) observaram atividades voltadas para grupos de artesanato em uma Unidade de Saúde da Família e como a temática da promoção da saúde se faz presente na atividade. Carneiro et al. (2012) observaram que as ações de ginástica chinesa, os grupos de convivência presentes em Unidades Básicas de saúde de um município de Minas Gerais não estavam focados na promoção da saúde. Rodrigues e Ribeiro (2012) entrevistaram membros de Unidades de Saúde da Família que coordenavam ações de dança, passeios e oficinas de artesanato e verificaram que os

membros da equipe possuem conceito ampliado de saúde. Portanto, estes estudos não compararam a participação nestas atividades com o uso dos serviços de saúde.

Outros estudos brasileiros utilizaram dados nacionais gerais para verificar o uso de serviços de saúde e o nível de AF da população. Bielemann et al. (2015) utilizaram dados da PNAD de 2008 para avaliar a prática de AF e sua relação com o número de internações de pacientes identificados na pesquisa do IBGE. Outra investigação realizada por Bielemann e colaboradores (2010) analisou as hospitalizações da população de um município através de dados do DATASUS e como a prática de AF pode reduzir esses números.

A Tabela 3 traz alguns estudos nacionais na temática da educação em saúde. A maioria dos estudos são descritivos e têm analisado ações na Atenção Básica de caráter informativo por meio de palestras, rodas de conversa e orientações em sala de espera, através de entrevistas, observações e questionários (CAMARGO-BORGES, MISHIMA, 2009; SHIMIZU, ROSALES, 2009; ROECKER, MARCON, 2011; MACHADO et al., 2015; LINDEMANN, MENDOZA, 2016).

Portanto, tais pesquisas apresentaram formas diferentes de recrutamento de sujeitos através de análise individuais ou em banco de dados de saúde nacionais. Além disso, estes focam suas análises nas ações de prevenção e promoção da saúde em forma de AF, não verificando outras formas de prevenção como grupos de convívio, grupos de promoção de alimentação saudável, oficinas de artesanato, dentre outros. Além disso, não analisaram a relação entre a existência e participação dos indivíduos em ações de promoção da saúde já existentes na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde, em especial na Atenção Terciária, a qual afeta fortemente os gastos de saúde. A análise de informações dos indivíduos participantes especificamente nessas ações já existentes amplia o olhar para níveis não somente individuais, mas coletivos de ações de saúde pública, envolvendo políticas públicas já aplicadas, o que é um diferencial dessa pesquisa.

Portanto, não se sabe exatamente o quanto essa associação ocorre especificamente com nível de atenção terciário de saúde com ações previamente existentes em municípios de médio porte. Essa pesquisa analisará essa associação, o que pode colaborar no aprimoramento de políticas públicas de promoção da saúde e ampliar as pesquisas na área de estratégias de promoção de saúde no Brasil.

Tabela 1: Estudos internacionais sobre atividades corporais/manuais e uso dos serviços de saúde.

Autores, ano	Local	Amostra	Instrumento	Tipo de atividade/ação	Uso do serviço de saúde	Resultados
Peeters et al., 2018	Austrália	4678 mulheres com idade entre 70 e 75 anos	Questionário Austrália ativa para avaliar AF	Caminhada, tempo de lazer e tarefas domésticas vigorosas	Hospitalizações em locais públicos e privados, de acordo com banco de dados hospitalares	Pequeno aumento na AF em mulheres idosas sedentárias pode gerar economia e redução nas admissões hospitalares
Brown et al., 2008	Austrália	7.004 mulheres com idade entre 50 e 55 anos	Questionário Austrália ativa para avaliar AF	Caminhada rápida, esportes e atividades de lazer moderados	Custos totais dos serviços de saúde subsidiados pelo Medicare	Economia de 80% com o aumento na AF para mulheres sedentárias
Rocca et al., 2015	Suécia	28.028 respondentes aleatórios com idades entre 18 e 80 anos	Questionário online com quatro opções de resposta (exercício vigoroso, exercício médio, fisicamente ativo, sedentário)	Atividades físicas diversas: corrida, natação, tênis, boliche, ciclismo, jardinagem, atividades de lazer	Valores das visitas médicas gerais, de cuidados primários a especializados	Associação negativa: aumento da utilização dos serviços de saúde mesmo com maior nível de AF
Idler et al., 2015	Alemanha	3.356 crianças com idade entre 9 e 12 anos	Questionário autoaplicável para os pais com três categorias para AF	Caminhada, ciclismo, natação, patinação, jogos	Questionário com o número de consultas médicas,	Não houveram resultados significativos. Sujeitos muito

			(leve, moderada e vigorosa)	com bola, treinamento	terapêuticas, dias de internação e dias de ausência ao trabalho dos pais	jovens para detectar efeitos preventivos da AF sobre a utilização de serviços de saúde
Romé et al., 2009	Suécia	245 indivíduos sedentários com idade entre 20 e 80 anos	IPAQ, AF auto referida e medidas de capacidade funcional	Exercícios, educação e aconselhamento motivacional	Inatividade, custos das doenças e hábitos, medidos em coroas suecas	Melhorias significativas no comportamento da AF em ambos os grupos
Mayo-Gamble e Lin, 2014	EUA	3.459 residentes com dm2	Questionário sobre a participação em programas de controle de diabetes	Programa de controle do diabetes	Número de consultas médicas	Fatores de autocuidado são importantes facilitadores na procura por serviços de saúde
Wang et al., 2005	EUA	42.520 aposentados usuários do Medicare, com idade a partir de 65 anos	Questionário sobre comportamento de AF com três níveis (sedentário, moderadamente ativo e muito ativo)	Caminhada rápida, corrida, trabalho pesado	Pedidos ambulatoriais, dias de hospitalização, medicamentos, com dados do Medicare e seus custos	AF tem fortes efeitos na utilização dos cuidados de saúde e seus custos, especialmente para as pessoas com sobrepeso/obesidade

Denkinger et al., 2012	Alemanha	1.059 pessoas com 65 anos ou mais	Uso de acelerômetro uniaxial durante 1 semana	Sentado, em pé, caminhando	Número de consultas médicas, de medicamentos e tempo total de permanência em um hospital nos últimos 12 meses	A atividade de caminhada pode ser um preditor modificável mais promissor na redução da utilização de cuidados de saúde em idosos
Carlson et al., 2015	EUA	51.165 pessoas com 21 anos ou mais	Questionário sobre frequência e duração da AF, classificada em ativo, insuficientemente ativo e inativo	Atividades físicas vigorosas, intensidade leve ou moderada, como caminhadas, corridas, natação	Gastos dos serviços de internação, consulta ambulatorial, pronto-socorro, consultório odontológico e medicamentos controlados	A AF inadequada está associada a um percentual significativo de gastos com assistência médica nos EUA
Borys et al., 2015	Alemanha	155 pacientes com dor lombar crônica	Questionário com relação à intensidade da dor, depressão, ansiedade, bem- estar e utilização de cuidados de saúde	Terapia multimodal para tratamento da dor lombar	Questionário com a quantidade de especialistas visitados e número de tratamentos realizados	A terapia se mostrou eficaz em pacientes, os quais se beneficiariam da atividade em um estágio anterior ao de cuidados de saúde

Woolcott et al., 2010	Canadá	24.281 pessoas maiores de 65 anos	Entrevista com os níveis relatados de AF em gasto energético	Atividades físicas de lazer, como caminhar, jardinagem e hóquei no gelo, nos últimos 3 meses	Questionário com o número de consultas médicas, nos últimos 12 meses	Quanto maior o gasto energético em AF, menor o custo com internações e custos gerais com saúde
Peeters et al., 2014	Austrália	5.535 mulheres de meia idade	Questionário Austrália ativa para avaliar AF	Atividades físicas de lazer	Custos de saúde analisados pelo banco de dados do Medicare	Mulheres fisicamente inativas gastam u\$158 a mais a cada ano

Tabela 2: Estudos nacionais sobre atividades corporais/manuais e uso dos serviços de saúde.

Autores, ano	Local	Amostra	Instrumento	Tipo de atividade/ação	Uso do serviço de saúde	Resultados
Bueno et al., 2016	São Paulo – SP, Brasil	806 idosos diabéticos e/ou hipertensos	IPAQ versão curta	Caminhada	Valor dos medicamentos para tratamento de DM e HAS	Gastos anuais com medicamentos foram inversamente associados ao nível de AF e engajamento na caminhada
Bielemann et al., 2010	Pelotas – RS, Brasil	População de Pelotas - RS	Não foi avaliado	Não houve	Custos de internações hospitalares, medicamentos	A AF pode reduzir em 12% a utilização de medicamentos e 50% as hospitalizações pelo SUS
Codogno et al., 2012	Bauru – SP, Brasil	121 pessoas com DM2	Questionário Baecke et al. para avaliar prática de AF	Atividades ocupacionais, esportivas e de lazer	Entrevista e análise de prontuário com número de consultas, medicamentos e exames laboratoriais	As pessoas com menor nível de AF apresentaram maiores custos com serviços médicos e consumo de medicamentos

Turi et al., 2015	Bauru – SP, Brasil	963 pessoas sorteadas	Questionário Baecke et al. para avaliar prática de AF	Caminhada no lazer	Análise de prontuário clínico com número de consultas médicas, medicamentos e exames laboratoriais	A prática de caminhada como AF de lazer foi associada a menores gastos com medicamentos
Giraldo et al., 2013	Rio claro – SP, Brasil	26 mulheres participantes de um programa de exercício físico em unidades de saúde	Questionário para avaliar características sociodemográficas, AF, saúde geral	Programa de exercícios físicos, com exercícios resistidos, recreacionais, alongamento e caminhadas	Questionário para avaliar a percepção sobre o uso das unidades de saúde, uso de medicamentos e internações	A prática de exercícios físicos contribuiu para a diminuição do uso dos serviços de saúde
Codogno et al., 2011	Bauru – SP, Brasil	121 pessoas com DM2	Questionário Baecke et al. para avaliar prática de AF	Atividades ocupacionais, esportes e lazer e mobilidade	Análise de prontuários para consultas médicas, exames laboratoriais e medicamentos, apenas na APS	Pessoas com maior nível de AF apresentaram gastos com saúde mais baixos para o sistema público de saúde

Codogno et al., 2011	Bauru – SP, Brasil	121 pessoas com DM2	Questionário Baecke et al. para avaliar prática de AF	Atividades ocupacionais, esportes e lazer e mobilidade	Análise de prontuários médicos e característica do esquema terapêutico	A adoção do esquema terapêutico pode estar associada a menores custos com tratamento
Bielemann et al., 2015	Brasil	Regiões do país	Dados da PNAD de 2008	Atividades de lazer	Dados de internações hospitalares do IBGE de 2012	A inatividade física impacta significativamente o número de internações de pacientes
Beato, Stralen, Passos, 2011	Minas Gerais, Brasil	1 equipe de Saúde da Família	Observações das ações e entrevistas com membros da equipe	Grupos de artesanato, grupo de obesidade	Não se aplica	Sentidos sobre a promoção da saúde presentes e em permanente construção
Carneiro et al, 2012	Minas Gerais, Brasil	Unidades de Saúde Básica	Observação estruturada das ações	Ginástica chinesa, grupos de convivência, automassagem para hipertensos e diabéticos	Não se aplica	Maioria das ações não estava orientada para a promoção da saúde

Rodrigues, Ribeiro, 2012	Paraíba, Brasil	Membros das Unidades de Saúde da Família	Entrevistas semiestruturada e observação com diário de campo	Passeios, dança e oficinas de artesanato	Não se aplica	Entrevistados possuem conceito ampliado de saúde, o que influencia na concepção de promoção da saúde
-----------------------------	-----------------	--	---	--	---------------	---

Tabela 3: Estudos nacionais sobre atividades orientadas de educação em saúde.

Autores, ano	Local	Amostra	Instrumento	Tipo de atividade/ação	Resultados
Lindemann; Menodoza-Sassi, 2016	Rio Grande do Sul, Brasil	1.246 adultos e idosos	Questionário para avaliar orientação para alimentação saudável	Orientação para alimentação saudável na atenção primária	Orientação não é universal, com necessidade de ampliação da oferta
Machado et al, 2015	Brasil	17.202 equipes de Saúde da Família	Dados secundários do ministério da saúde de 2012	Ações em saúde para crianças e adolescentes	Resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola em todas as regiões do Brasil
Camargo-borges, Mishima, 2009	São Paulo, Brasil	1 grupo de uma Unidade de Saúde da Família	Encontros semanais gravados	Grupo de hipertensão	As práticas dialógicas promoveram relações mais colaborativas entre os trabalhadores e os usuários
Roecker, Marcon, 2011	Paraná, Brasil	20 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Entrevistas semiestruturadas acerca da educação em saúde	Ações de educação em saúde	Necessidade de estabelecer processos de capacitação em relação à educação em saúde
Shimizu, Rosales, 2009	Distrito Federal, Brasil	1 equipe do Programa Família Saudável	Entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e observação do trabalho	Atividades individuais e coletivas na sala de espera, palestras nas escolas, mutirões para prevenção de doenças	Diversas práticas são desenvolvidas, mas outras voltadas para a promoção da saúde são necessárias

3. JUSTIFICATIVA

O estudo tem importante relevância científica, pois utilizou um método nunca utilizado para este tipo de investigação. Os métodos para análise das associações em outros estudos brasileiros utilizaram dados secundários ou não consideraram a presença de ações de promoção da saúde especificamente na Atenção Primária à Saúde, bem como a participação da população, e o seu comportamento ao buscar por atendimento hospitalar. Este estudo leva em conta o comportamento do usuário na Atenção Primária à Saúde, ou seja, a sua aderência à alguma ação de promoção da saúde existente na rede, assim como suas características, como sexo, idade e presença de doenças, e como este usuário procura por atendimento dentro da rede. Além disso, existem poucas publicações na área que relacionem a participação em ações de promoção da saúde existentes na Atenção Primária à Saúde e o uso dos serviços de saúde na Atenção Terciária.

Esta investigação pode ser ponto de partida para pesquisas futuras, as quais se mostram de extrema importância devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas que podem ser evitadas quando um hábito de vida saudável é adotado. Além disso, estudos que evidenciam a importância da Atenção Primária à Saúde são necessários para que políticos e gestores de saúde sejam sensibilizados acerca da necessidade de se investir mais em promoção da saúde no primeiro nível de atenção.

Para a população, essa investigação se mostra essencial devido ao fato de esta proporcionar o conhecimento acerca da temática e a possibilidade de sensibilização da população para a adoção de melhores hábitos de vida, seja no contexto de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ofertadas na Atenção Primária à Saúde ou por conta própria em outros locais. Além disso, a pesquisa se mostra pertinente aos gestores da rede de saúde pública, pois traz conceitos importantes acerca do tema estudado e possibilita que os responsáveis planejem projetos assertivos para a demanda da população e tenha ótima resolutividade na Atenção Primária à Saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Analisar a associação entre a participação em ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças oferecidas na Atenção Primária à Saúde e o uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária em um município de médio porte do estado de São Paulo.

4.2. Específicos

- Identificar o número de ações de promoção da saúde existentes na Atenção Básica e suas características;
- Identificar o número de atendimentos, atendimentos de urgência, internações, medicamentos, exames, consultas ambulatoriais e dias de internação na Atenção Terciária de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde na Atenção Básica;
- Verificar a associação entre o uso de serviços de saúde na Atenção Terciária de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde nos anos de 2015, 2016 e 2017.

5. HIPÓTESE

A hipótese do estudo é de que todas as unidades de saúde da Atenção Básica do município ofereçam ações de promoção da saúde e que a participação dos usuários nestas ações esteja associada ao menor uso dos serviços de saúde terciários em alguns aspectos, como o número de atendimentos, consultas ambulatoriais e atendimentos de urgência, assim como o número de medicamentos, exames laboratoriais, internações e dias de internação.

6. MÉTODOS

6.1. Delineamento do Estudo

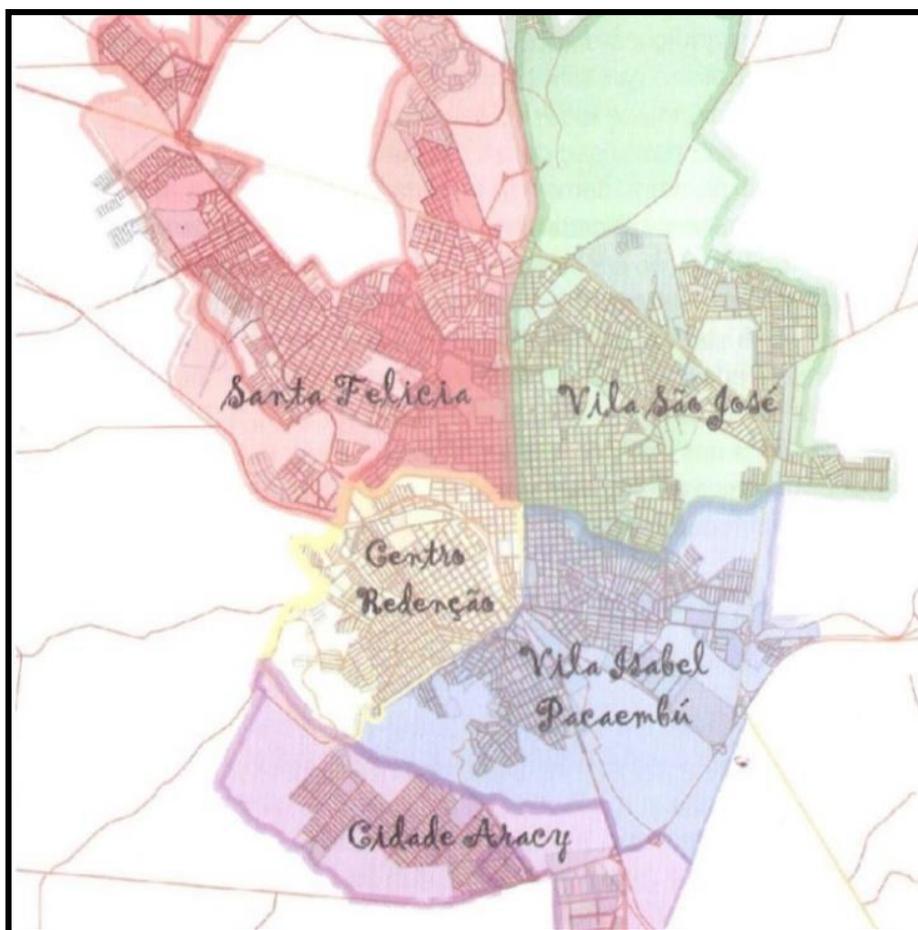
Essa pesquisa é quantitativa, de caráter longitudinal e retrospectivo desenvolvida nos níveis de atenção à saúde primária e terciária no município de São Carlos, SP, a qual foi realizada no ano de 2017 e 2018, analisando dados dos anos de 2015 a 2017.

Para este estudo foram utilizados registros dos dados de prontuário de usuários das redes primária e terciária de atenção à saúde de São Carlos, SP, que tenham participado ou não de uma das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças ofertadas pela rede de atenção à saúde.

6.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de São Carlos, analisando-se prontuários de usuários da rede de atenção à saúde de participantes assíduos nas ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças ofertadas pela rede de Atenção Básica, em todas as suas unidades presentes nas cinco regiões da cidade, as quais eram adotadas no momento da coleta de dados, como mostra a Figura 2:

Figura 2: Mapa das regiões administrativas, São Carlos, SP (2014).



No município de São Carlos, SP, a rede de atenção à saúde engloba os três níveis, onde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 14 unidades e as Unidades de Saúde da Família (USF) com 15 unidades, fazem parte da Atenção Primária à Saúde. O CEME (Centro Municipal de Especialidades) e as UPAs (Unidade de Pronto Atendimento), com

3 unidades, compõem a Atenção Secundária à Saúde. O Hospital Universitário e a Santa Casa de Misericórdia de São Carlos são parte da Atenção Terciária à Saúde.

Para o presente estudo foram analisadas todas as unidades de saúde da atenção primária e hospitais do município.

6.3. População Alvo

São Carlos é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, na região Centro-Leste, a uma distância de 58 km do centro geográfico (obelisco) e a uma distância rodoviária de 230 quilômetros da capital paulista. Com uma população recenseada em 246.088 habitantes (IBGE/2017), distribuídos em uma área total de 1.136 km², é a 13^a maior cidade do interior do estado em número de residentes.

A população-alvo da pesquisa são todos usuários cadastrados na rede de atenção à saúde do município, participantes e não participantes de ações de promoção da saúde existentes na Atenção Básica no período de julho de 2015 a julho de 2016.

6.4. Amostra

Para o presente estudo foram analisadas duas amostras: 1) Ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças existentes na Atenção Básica, e 2) Participantes das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças existentes na Atenção Básica. Para cada participante, foi analisado um não participante pareado por sexo, idade (± 5 anos), doença diagnosticada e unidade de saúde de cadastro.

A coleta de dados foi realizada em todas as unidades de saúde do município e todos os coordenadores de ações de promoção da saúde foram abordados e convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através das listas de frequência das ações e do prontuário de cada participante e dos não participantes.

6.5. Critérios de Inclusão

Para as ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças:

- Existir há pelo menos um ano e ocorrer por pelo menos uma vez por semana;
- Ser realizada no espaço físico da unidade ou em algum espaço comunitário do bairro, desde que vinculado à unidade;
- Ter objetivo de prevenção e controle de DCNT que possam agravar a saúde dos indivíduos;

Para os coordenadores das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças:

- Ser responsável pela ação;

Para os participantes da pesquisa:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser cadastrado em uma das Unidades Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde;
- Ser usuário dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- Possuir nome completo e/ou número de prontuário na Atenção Primária;
- Ter prontuário com registros médicos no intervalo entre julho de 2015 e julho de 2016;
- Participar da ação de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças no último ano por pelo menos três meses seguidos e ter pelo menos 75% de frequência nas atividades no último ano.

6.6. Critérios de exclusão

- Incompreensão dos dados no prontuário.

6.7. Instrumentos de coleta de dados

Um dos instrumentos utilizados nas coletas de dados foi uma ficha de registro elaborada pelos pesquisadores com informações sobre a ação, como identificação do local, data da coleta, nome do entrevistador, nome da ação preventiva, nome do coordenador responsável por essas ações, público-alvo ao qual elas se destinam, os materiais utilizados para sua realização, a frequência semanal com que elas ocorrem, os horários que elas são realizadas, seus objetivos, os recursos humanos envolvidos nessas ações, o local onde elas são realizadas, o controle de frequência dos participantes nas aulas, a data que as ações se iniciaram, o número médio de participantes ao mês e observações (APÊNDICE B).

Outro instrumento aplicado foi a ficha de coleta dos dados dos prontuários dos participantes e não participantes das ações na Atenção Terciária, contendo informações como nome, data de nascimento, unidade de saúde, data da visita, motivo da visita, conduta adotada, o profissional que fez o atendimento, os medicamentos em uso, medicamentos receitados, os insumos utilizados e se o paciente foi referenciado ou contra referenciado (APÊNDICE C).

6.8. Desenvolvimento da pesquisa e coleta de dados

A primeira fase da pesquisa consistiu em realizar o levantamento das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças existentes nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos, SP. Todas as unidades foram visitadas com o objetivo de conversar com o gestor da unidade de saúde acerca de quais ações eram realizadas na unidade e posteriormente contatar o coordenador responsável pela ação para a coleta de mais informações. Após a apresentação da autorização do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde do município (ANEXO A) e aceite do gestor e do coordenador da ação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o coordenador foi contatado para a coleta de informações, tais como o objetivo da ação, o público alvo, quem era o responsável pela ação, quais os materiais utilizados nesta ação, o local em que a ação era realizada, a data de início da ação, o número médio de participantes, se o responsável pela ação realiza controle de presença com lista de frequência.

Quando a ação possuía uma lista de frequência, esta era solicitada para que cada pessoa fosse identificada e posteriormente analisada em relação ao uso da atenção terciária. Após o levantamento das ações e verificação das listas de frequência dos participantes, os quais deveriam atingir pelo menos setenta e cinco por cento. Além disso, foi analisado se havia o nome completo e o número do prontuário destes participantes, e se tinham registros nos prontuários da Atenção Primária entre o período de julho de 2015 a julho de 2016. Se esses critérios eram atendidos, o sujeito entrava como participante da pesquisa e seu prontuário na Atenção Terciária seria analisado, a fim de avaliar o uso dos serviços hospitalares por ele no período de 2015 a 2017.

Para cada participante, foi analisado um não participante pareado por idade, sexo, doença diagnosticada e unidade de saúde de origem. Os não participantes foram selecionados por sorteio, o qual era realizado na estante ou gaveta em que os prontuários eram guardados. O sorteio se iniciava do primeiro prontuário, e, se o indivíduo pudesse ser pareado, era analisado, se não, era devolvido à estante e contava-se dez prontuários e verificava-se se ele poderia ser pareado. Quando os prontuários da estante ou gaveta acabavam, o sorteio era reiniciado a partir do segundo, terceiro, quarto prontuário, até que fossem pareados todos os participantes daquela unidade. Todos os nomes dos participantes e não participantes foram digitados em uma planilha do Excel, juntamente com a data de nascimento, número do prontuário da Atenção Primária, sexo e Unidade Básica a qual pertencia.

A partir desta tabela, a análise de prontuários da Atenção Terciária se iniciou. A Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Universitário de São Carlos, os únicos equipamentos que compõem a ATS no município, foram contatados para a autorização do acesso aos prontuários. Ambas as instituições exigiram o projeto de pesquisa e a documentação de autorização pela Secretaria Municipal de Saúde e o comprovante do envio do projeto ao Comitê de Ética (ANEXO B) para que a pesquisa pudesse ser realizada. No Hospital Universitário os pacientes não possuíam prontuário nominal, ou seja, quando o paciente passava pelo hospital, seu registro era realizado separadamente em uma folha ou formulário e arquivado em uma caixa de papelão com a data – dia, mês e ano – da consulta ou procedimento. Assim, foi necessário adotar outra estratégia para otimizar o acesso e os registros do uso do serviço de cada paciente.

Juntamente com a ajuda de alguns funcionários do hospital, foi proposto que o hospital oferecesse acesso ao sistema computacional do hospital, o AGHU, o qual contém informações sobre a data e hora exatas da visita de cada paciente. Assim, cada paciente

foi analisado no sistema, a fim de verificar quantas visitas e quando estas foram realizadas, para que posteriormente as informações dos prontuários de papel fossem coletadas em cada caixa de arquivos datadas separadamente, como já citado. Quando a coleta foi finalizada, os dados foram digitados em uma planilha do Excel para posterior análise de dados.

A Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, como citado anteriormente, exigiu o acesso ao projeto de pesquisa e a autorização do Comitê de Ética para que esses documentos fossem analisados pelo Comitê de Ética do próprio hospital para autorização e continuação da pesquisa. Após a autorização do acesso aos prontuários por meio do sistema de prontuário eletrônico próprio do hospital, a coleta de dados na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos foi finalizada e os dados também digitados em uma planilha do Excel para posterior análise.

6.9. Análise dos dados

Foi elaborado um banco de dados no programa Excel 2016 com os dados coletados a partir do que foi preenchido na ficha de registro das ações, e em seguida, os dados foram importados para o Software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22.0.

A estatística descritiva foi composta por valores de mediana, desvio padrão, valores percentuais e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para os dados categóricos, foi utilizado o Teste Qui-quadrado e para comparação entre os grupos foi utilizado o Teste Mann Whitney. Foi realizado teste de normalidade (Kolmogorov–Smirnov) para os dados contínuos. O procedimento estatístico foi considerado significativo quando a probabilidade de o evento analisado ocorrer ao acaso (p-valor) for inferior a 5%.

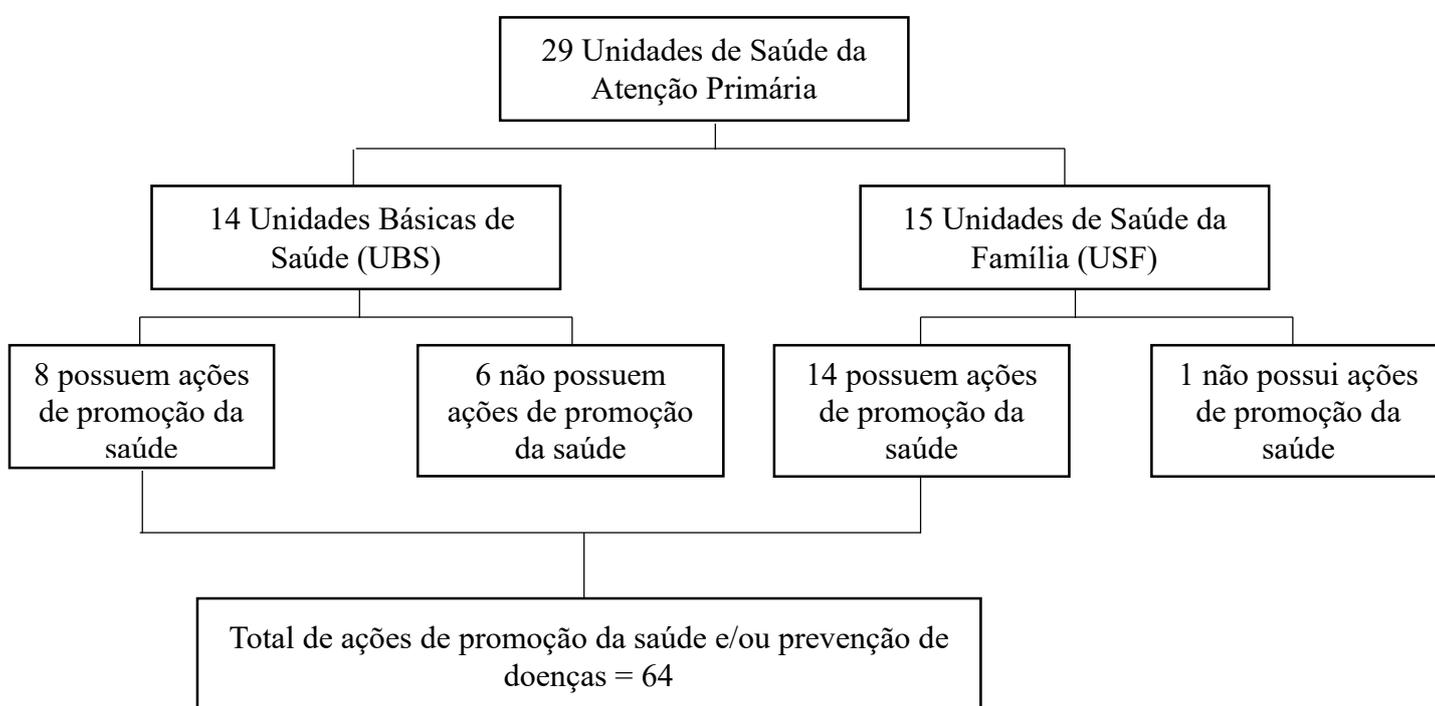
6.10. Aspectos Éticos

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Plataforma Brasil), respeitando-se integralmente a Resolução 196/96, sob o parecer de aprovação nº 1.759.746 (ANEXO B).

7. RESULTADOS

Foi realizado um levantamento das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF) de São Carlos, e das 29 unidades, 14 eram UBSs e 15 USFs. Foram identificadas 64 ações em 22 unidades, sendo que sete não possuíam ações. Destas 22, oito eram de UBS e 14 de USF, como ilustrado no fluxograma da Figura 3.

Figura 3: Fluxograma das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças identificadas na Atenção Básica.



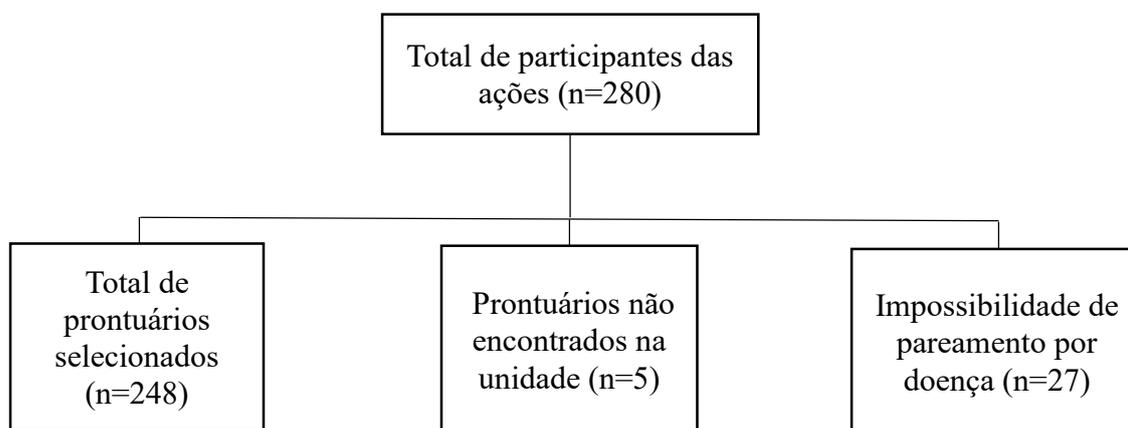
Fonte: elaborado pela autora.

As 64 ações identificadas foram divididas em 2 categorias: a) atividades corporais/manuais supervisionadas (40,6%), como grupo de caminhada (10,9%), alongamento (9,4%), ginástica oriental (3,1%), prevenção de quedas (7,8%), grupos de artesanato e pintura (9,4%); e b) atividades orientadas de educação em saúde (59,4%), como grupos de orientações nutricionais (12,6%), hiperdia (7,8%), grupo de diabéticos (3,1%), orientações gerais em saúde (17,2%) e orientações para gestantes (18,7%).

As ações possuíam objetivos diversos, como prevenção de agravos de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias; promoção de saúde, como perda de peso, grupo de coluna, alimentação saudável, prevenção de quedas; promoção de atividade física, com atividades de caminhada, atividade física e alongamento, e também com o objetivo de integração social, como no caso das ações de artesanato, pintura, crochê e arte terapia.

A partir das listas de frequência disponibilizadas pelo responsável de cada ação, foram contabilizados 280 participantes das ações que atendiam os critérios de inclusão, sendo que destes, 5 não tiveram os prontuários encontrados nas unidades de saúde e 27 foram excluídos pela impossibilidade de pareamento com um participante, como mostra a Figura 4. As exclusões ocorreram em 17,8% das unidades de saúde. Assim, 248 indivíduos tinham registro no período de julho de 2015 a julho de 2016 e foram incluídos na amostra. Os 248 prontuários foram pareados por sexo, idade, doença diagnosticada e unidade de saúde de cadastro com pessoas que não participaram de ações de promoção à saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Básica, as quais foram analisadas na Atenção Básica e na Atenção Terciária.

Figura 4: Fluxograma dos registros dos prontuários de participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Primária.

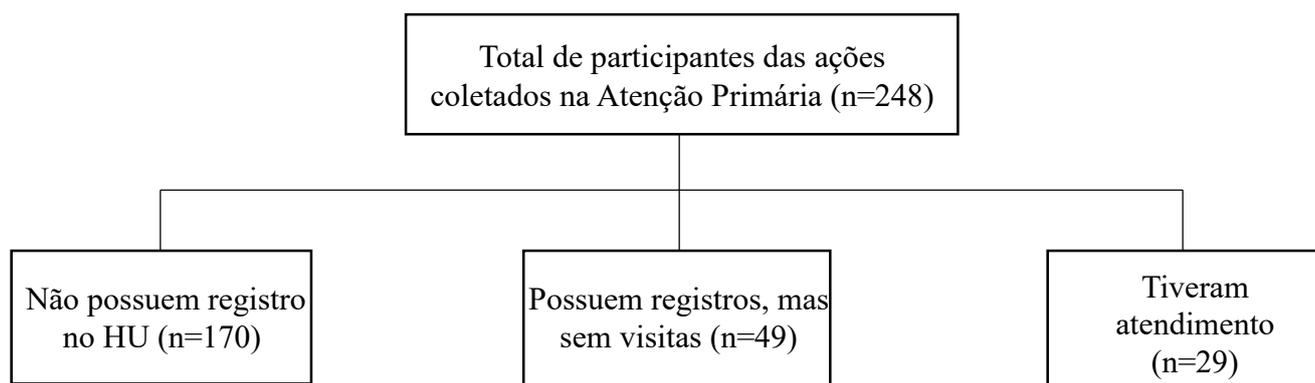


Fonte: elaborado pela autora.

Com os 248 nomes dos participantes das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças em mãos, a etapa de análise na Atenção Terciária se iniciou no Hospital Universitário, onde 170 indivíduos não tinham registros na instituição, 49

possuíam registros e não passaram por atendimento e 29 indivíduos tiveram atendimentos na instituição no período, como mostra a Figura 5. Já para o grupo não participante das ações, 213 indivíduos não tinham registro no Hospital Universitário e 35 sujeitos tiveram atendimento na instituição, os quais tiveram o prontuário analisado.

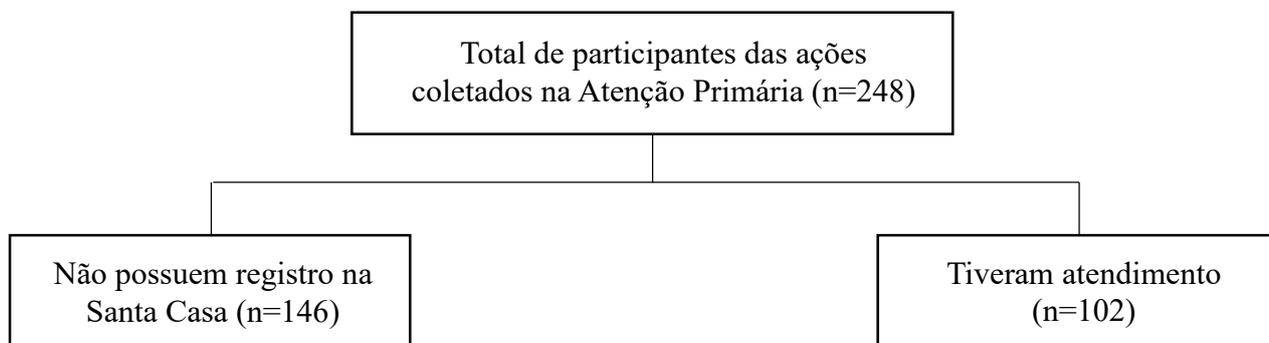
Figura 5: Fluxograma dos registros dos participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Terciária (Hospital Universitário).



Fonte: elaborado pela autora.

Na Santa Casa de Misericórdia, dos 248 sujeitos participantes das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças, 146 não possuíam registro na instituição e 102 tinham registros e visitas no período analisado, como mostra o fluxograma da Figura 6. Entre os não participantes das ações, 147 não tinham registros na Santa Casa e 101 tiveram atendimento na instituição no período analisado.

Figura 6: Fluxograma dos registros dos participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Terciária (Santa Casa de Misericórdia).



Fonte: elaborado pela autora.

A média de idade do grupo participante foi de 60,6 (DP \pm 13,1) e do grupo não participante foi de 60,4 (DP \pm 13,0). Na Tabela 4, estão apresentadas as características dos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Básica, em relação ao sexo e a presença de doenças.

As doenças mais prevalentes entre os participantes foram hipertensão (8,5%) e diabetes (4,4%). Além dessas, foram identificadas nos prontuários médicos doenças cardíacas, doenças osteoarticulares, doenças do trato gastrointestinal, insuficiência renal, hipotireoidismo, fibromialgia e câncer.

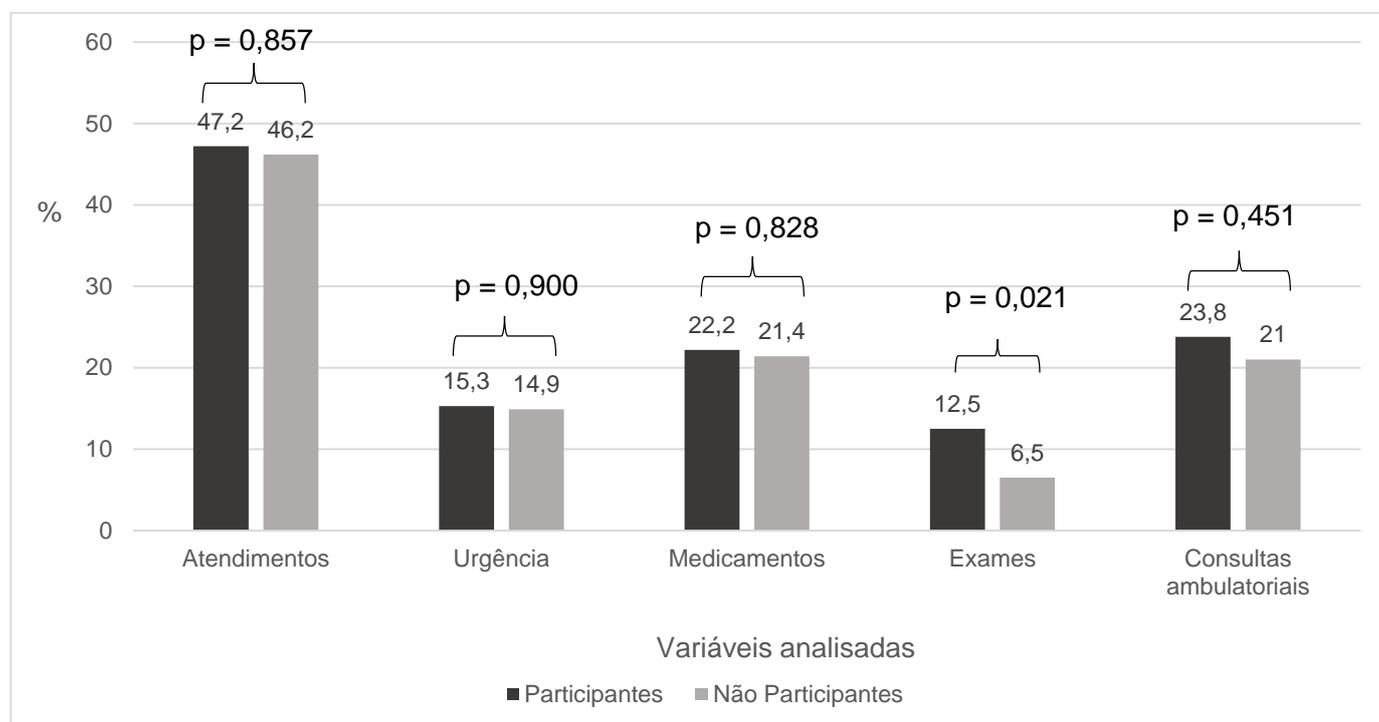
Tabela 4: Características dos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (n = 496). São Carlos - SP, 2018.

		Grupo				Total		p*
		Participantes		Não participantes		n	%	
		n**	%	n	%			
Sexo	Feminino	181	73,0	181	73,0	362	73,0	1,000
	Masculino	67	27,0	67	27,0	134	27,0	
	Total	248	100	248	100	496	100	
Presença de Doenças	Sim	25	10,1	25	10,1	50	10,1	1,000
	Não	223	89,9	223	89,9	446	89,9	
	Total	248	100	248	100	496	100	

**n = número de sujeitos; *O nível de significância é $p < 0,05$.

A Figura 7 mostra a porcentagem de atendimentos totais, atendimentos de urgência, medicamentos, exames e consultas ambulatoriais de participantes e não participantes das ações de promoção da saúde, com os respectivos valores de p.

Figura 7: Porcentagem de atendimentos totais, de urgência, medicamentos e exames totais e consultas ambulatoriais de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde (n=496). São Carlos – SP, 2018.



A Tabela 5 apresenta a mediana e o P25 e P75 de número total de internações e dias de internações dos grupos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em ambas as variáveis.

Tabela 5: Valores da mediana e P25 e P75 de número de internações total e dias de internação de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (n=496). São Carlos – SP, 2018.

	Grupo						p*
	Participantes			Não participantes			
	mediana	P25	P75	mediana	P25	P75	
Número de internações total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,146
Dias de internação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,204

*O nível de significância é $p < 0,05$.

A Tabela 6 apresenta as internações dos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde, as quais foram relacionadas ao estilo de vida do indivíduo, ou seja, se a internação tinha relação com o fato do indivíduo ter melhor estilo de vida ao participar da ação na Unidade de Saúde. Das 27 internações, 15 tiveram relação ao estilo de vida que a pessoa levava, ou seja, ela poderia ter sido evitada.

Tabela 6: Internações de participantes e não participantes de ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças (n=496). São Carlos – SP, 2018.

		Grupo				Total	
		Participantes		Não participantes			
		n*	%	n	%	n	%
Relacionado ao estilo de vida	Sim	9	3,6	6	2,4	15	55,5
	Não	5	2,0	7	2,8	12	44,4
	Total	14	5,6	13	5,2	27	100

*n = número de sujeitos

As principais causas de internações foram: câncer (2,8%), doenças do trato gastrointestinal (2,8%), doenças cardiovasculares (2,0%) e doenças osteoarticulares (0,4%).

8. DISCUSSÃO

Esse é primeira pesquisa brasileira que analisa a relação entre a participação especificamente em ações de promoção de saúde existentes na Atenção Básica e o uso de serviços de saúde na Atenção Terciária. Estudos similares apresentaram formas diferentes de recrutamento de sujeitos para participarem da pesquisa através de busca ativa na Atenção Básica (TURI et al., 2015; CODOGNO, FERNANDES, MONTEIRO, 2012; GIRALDO et al., 2013) ou analisaram dados advindos de banco de dados nacionais de saúde (BIELEMANN et al., 2010; BIELEMANN et al., 2015). Além disso, a maioria dos estudos focam suas análises nas ações de prevenção e promoção da saúde especificamente na temática de promoção de atividade física, não analisando efeitos de outras formas de

prevenção como grupos de convívio, grupos de promoção de alimentação saudável, oficinas de artesanato, dentre outros.

Este estudo mostrou a existência de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na maioria das unidades de saúde da Atenção Básica do município analisado, sendo que a maioria das unidades que tinham ações, eram Unidades de Saúde da Família. Dotto et al (2016) buscaram avaliar a qualidade dos serviços da APS nos diferentes modelos tecnoassistenciais através de entrevistas com idosos usuários da rede e concluíram que as USFs mostraram melhor orientação à APS quando comparadas às UBSs, o que pode ser explicado pela lógica de atenção à saúde voltada a um número limitado de pessoas. Um levantamento brasileiro em unidades de saúde da Atenção Básica mostrou que 62% das unidades possuíam pelo menos uma ação de promoção da saúde (RAMOS et al., 2014). Esses dados corroboram os achados da presente investigação.

Neste estudo, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças identificadas se caracterizaram em sua maioria como atividades de orientação e educação em saúde, especialmente através de grupos de hiperdia e de promoção de alimentação saudável. Estudos brasileiros mostram dados similares, com atividades focadas nos fatores de risco para hipertensão e controle da doença (CAMARGO-BORGES, MISHIMA, 2009; GOMES et al., 2014), grupos de incentivo para realização de exames (ROECKER, MARCON, 2011), palestras e rodas de conversas na sala de espera das unidades de saúde e mutirões para prevenção de doenças (SHIMIZU, ROSALES, 2009). Além disso, em outros estudos brasileiros são relatadas atividades supervisionadas similares aos achados dessa pesquisa, como grupos de artesanato, canto, sessões de terapia comunitária (CARNEIRO et al., 2012; RODRIGUES, RIBEIRO, 2012; BEATO, VAN STRALEN, PASSOS, 2011) e promoção de atividade física (GOMES et al., 2014; BABA et al., 2017).

É importante ressaltar que a viabilidade de desenvolvimento de uma ação de promoção da saúde em unidades de saúde pode depender das características do local, das necessidades da população, dos custos da ação e da equipe de trabalho (BABA et al., 2017; HOEHNER et al., 2013; TAMBASCO et al., 2017), o que pode explicar a diversidade de atividades encontradas no presente estudo.

As ações de promoção da saúde que foram identificadas neste estudo tinham uma média de frequência semanal de apenas uma vez por semana, o que possivelmente é pouco para garantir efetividade. Estudo de revisão mostrou que a frequência ideal para intervenções para prevenção de quedas é de duas a três vezes na semana (ISHIGAKI,

2014). No que se refere à prática de atividade física, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada ou 75 minutos semanais de atividade física vigorosa (GARBER et al., 2011; OMS, 2011).

Uma pesquisa recente comparou intervenção com atividade física supervisionada e intervenção com orientações para educação em saúde na Atenção Básica, demonstrando que tanto as atividades supervisionadas quanto as atividades orientadas para a educação em saúde são efetivas para o aumento da prática de atividade física. Porém, somente a intervenção de educação em saúde foi efetiva na manutenção do nível de atividade física nos seis meses após a intervenção (RIBEIRO et al., 2017).

Uma revisão sistemática verificou que estudos com intervenções de atividade física para prevenção de quedas foram capazes de reduzir o risco de quedas, porém, não apresentaram informações detalhadas e suficientes em relação a frequência, duração e intensidade das sessões (BENTO et al., 2010). Especificamente para ações de educação em saúde, não está claro na literatura qual a frequência ideal e efetiva para gerar reais mudanças na saúde.

As possíveis mudanças no uso de serviços hospitalares foram analisadas na presente investigação enquanto desfecho secundário, o qual poderia ocorrer a partir da efetividade do desfecho primário para cada uma das ações que foram oferecidas. Com exceção do número de exames, não houve diferença significativa entre o grupo participante e não participante destas ações no que se refere ao número de atendimentos no nível terciário de saúde. Portanto, a baixa frequência de participação pode ter influenciado negativamente na efetividade dos resultados para o uso dos serviços de saúde, pois os mecanismos fisiológicos advindos das atividades corporais, manuais e ou de grupos de suporte social podem não ter não sido suficientemente ativados.

O serviço terciário ocorre no âmbito dos hospitais e inclui procedimentos de alto custo, como transplante de órgãos, tratamentos oncológicos, hemodiálises e cirurgias específicas, procedimentos garantidos e cobertos através de políticas públicas do SUS (PAIM et al., 2011). No presente estudo, um dos hospitais estudados oferecia também serviços secundários, como consultas ambulatoriais pré-agendadas, procedimentos simples como colocação e remoção de gesso e talas, e exames de imagem, como Raio X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom, entre outros. Esses procedimentos secundários estão previstos nas políticas públicas brasileiras (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002), no entanto, exige dos pesquisadores a categorização

detalhada dos procedimentos durante a análise dos dados para evitar imprecisão na análise dos resultados.

Na presente investigação alguns procedimentos registrados nos hospitais poderiam ter sido realizados na Atenção Básica ou em centros específicos de atendimento secundário. Uma revisão sistemática verificou que a prevalência do uso inadequado do serviço de emergência, varia entre 20% e 40%, a qual está associada à idade mais avançada, nível econômico baixo, sexo feminino, pessoas sem comorbidades, menor gasto em saúde e dificuldades de acesso à Atenção Básica para agendamento e período de funcionamento das unidades de saúde (CARRET, FASSA, DOMINGUES, 2009). O primeiro contato com os serviços de saúde do SUS deve ser realizado a partir da Atenção Básica, com a referência aos outros níveis de atenção conforme necessidade do paciente, porém, a realidade reflete a desarticulação dos níveis de atenção, gerando uma supervalorização do hospital e o descrédito dos usuários em relação à Atenção Básica (KOVACS et al., 2005; FEIJÓ et al., 2015).

As principais limitações deste estudo estão relacionadas a informações faltantes no momento da coleta de dados. A duração de cada sessão das ações poderia fornecer maior precisão em relação à duração semanal, para verificação de similaridade com as recomendações para algumas atividades, como atividade física e prevenção de quedas. Além disso, a coleta de informações sobre as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças contou com a memória dos coordenadores destas ações, o que pode ter comprometido a confiabilidade das informações.

Além disso, o conhecimento do tempo e da gravidade da doença de cada participante também seria de suma importância ao analisar o uso dos serviços de saúde por cada paciente, já que pessoas que possuem doenças crônicas há mais tempo e/ou com maior gravidade tendem a utilizar mais estes serviços devido às possíveis complicações que a doença causa (MALTA et al., 2017). Entretanto, tal informação não consta nos prontuários analisados. Por fim, a má qualidade dos registros em prontuários pode ter afetado os resultados. Ainda, uma informação importante para as análises, mas que não constava nos prontuários, era o nível de atividade física dos não participantes do estudo, pois estas pessoas não participavam de ações nas unidades, mas poderiam ter níveis adequados de atividade física ou outro tipo de atividade fora do contexto da unidade de saúde.

9. CONCLUSÃO

Espera-se que os resultados do presente estudo possam fomentar novas investigações, com substantiva validade e possibilidades de generalizações, subsidiando desta forma futuras políticas de saúde, a fim de ampliar e melhorar a Atenção Básica no que tange a promoção da saúde e prevenção de doenças. Também é esperado que este estudo auxilie os gestores da saúde na formulação de novas ações e na tomada de decisões estratégicas para a melhoria e ampliação da Atenção Básica.

Assim, é notável que há necessidade de aumentar a frequência semanal das ações a fim de atenderem às recomendações e obterem maior efetividade, assim como a necessidade de estímulo e monitoramento contínuos de ações de educação em saúde com avaliações regulares dos efeitos das ações implementadas. Futuros estudos de efetividade de ações que já ocorrem nas unidades de saúde devem ser realizados.

10. REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA, M.F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002. DOI:10.1590/S1413-81232002000400011

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

ANDRADE, M. V. et al. Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008, Textos para discussão, **Cedeplar-UFMG**, 2011.

ANSARI, Z.; LADITKA, J.N.; LADITKA, S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med Care Res Rev**, v. 63, p. 719-741, 2006.

BABA, C. T. et al. Evaluating the impact of a walking program in a disadvantaged area: using the RE-AIM framework by mixed methods. **BMC Public Health**, BMC series, 2017.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Cienc Saude Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002. DOI:10.1590/S1413-81232002000400008

BEATO, M.S.F.; VAN STRALEN, C.J.; PASSOS, I.C.F. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. **Interface** (Botucatu). v.15, n.37, p. 529-537, 2011.

BENTO, P. C. B. et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Hum**. v.12. n.6. p.471-479. 2010.

BERMUDEZ, D.; BAKER, L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. **J Health Care Poor Underserved**, v. 16, p. 96-110, 2005.

BERTAKIS, K.D.; AZARI, R. Obesity and the use of health care services. **Obes Res**, v. 13, p. 372-379, 2005.

BIELEMANN, R M. et al. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema único de saúde. **Revista Brasileira de atividade física e saúde**. v.15. n.1. 2010.

BIELEMANN, R. M. et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 75, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/130463/126882>>. Acesso em: 04 jul 2018.

BIRMAN, J. A. Physis da Saúde Coletiva. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 1, n. 16, 1991.

BORYS, C. et al. Effectiveness of a Multimodal Therapy for Patients with Chronic Low Back Pain Regarding Pre-Admission Healthcare Utilization. Gao C-Q, ed. **PLoS ONE**. v. 10, n. 11, 2015.

BRAGA, J.C.; PAULA, S.G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica /Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: MS, 2004. (Série F – Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. SUS: avanços e desafios. Brasília - DF: **O Conselho**; 2006.
http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf (acesso em 04/2018)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 52p. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de pólos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 107, 27 jun. 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011.

_____. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: **Centro Gráfico**, 1988. 292 p. 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e promoção da Saúde**. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: MS; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 84 p, 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 56 p, 2018.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília-DF: O Ministério, 2010.
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663> (acesso em 21/08/2010).

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde em destaque**. Brasília-DF: O Ministério, 2010.

BROWN, W. J.; HOCKEY, R.; DOBSON, A. J. Physical activity, Body Mass Index and health care costs in mid-age Australian women. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**. v. 32, n. 2, 2008.

BUENO, D. R. Gastos anuais com medicamentos foram inversamente associados ao nível de AF e engajamento na caminhada. 2016. 122 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/natvo/Downloads/DeniseRodriguesBuenoREVISADA.pdf>. Acesso em: 03 jul 2018.

BUENO, D.R. et al. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 4, p. 1001-1010, 2016.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, SM. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saude Soc.** v.18, n.1, p. 29-41, 2009.

CAMBOTA, J. N. Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes. **University of São Paulo**, 2012. DOI: 10.11606/T.12.2012.tde-11062012190139. Acesso em: maio 2018.

CAMINAL, H. J. et al. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Aten Primaria**. v. 31, p. 6-14, 2003.

CARLSON, S.A. et al. Inadequate Physical Activity and Health Care Expenditures in the United States. **Progress in cardiovascular diseases**. v. 57, n. 4, p. 315-323, 2015.

CARNEIRO, A.C.L.L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em out. 2018.

CASTRO, S.S.; CIPRIANO JUNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioterapia em Movimento**, v. 19, n. 4, 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18794/21089>>. Acesso em: maio 2018

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 15, 2015.

CODOGNO, J.S. et al. Custo com tratamento e indicadores de risco em pacientes diabéticos, segundo esquema terapêutico. **R. da Educação Física**, v. 22, n. 1, p. 111-118, 2011.

CODOGNO, J.S. et al. The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 275, 2011.

CODOGNO, J.S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 56, n. 1, p. 6-11, 2012.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? **Plataforma Política Social**. Disponível em: <http://apsredes.org/wp-content/uploads/2013/04/TEXTO-ONDE-FOI-PARAR-O-SONHO.pdf>. Acesso em: abril 2018.

DENKINGER, M. D. et al. Physical activity and other health-related factors predict health care utilization in older adults. The ActiFE UIm study. **Z Gerontol Geriat**, v. 4, n. 45, p. 290-297, 2012.

DOTTO, J. M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **RFO, Passo Fundo**, v. 21, n. 1, p. 23-30, 2016.

DRAIBE, S.M.; SILVA, P.L.B. **Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro**. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPAS; 1990.

ESPERANDIO, M.L. et al. Prevalência e fatores associados à Hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 16, n. 3, p. 481-493, 2013. Acesso em: abril de 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300007>

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. **Observatory's Health Systems Glossary**. 2007. Disponível em: <www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>. Acesso em maio de 2018

FEIJÓ, V. B. E. R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde debate**, v. 39, n. 106, 2015.

FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. – **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FONSECA, R. B.; DAVANZO, A. M. Q. Estudo para o regionalismo do SUS. In: VIANA, A. L.; NEGRI, B. (Orgs.) **O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

FORATTINI, O. P. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas, Universidade de São Paulo, 1992.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GARBER, C. E, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Medicine and science in sports and exercise**. v.43. n.7. p.1334-1359. 2011.

GIRALDO, A. et al. Influence of a physical activity program on the use of Primary Care services in the city of Rio Claro, SP. **Rev Bras Ativ Fís. Saúde**. v. 18, p. 186-196, 2013.

GOMES, G. A. O et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.30. n.10. p.2155-2168. 2014.

GOMES, R.M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938-952, 2014.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil. **J Ambul Care Manage**. n. 32, p. 114-121, 2009.

HOEHNER, C. M. et al. Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence. **Am J Prev Med**. v. 44, n. 3, p. 31-40, 2013.

IBGE. **Microdados PNAD**. Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008.

IBGE. **Séries estatísticas & séries históricas**. Rio de Janeiro: O Instituto, 2010. http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/ (acesso em mar 2018).

IDLER, N. et al. The association between physical activity and healthcare costs in children – results from the GINIplus and LISApplus cohort studies. **BMC Public Health**. v. 15, n. 437, 2015.

ISHIGAKI, E. Y. et al. Effectiveness of muscle strengthening and description of protocols for preventing falls in the elderly: a systematic review. **Braz J Phys Ther**. v. 18, n. 2, p. 111-118, 2014.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 3, n. 81, p. 251-258, 2005.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

LOUVISON, M.C. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saude Publica**. v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. DOI:10.1590/S0034-89102008000400021

LUPPI, C. G. et al. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. A. (org). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealeg. 816 p., 2011.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

_____, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas/RS v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014.

_____, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 11, p. 4301-4312, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>.

_____, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

_____, D.C. et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cad Saude Publica**. v. 29, n. 4, p. 812-822, 2013.

_____, D.C.; CASTRO, A.M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim técnico do SENAC**, v. 35, n. 2, p. 63-71, 2009.

_____, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface*, **Comunic Saúde Educ**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

_____, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, 4s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2018.

MAYO-GAMBLE, T. L.; LIN, H. C. Healthcare utilization and diabetes management programs: Indiana 2006-2010. **Am J Manag Care**. v. 20, n. 10, p. 461-468, 2014.

MÉDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planej Polít Públicas**. v. 4, p. 83-98, 1990.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

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

MIQUILIN, I. O. C. et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, 2013.

MORAES, N. L. A. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. In: ROUQUAYROL, M. Z. et al. *Epidemiologia e saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.

NEDEL, F.B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*, v. 42, p. 1034-1040, 2008.

NEMET, G.F.; BAILEY, A.J. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med*. v. 50, n. 9, p. 1197-1208, 2000. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00365-2

NETO, F. C. B. et al. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 577-608, 2012.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR, Amarante PDC (orgs.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; p. 152-179, 2011.

OLIVEIRA, M. M. et al. Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a estratégia saúde da família. *Rev. APS*. v. 20, n. 2, p. 159-166, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A transformação da Gestão dos Hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: Opas, OMS, 2004.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Salvador, BA. **Séries: Saúde no Brasil**. p. 11-31, 2011.

_____, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Medsi: Rio de Janeiro, p. 587-603, 2003.

PEETERS, G.M.E.E. et al. Health Care Costs Associated with Prolonged Sitting and Inactivity. *Am J Prev Med*, v. 46, n. 3, p. 265-272, 2014.

PEETERS, G.M.E.E. et al. Associations between physical activity, medical costs and hospitalizations in older Australian women: Results from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 21, p. 604-608, 2018.

PEGO, R.A.; ALMEIDA, C.M. Teoria y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. **Cad Saúde Pública**, v. 4, p. 971–89, 2002.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**. v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.

PIOLA, S.F. et al. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília-DF: Cepal; 2009. <http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf> (Acesso em 04/2018).

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

PORTER, R. O hospital. In: PORTER, R. (Org.) **Das Tripas Coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RAMOS, L. R. et al. Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.48. n.5. p.837-844. 2014.

RASELLA D, AQUINO R, BARRETO ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**. n. 10, p. 380, 2010.

_____. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, p. 534–40, 2010.

RIBEIRO, E. H. C. et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 56, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100250&lng=en&nrm=iso. Acesso em Out. 2018.

RICKETTS, T.C. et al. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. **Health Place**. v. 7, p. 27-38, 2001.

ROCCA, P. et al. Is the association between physical activity and healthcare utilization affected by self-rated health and socio-economic factors? **BMC Public Health**. v. 15, n. 737, 2015.

RODRIGUES, C.C; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. educ. saúde**. v.10, n.2, p. 235-255, 2012.

ROECKER, S.; MARCON, SS. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**. v.15, n.4, p. 701-709, 2011.

- ROMÉ, A. et al. Physical activity on prescription (PAP): Costs and consequences of a randomized, controlled trial on primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. v. 27, n. 4, p. 216-222, 2009.
- ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008. Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, 2008.
- ROUQUAYROL, M.Z. et al. *Epidemiologia e saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> Acesso em: 04/2018.
- SCHRAMM, J.M.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Cien Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897–908, 2004.
- SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. bras. enferm.** v.62, n.3, p. 424-429, 2009.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 627-673, 2008.
- STOPA, S.R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**. v. 51, 2017.
- SZWARCWALD, C.L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cien Saude Colet**. v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014.
- TAMBASCO, L.P. et al. Satisfaction in the work of the multidisciplinary team which operates in Primary Health Care. *Saúde debate*. v. 41, p. 140-151, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41nspe2/140-151/en/>>.
- TOMASI, E. et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1515-1524, 2014.
- TURI, B. C. et al. Atividade física, obesidade abdominal e compra de medicamentos em adultos: estudo transversal retrospectivo com usuários da atenção básica de saúde. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 4, p. 573-581, 2015.
- TWELLS, L.K. et al. Obesity predicts primary health care visits: a cohort study. **Popul Health Manag**, v. 15, p. 29-36, 2012.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 4, p. 825–839, 2007.
- WANG, F. et al. BMI, physical activity and health care utilization/costs among medicare retirees. **Obes Res**. v. 13, p. 1450-1457, 2005.

WOOLCOTT, J.C. et al. Does physical activity reduce seniors need for healthcare? A study of 24281 Canadians. *Br J Sports Med*, v. 44, n. 12, p. 902-904, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non-communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.

_____. **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief n° 1, 2008.

_____. Medicina tradicional: necessidades crescentes y potencial. **Policy perspectives on medicines**, Genebra, n. 2, p. 1-6, 2002.

_____. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: WHO; 1986.

_____. **Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences**. Geneva: WHO; 2009.

_____. **Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde: documento para discussão**. Rio de Janeiro, out. 2011.

ANEXO A – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua São Joaquim, 1233 – São Carlos-SP
CEP: 13560-300 - Fone (16) 3362-1350

PARECER Nº 87/2016

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa do Departamento de Gerontologia da UFSCAR e intitulado: "*Ações Preventivas e Uso dos Serviços de Saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do Município de São Carlos*", a ser realizado pelos estudantes do Curso de Gerontologia e orientada pelo Profa Dra Grace Angélica de Oliveira Gomes com o objetivo geral : realizar um levantamento das ações preventivas na Atenção Básica de São Carlos e avaliar a relação entre a participação em ações preventivas na Atenção básica e o uso de serviços de saúde da rede de Atenção a Saúde de São Carlos.

A metodologia proposta apresenta grau baixo aos participantes uma vez que será feita por um estudo descritivo através da aplicação de questionários com profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde primária, secundária e terciária e análise documental de prontuários, sob a supervisão de sua orientadora, porém vale ressaltar o risco do desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha nos sujeitos em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento; bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se perceba riscos ou danos a sua pessoa, não previstos no TCLE.

Os pesquisadores deverão garantir confidencialidade e privacidade dos dados, preservação do anonimato dos profissionais e das equipes, postura ética e empática, explicitando os objetivos e finalidade deste estudo.

Os dados coletados deverão ser única e exclusivamente utilizados para o presente projeto, para fins estatísticos, científicos, sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- O Projeto apresentado será realizado na rede de Atenção a Saúde de São Carlos, mas a atividade proposta não pode acarretar nenhum prejuízo ao serviço neste município;
- A coleta de dados e atividades deverá ser feita pelos estudantes, em parceria com as unidades de saúde, sem qualquer ônus para o serviço;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 15 de Junho de 2016.

Cláudia C. A. Mazzucato
Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Secretaria Municipal de Saúde
São Carlos-SP

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações preventivas e uso dos serviços de saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do município de São Carlos

Pesquisador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57747216.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.759.746

Apresentação do Projeto:

Introdução: Diante do elevado envelhecimento da população e conseqüente aumento da utilização dos serviços de saúde, há o inevitável aumento dos custos com saúde pública. Com isso, surge a preocupação em se encontrar formas de amenizar os gastos e promover qualidade de vida

através de programas e ações preventivas, como por a caminhada orientada, a qual é uma atividade de baixo custo e fácil acesso. **Objetivos:** 1)

realizar um levantamento das ações preventivas e de promoção da saúde na Atenção Básica de São Carlos; 2) avaliar a relação entre a participação

em ações preventivas na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde da rede de Atenção à Saúde de São Carlos-SP **Métodos:** É uma pesquisa

descritiva, de análise documental, desenvolvida na rede de atenção à saúde primária, secundária e terciária no município de São Carlos-SP,

utilizando-se de registros de prontuários médicos dos usuários desta rede e de relatos de coordenadores de ações preventivas da Atenção Básica

nos anos de 2014 a 2016. O instrumento utilizado será uma ficha de registro contendo nome da ação preventiva, nome do coordenador responsável

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-605

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cep@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.756.746

Outros	8.docx	17:14:13	Oliveira Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_16092016.docx	18/06/2016 17:10:20	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_prefeitura.jpg	20/06/2016 11:07:18	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coordenadores_de_atividade.doc x	30/05/2016 17:38:56	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito
Folha de Rosto	Folhad rostero.pdf	30/05/2016 17:14:02	Grace Angélica de Oliveira Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 04 de Outubro de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: caphumano@ufscar.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COORDENADOR DA AÇÃO PREVENTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

O(a) Sr(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “**Ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças e uso dos serviços de saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do município de São Carlos**”. Os objetivos do estudo são: 1) realizar um levantamento das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças e de promoção da saúde na Atenção Básica de São Carlos; 2) avaliar relação entre a participação em ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde da rede de Atenção à Saúde de São Carlos-SP; A participação do(a) Sr(a) será importante pois irá oferecer informações sobre a existência e características das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças desenvolvidas no município. Da mesma forma, a não participação limitará o conhecimento dessas informações para o município.

Você foi selecionado para participar da primeira fase da pesquisa, a qual irá analisar as ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças aplicadas no período de 2014 a 2016, bem como suas características de funcionamento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou onde trabalha.

A coleta de dados ocorrerá ao longo dos anos de 2014 a 2016 e será composta por um questionário com os seguintes dados: nome da ação preventiva, nome do coordenador responsável por essas ações, público – alvo ao qual elas se destinam, os materiais utilizados para sua realização, a frequência semanal com que elas ocorrem, os horários que elas são feitas, seus objetivos, os recursos humanos envolvidos nessas ações, o local onde elas são realizadas e o controle de frequência dos participantes nas aulas, número médio de participantes ao mês. O(a) senhor(a) responderá os questionários por no máximo 20 (vinte) minutos de seu tempo por dia avaliado.

Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. O preenchimento destes questionários apresenta a possibilidade de um risco subjetivo como cansaço, constrangimento e impaciência, pois algumas perguntas remetem à informações anteriores. Em caso de algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos ou na coleta, você poderá interromper a avaliação imediatamente ou requerer outro dia para continuá-la.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Asseguramos que você não será identificado. As informações

que você nos der serão guardadas no Departamento de Gerontologia da UFSCar e servirão somente para dados de pesquisa científica. O sr (a) não terá nenhum gasto financeiro ou prejuízo no trabalho ao participar da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

No momento em que a pesquisa estiver pronta, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Grace de Oliveira Gomes

Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676

CEP: 13565-905 - São Carlos – SP

Fone (16) 3361-6665 email: graceaogomes@ig.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Fui informado que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos – SP- Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data: São Carlos, ____/____/____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B – FICHA DE REGISTRO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E/OU PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS.

Identificação do local	
Data da coleta	
Entrevistador	
Nome da Ação Preventiva	
Nome do Coordenador	
Público alvo	
Materiais utilizados	
Frequência Semanal	
Horário	
Objetivo da Ação Preventiva	
Recursos Humanos	
Local Realizado	
Controle de Frequência nas aulas	
Data de início da ação	
Número médio de participantes por mês	
Observações	

**APÊNDICE C - FICHA DE REGISTRO DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS NA ATENÇÃO TERCIÁRIA NO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS.**

Nome:		DN:	Unidade:
Data visita:	Referenciado:		
Motivo da visita:			
Conduta médica:		Profissional:	
Medicamentos em uso:			
Medicamentos receitados:		Insumos utilizados:	

