



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**  
**GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**CAROLINE OLINDA SANTOS PINHEIRO SALES**

**ANÁLISE DO ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA A PARTIR DOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE ATENÇÃO AO  
DIABÉTICO E HIPERTENSO**

**FORTALEZA**

**2022**

CAROLINE OLINDA SANTOS PINHEIRO SALES

ANÁLISE DO ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA A PARTIR DOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE ATENÇÃO AO  
DIABÉTICO E HIPERTENSO

Monografia apresentada ao Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Stela Sampaio.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S155a Sales, Caroline Olinda Santos Pinheiro.

Análise do enfrentamento às doenças crônicas no município de Fortaleza a partir dos centros especializados de atenção ao diabético e hipertenso / Caroline Olinda Santos Pinheiro Sales. – 2022.  
74 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Curso de Gestão de Políticas Públicas, Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Helena Stela Sampaio.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. CEADH. 3. Diabetes. 4. Hipertensão. I. Título.

CDD 320.6

---

CAROLINE OLINDA SANTOS PINHEIRO SALES

ANÁLISE DO ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA A PARTIR DOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE ATENÇÃO AO  
DIABÉTICO E HIPERTENSO

Monografia apresentada ao Curso de Gestão de  
Políticas Públicas da Universidade Federal do  
Ceará, como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Gestão de Políticas  
Públicas

Aprovada em: xx/xx/xxxx.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Helena Stela Sampaio (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. José Lenho Silva Diógenes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Verônica Salgueiro Nascimento  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, pela misericórdia e graça a mim concedidas, ainda que de nada disso eu fosse merecedora, e por essa oportunidade.

A professora Helena, por ter aceitado me orientar nessa jornada.

Aos professores do curso, pela dedicação e entrega em favor da construção do nosso aprendizado.

Aos professores da banca, pela disponibilidade.

A minha mãe, pelo esforço e dedicação destinados a mim e à nossa família e pelo amor incalculável.

A minha avó, por não ter desistido do caminho, apesar das dificuldades, e por chegar até aqui sendo a base da nossa família.

Ao meu pai e meu irmão, pelo suporte.

A toda a minha família, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

Às minhas amigas Lívia e Yasmin, pelo apoio e companhia.

Aos meus colegas, pela oportunidade de compartilhar experiências durante esses anos.

A todos os funcionários da universidade pelo suporte.

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo analisar a atuação da Prefeitura do município de Fortaleza no enfrentamento às doenças crônicas, a partir da implementação dos Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso. Para isso, parte de uma contextualização acerca do sistema público de saúde e do contexto epidemiológico do país, em que se destacam as condições crônicas como objeto de atenção de grande relevância. Consequentemente, serão retratadas as perspectivas inerentes ao estudo das políticas públicas enquanto área de pesquisa, além de suas associações com a teoria das políticas de saúde de caráter continuado. Os resultados, por sua vez, terão como base a análise de relatórios de indicadores elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Assim, espera-se compreender, a partir da análise estabelecida, que a implementação dos CEADH enquanto política pública de saúde constitui a validação e a prática das diretrizes instituídas nacionalmente acerca do manejo e tratamento apropriado de doenças crônicas dentro do Sistema Único de Saúde, ressaltando a relevância do caráter longitudinal desse recorte das políticas públicas. Por fim, cabe citar que se trata de uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, que recorre a uma análise documental e estratégica para interpretação de dados secundários.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde; CEADH; Diabetes; Hipertensão.

## **ABSTRACT**

The present work aims to analyze the work of the City Hall of Fortaleza in addressing chronic diseases, from the implementation of specialized Centers for Diabetic and Hypertensive Care. For this, it is part of a contextualization about the public health system and the epidemiological context of the country, in which chronic conditions are highlighted as an object of great relevance. Consequently, the perspectives inherent to the study of public policies as a research area will be portrayed, in addition to its associations with the theory of health policies of a continuous nature. The results, in turn, will be based on the analysis of reports of indicators prepared by the Municipal Health Department of Fortaleza. Thus, it is expected to understand, from the established analysis, that the implementation of the CEADH as a public health policy constitutes the validation and practice of the nationally instituted guidelines on the management and appropriate treatment of chronic diseases within the Unified Health System, emphasizing the relevance of the longitudinal character of this section of public policies. Finally, it is worth mentioning that this is a qualitative research, of bibliographic nature, which uses a documentary and strategic analysis to interpretation of secondary data.

**Keywords:** Public Health Policies; CEADH; Diabetes; Hypertension.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tratamento do pé diabético.....	60
Figura 2 - Fluxo para primeira consulta de hipertenso no CEADH .....	61
Figura 3 - Fluxo de atendimento para primeira consulta de diabético na primeira consulta do CEADH .....	62
Figura 4 - Fluxo de atendimento para pacientes diabéticos e hipertensos na primeira consulta do CEADH .....	63

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição regional do percentual de adultos com o diagnóstico de hipertensão, em 2019 (IC 95%) .....	50
Gráfico 2 – Proporção de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, grupos de idade, nível de instrução e cor ou raça, em 2019 (IC 95%) .....	51
Gráfico 3 – Distribuição regional do percentual de adultos com o diagnóstico de diabetes, em 2019 (IC 95%) .....	52
Gráfico 4 – Proporção de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes segundo as recomendações feitas em atendimento médico para diabetes, em 2019 (IC 95%) .....	53
Gráfico 5 – Percentual de adultos fumantes, por sexo, em Fortaleza .....	54
Gráfico 6 – Percentual de adultos com excesso de peso, por sexo, em Fortaleza.....	55
Gráfico 7 – Percentual de adultos com obesidade, por sexo, em Fortaleza.....	55
Gráfico 8 – Distribuição do consumo alimentar, por sexo, em Fortaleza.....	56
Gráfico 9 – Distribuição da prática de atividades físicas, por sexo, em Fortaleza.....	56
Gráfico 10 – Percentual de adultos com diagnóstico médico de hipertensão, por sexo, em Fortaleza.....	57
Gráfico 11 – Percentual de adultos com diagnóstico médico de diabetes, por sexo, em Fortaleza.....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de atendimentos realizados em CEADHs no 1º quadrimestre de 2022.....	63
Tabela 2 – Especificação dos indicadores relacionados à temática do CEADH.....	66
Tabela 3 – Outros números relacionados à temática do CEADH.....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEADH	Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
COSAPI	Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Médica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
Nasf	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDQA	Relatório Detalhado Quadrimestral
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>ESTRUTURAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Marco legal e contexto histórico.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>A Atenção Básica e as condições crônicas.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>A AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE COMBATE ÀS DOENÇAS CRÔNICAS.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>Ciclo das Políticas Públicas.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>As políticas públicas de saúde de caráter continuado e a importância da Longitudinalidade.....</b>	<b>35</b>
<b>4.3</b>	<b>Políticas de combate às doenças crônicas.....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>O CENÁRIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL.....</b>	<b>49</b>
<b>5.1</b>	<b>Contexto Nacional.....</b>	<b>49</b>
<b>5.2</b>	<b>O contexto no município de Fortaleza.....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DO ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS EM FORTALEZA.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1</b>	<b>O Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso.....</b>	<b>59</b>
<b>6.2</b>	<b>O 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) de 2022 e os indicadores estabelecidos pela Prefeitura de Fortaleza.....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2019, 52% da população adulta brasileira tinha o diagnóstico de pelo menos um tipo de doença crônica (IBGE, 2020). Doenças crônicas, por sua vez, podem ser definidas como um “(...) conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração” (BRASIL, 2013, p. 5).

Dessa forma, pesquisas como a realizada pelo IBGE trazem luz à situação e atestam a atribuição do Poder Público de planejar e preparar o aparelho do sistema de saúde, a fim de mapear, tratar e prevenir, apropriadamente, a alta incidência dessas condições na população. Para isso, é necessário, portanto, que a gestão de saúde esteja ciente de seu dever e, conseqüentemente, capacitada para a implementação de políticas públicas que alcancem efetividade satisfatória, ou seja, que modifiquem a realidade de acordo com o seu objetivo inicial.

Durante a pandemia de COVID-19, questões como estas ficaram ainda mais em voga devido ao fato de que tais morbidades colocam em situação de maior vulnerabilidade e risco os seus portadores, caso estes viessem a contrair a doença que originou o cenário pandêmico.

Aliado a isso há o fato de que as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. “Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no país foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos”. (BRASIL, 2021)

O diabetes e a hipertensão compõem esse leque de enfermidades crônicas. Portanto, o mote da pesquisa é justificado pela relevância do debate acerca de doenças crônicas em um país cujos índices de incidência são altos e responsáveis por uma alta taxa de mortalidade.

Do ponto de vista da gestão de políticas públicas, destaca-se a atuação dos órgãos de saúde, como as secretarias municipais e estaduais e o Ministério, que antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 tinham como foco de enfrentamento as doenças transmissíveis pontuais nas zonas rurais e urbanas, com estratégias verticais. Além disso, o acesso aos serviços de saúde pública era restrito aos trabalhadores formais que contribuía com a Previdência Social, assim, os demais cidadãos que não podiam pagar pela assistência, recorriam à prestação de serviços de saúde de entidades beneficentes, pois eram

desamparados pelo Poder Público. (BRASIL, 2005, p. 15)

Logo, o período inaugurado pelo novo texto constitucional vem sendo marcado por diversas inovações dentro do sistema público de saúde. Em âmbito nacional, no contexto das condições crônicas, o Ministério da Saúde realizou publicações dessa ordem, que asseguravam a relevância do debate em torno das doenças crônicas e as caracterizavam com base na estrutura instituída do SUS, a partir de estratégias de enfrentamento, diretrizes, além de conceitos importantes acerca de vigilância e controle. Parte dessas obras serão debatidas nas seções seguintes.

Já no cenário local, é possível analisar a implementação das diretrizes instituídas nacionalmente a partir dos CEADHs (Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso), que, seguindo as publicações de referência, estão implantados em parte das unidades básicas de saúde e policlínicas de Fortaleza.

De acordo com a prefeitura do município, essa política tem como objetivo promover a interlocução dos centros de referência (policlínicas ou centro de diabetes, por exemplo) com as equipes responsáveis e as UBSs (Unidades Básicas de Saúde) no tratamento de pacientes com alto grau de risco. Assim, passa a ser ofertado o atendimento de diversas especialidades médicas sem que haja distanciamento considerável da Atenção Primária e, conseqüentemente, facilitando o acesso dos pacientes. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

A partir da consolidação de tais perspectivas, será possível associá-las às concepções apresentadas pelo estudo direcionado ao âmbito das políticas públicas, de forma a possibilitar um exercício de interdisciplinaridade e constatar os pontos de convergência entre a prática e a teoria.

Faz-se necessária, então, a análise mais a fundo das políticas implementadas na área, a fim de investigar a eficácia e a causalidade no que se refere aos resultados obtidos e ações executadas. Logo, o propósito dessa investigação também se justifica pela necessidade de ponderar e interpretar os resultados com base no contexto normativo, ou seja, a partir dos textos legislativos instituídos a nível nacional e, ao mesmo tempo, e do material teórico dos estudos das políticas públicas no país.

Sendo assim, a presente pesquisa diz respeito à análise da política de cuidado de pessoas com doenças crônicas, mais especificamente o diabetes e a hipertensão, na rede de Atenção Básica de Saúde do município de Fortaleza, no Ceará. Em vista disso, o esforço empregado na análise dos resultados terá como o foco a implementação dos CEADH (Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso) na capital cearense.

Por outro lado, além de uma motivação estritamente técnica, há também uma motivação pessoal. Como estudante do curso de Gestão de Políticas Públicas tive a oportunidade de estagiar na Secretaria de Saúde do estado do Ceará, na coordenação de Assistência Farmacêutica do departamento dedicado às políticas públicas. Esse período foi, portanto, enriquecedor e contribuiu para estimular ainda mais a afeição que eu tenho pelo estudo da área de políticas de saúde.

Nessa esteira, a pesquisa teve como objetivo geral analisar a política de enfrentamento às doenças crônicas no município de Fortaleza, a partir da implementação dos Centros Especializados de Atenção aos Diabéticos e Hipertensos (CEADH) enquanto política pública.

Além disso, os objetivos específicos do trabalho são os seguintes:

- Compreender o cenário local das doenças crônicas, com foco no diabetes e hipertensão;
- Dialogar acerca dos desafios e as possibilidades desta política, a partir do seu propósito.
- Discutir se o CEADH atende as diretrizes instituídas em âmbito nacional das políticas de combate às doenças crônicas;

## 2 METODOLOGIA

O trabalho em questão tem como base uma pesquisa de abordagem qualitativa, além de exploratória e descritiva quanto aos seus objetivos. Corresponde, portanto, a uma pesquisa bibliográfica e documental, a partir da construção de um referencial teórico capaz de respaldar a abordagem e análise de dados secundários relacionados às informações trazidas por relatórios de indicadores da gestão municipal de Fortaleza e publicados pelo Conselho Municipal de Saúde.

John W. Creswell (2010) define pesquisa qualitativa como o método utilizado para investigar o significado atribuído a um problema social pelos indivíduos afetados de alguma forma por ele. Portanto, tal definição passa pelo esforço de interpretação do juízo conferido a algo ou a algum acontecimento pelos componentes do processo que os envolve. Minayo (2009), por sua vez, pontua que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009).

Gil (2002), por conseguinte, entende que a pesquisa exploratória diz respeito a uma apuração acerca de determinado tema, a fim de que se obtenha maior familiaridade com o assunto. Em contrapartida, o autor traz, também, que a pesquisa descritiva é estabelecida a partir da análise e descrição de determinado fenômeno ou grupo, com foco em suas características (GIL, 2002).

Além disso, Gil (2008) define pesquisa documental enquanto método em que os dados são obtidos indiretamente a partir de fontes documentais. Dentre os exemplos de fontes citados pelo autor, há os registros institucionais escritos e os registros estatísticos. (GIL, 2008). Ambos serão utilizados nesta pesquisa, na medida em que serão analisados resultados de pesquisas de institutos oficiais aliados a relatórios produzidos dentro de órgãos da administração pública.

Dessa forma, ao abordar a análise dos resultados, torna-se razoável adotar a perspectiva da análise estratégica, cujo entendimento defendido por VIEIRA-DA-SILVA (2018) é baseado na concepção de que esta

corresponde à identificação dos objetivos do programa nos documentos oficiais e à análise da sua pertinência em relação ao problema que a intervenção busca resolver. Implica responder à seguinte pergunta: em que medida a intervenção escolhida e os objetivos delimitados são adequados para resolver o problema? Essa pergunta possibilita a verificação da consistência do plano. Nesse sentido, a análise estratégica pode, inclusive, voltar a tratar de questões que são da alçada do planejamento se a intervenção não tiver se apoiado em um processo anterior

explicitado de seleção de prioridades.” (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 27)

-A estrutura do trabalho é composta pelas seguintes seções: a estruturação e consolidação do Sistema Único de Saúde, a agenda das políticas de saúde e de combate às doenças crônicas e, por fim, a análise do enfrentamento às doenças crônicas no município de Fortaleza a partir dos CEADHs.

A primeira seção será segmentada com o propósito de abordar separadamente o marco legislativo e o contexto histórico do SUS e a Atenção Básica e as condições crônicas. Já segunda é dividida entre o ciclo das políticas públicas, as políticas públicas de saúde de caráter continuado e a importância da Longitudinalidade, além das políticas de combate às doenças crônicas. Por fim, a seção dos resultados abordará a análise dos indicadores presentes no 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) de 2022 e a implementação da política dos Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso.

### 3 ESTRUTURAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Com base na relevância conquistada pela temática da saúde nas esferas do debate público, o assunto figura como um componente basilar no contexto das sociedades modernas. Com o desenvolvimento das tecnologias e formatos de assistência, discutir saúde tornou-se fundamental para a elaboração das políticas públicas ao redor do mundo.

Logo, ao abordar o contexto que envolve os sistemas de saúde, torna-se indispensável compreender a estruturação e os propósitos de cada formato, a fim de que se tenha um conhecimento legítimo acerca destes e, conseqüentemente, seja possível aspirar o constante aperfeiçoamento das estruturas.

Para isso, parte-se do entendimento de que os sistemas de saúde, em geral, se valem de modelos específicos de manutenção e financiamento. Nesse sentido, Paim (2020) ressalta que a composição de um sistema de saúde passa pela atuação das agências e dos agentes envolvidos no processo, que, influenciados pelos valores da sociedade, estabelecem os objetivos de garantia e promoção da saúde. Além disso, a partir do que o autor traz, é possível concluir que essa influência incide diretamente sobre o tipo de proteção social adotado nas nações que, conseqüentemente, determinará as regras de acesso ao atendimento. (PAIM, 2020)

Logo, se postos em discussão os modelos de proteção social vigentes ao redor do mundo, destacam-se a assistência, o seguro social e a seguridade social. Quanto a essa divisão, Paim (2020) pontua que os dois últimos estão presentes em países que optam por um modelo universal, no entanto, é na seguridade social que repousa a maior associação à perspectiva dos direitos sociais, na medida em que a sociedade como um todo, enquanto pagadora de impostos, financia o sistema, promovendo um acesso ampliado. (PAIM, 2020. p.18)

Isto posto, com o formato adotado no Brasil em evidência, tem-se que os recursos mantenedores do Sistema Único de Saúde são garantidos pela seguridade social, na medida em que o texto constitucional consolida essa afirmação, em seu art. 194, ao reiterar que esse é o modelo adotado como forma de garantir os direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social no país. (BRASIL, 1988)

No entanto, essa nem sempre foi a realidade, pois, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 e de todas as influências aplicadas pela luta a favor da reforma sanitária, o sistema público de saúde não tinha o acesso democratizado, além de carecer de um vasto aprimoramento em diversas frentes. Portanto, nos tópicos a seguir serão discutidos temas relativos à construção do Sistema único de Saúde, seu funcionamento e a condução da

Atenção Básica, com o objetivo de respaldar os demais elementos a serem abordados no decorrer desse trabalho.

### **3.1 Marco legal e contexto histórico**

Antes do advento do SUS, o sistema público de saúde era guiado por diferentes modos de se prestar assistência, além de princípios norteadores diversos acerca do significado do termo “saúde”. Enquanto hoje a expectativa da população é de que as ações desta área estejam voltadas para o bem-estar geral dos indivíduos, no passado esse entendimento era limitado ao estigma de que a ausência de doenças, ou de manifestação de sintomas, fosse equivalente a uma boa condição de saúde. (PAIM, 2020)

Assim, acerca do contexto nacional, tem-se que

O Brasil incorporou o sanitarismo no alvorecer do século XX, ao tempo em que criou institutos de previdência específicos para cada categoria de trabalhadores, incluindo a assistência médica. Estas instituições do seguro social foram unificadas durante o autoritarismo, resultando no Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Na Constituição de 1988, foi concebida a Seguridade Social, composta pela saúde, previdência e assistência social, permitindo a implantação do SUS. (PAIM E SILVA, 2020)

Dessa forma, no que tange aos modelos citados na seção anterior, os autores destacam historicamente os sistemas europeus de proteção social que, em diferentes nações, com diferentes posicionamentos ideológicos e políticos foram se desenvolvendo as três classificações mais conhecidas atualmente: assistência, seguro social e seguridade social. Esses três, por sua vez, ganharam espaço, respectivamente, em países liberais, nos países em que se levava em consideração a contribuição realizada pelo cidadão e em países que adotaram o modelo de bem-estar social. (PAIM E SILVA, 2020)

Assim, quanto a composição dos sistemas de saúde, Starfield (2002) destaca-se que

Como os países diferem nestas características, também diferem em suas agendas políticas. Entretanto, existem algumas questões genéricas que devem ser enfrentadas por todos os países, independentemente do tipo de sistema de atenção primária. Em muitos países, especialmente na Europa Ocidental, o princípio de solidariedade permeia a política de saúde. Ou seja, existe um reconhecimento de que o bem comum é melhor servido quando o bem-estar de todos os grupos da população é maximizado. (STARFIELD, 2022, p. 665)

Acerca do modelo assistencial praticado em países adeptos do liberalismo, Paim e Silva (2020) destacam que esse sistema é “baseado na assistência, dirigido fundamentalmente aos pobres, que precisavam provar a sua situação de carência. Este tipo de proteção social, ainda vigente em muitos países, é conhecido como residual, correspondendo a uma cidadania invertida”. (PAIM E SILVA, 2020)

No que se refere ao seguro social, originado na Alemanha, a atenção estava diretamente relacionada a contribuição realizada pelo cidadão. Por fim, a seguridade social inaugurou um modelo responsável por associar a assistência à cidadania de forma geral, com base em princípios solidários. (PAIM E SILVA, 2020)

Ainda nesse âmbito, ao falar especificamente sobre o histórico brasileiro, Paim (2020, p. 22) enfatiza que a segunda década do século XX se notabilizou pela promoção do modelo de seguro social, instituído com base nas caixas de aposentadorias e pensões. Com o advento da Constituição Federal de 1988, adota-se a seguridade social como sistema.

Paim (2020) destaca também a desorganização que envolvia as ações do Estado no âmbito da saúde, constatação essa que foi evidenciada por um estudo censurado pelos militares em 1975, ainda durante o período ditatorial. Desenvolvido com base na atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o documento citado por Paim apontava o elevado número de órgãos do âmbito saúde na esfera federal e salientava a ineficiência e ineficácia da atuação do setor antes do SUS. (PAIM, 2020, p. 38-39)

Ainda em 1975, entrou em vigor a Lei nº 6.229, que implantou o Sistema Nacional de Saúde e ensaiava novas mudanças. Nos anos seguintes, houve a criação do Inamps (Instituto Nacional de Previdência Médica da Assistência Social), mas foi em 1979 que o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) trouxe a público o que Paim (2020) chamou de “proposta do SUS”, ressaltando a importância da sociedade civil no desenvolvimento de todo o ideal que antecedeu a instituição oficial do Sistema único de Saúde em 1988, e reforçando o fato como uma conquista do povo. (PAIM, 2020, p. 40)

Santos (2013) corrobora com a visão apresentada anteriormente ao afirmar que, historicamente, o SUS teve início na década de 1970, a partir da organização da sociedade na luta contra a ditadura, a favor da democracia e em prol de um Estado atuante na implementação de políticas públicas que de fato beneficiassem a população. Na saúde, esse cenário tomou forma a partir do movimento da Reforma Sanitária. (SANTOS, 2013, p. 274)

Na visão de Santos (2013), cabe ressaltar, ainda, que o contexto socioeconômico da época era turbulento, na medida em que cresciam os índices de êxodo rural, ocasionando o aumento de habitantes das periferias das grandes cidades. Assim, coube aos municípios tomar

iniciativas, ainda que precárias devido a centralização da saúde na época, processo que teve o auxílio de sanitaristas responsáveis por aplicar as bases de diretrizes do que viria a ser futuramente a Atenção Primária. (SANTOS, 2013, p. 274)

Dessa forma, ao destacar o papel dos municípios na preparação do que viria a ser uma participação mais ativa, Santos (2013) argumenta que

No bojo do crescimento dos serviços básicos, vale lembrar que nos anos 80, antes mesmo da criação do SUS, já se consolidava o papel decisivo dos municípios em vários Estados, na erradicação da Poliomielite (paralisia infantil) e depois, do Sarampo. Deve ser lembrado que paralelamente aos bons resultados da descentralização e dos primeiros repasses de recursos federais, o governo federal, nos anos 80, inicia a retração da sua participação no financiamento da saúde, perante o crescimento da participação estadual e principalmente municipal. Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que aprofundou e legitimou os princípios e diretrizes do SUS. (SANTOS, 2013, p. 274)

Consequentemente, a criação do SUS, como destaca Santos (2013, p. 274), foi uma opção que tomou um caráter de prioridade na percepção da sociedade brasileira como um todo, no sentido de que vários setores da população apoiavam a ideia e nutriam grandes expectativas acerca do novo sistema.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 simboliza de forma histórica a garantia da saúde enquanto direito universal no país, na medida em que assegura a prestação dessa espécie de assistência enquanto “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No entanto, ainda que representasse um marco histórico, o texto constitucional era apenas o primeiro passo em relação à institucionalização do SUS, deixando um intervalo para regulamentação. Essa lacuna, por conseguinte, foi preenchida pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que, respectivamente, dispõem sobre a organização e o funcionamento do SUS e a gestão participativa.

Foi, portanto, a partir da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, intitulada Lei Orgânica da Saúde, que se estabeleceu formalmente as regras e diretrizes que guiam a organização do SUS, ressaltando o caráter de integralidade ao salientar que o texto normativo viabiliza a promoção, a proteção e recuperação da saúde dentro de um único sistema.

O texto legislativo, em seu art. 7, também traz os princípios legais do SUS, em que, se considerados os temas que aqui serão debatidos, se destacam os seguintes:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade; (...) (BRASIL, 1990)

Esse recorte de princípios legais se assemelha, de certa forma, com os princípios doutrinários, que são caracterizados pela universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, ainda que o termo equidade não esteja presente no texto das leis, Paim e Silva (2010) consideram sinônimo - ou ao menos equivalente - de igualdade.

Destacando os princípios do Sistema único de Saúde, Paim e Silva (2010) trazem que “(...) a universalidade supõe acesso igualitário aos serviços e ações de saúde, a equidade possibilita a concretização da justiça e a integralidade requer ações intersetoriais e uma nova governança na gestão de políticas públicas”.

Além disso, segundo Paim e Silva (2020), a adoção da universalidade dos sistemas de saúde representa, também, uma espécie de tática para impulsionar a qualidade dos serviços prestados, na medida em que a população em geral poderá ter acesso à estrutura, ajudando a coibir descasos que poderiam resultar de desigualdades estruturais, e presumindo equidade no tratamento do público.

Consequentemente, acerca dos sistemas, Paim e Silva (2020) defendem que a assimilação dos três princípios deve estar estabelecida com base no seu delineamento histórico, além de considerar os aspectos culturais e estruturais de cada sociedade, obtendo influência direta da proteção social e do sanitarismo.

### **3.2 A Atenção Básica e as condições crônicas**

Dentro dos estudos acerca do funcionamento dos sistemas de saúde, é fundamental, a princípio, compreender os seus formatos e estruturas. Sendo assim, é possível classificá-los conceitualmente a partir de duas nomenclaturas: sistemas fragmentados e sistemas integrados. (STARFIELD, 2002)

Segundo Mendes (2011), os sistemas fragmentados são caracterizados pelo isolamento e pela falta de comunicação entre os pontos de atenção à saúde, e se manifestam através da descontinuidade no atendimento à população. Portanto, os três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – não se comunicam bem entre si. Com isso, é possível concluir que esses sistemas são essencialmente voltados para o atendimento às condições agudas. (MENDES, 2011, p. 58)

Em sua pesquisa, Mendes (2011) traz evidências que apontam o quão prejudicial era para o sistema de saúde brasileiro um modelo que na prática era fragmentado, utilizando como exemplo o controle da hipertensão arterial sistêmica no país a partir do estudo realizado por outros autores.

Cabe ressaltar que, no Brasil, as RAS (Redes de Atenção à Saúde), que representam o formato oposto ao fragmentado, foram instituídas oficialmente somente a partir da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Para isso, o anexo do normativo traz um extenso texto estabelecendo conceitos importantes acerca do cenário almejado. (BRASIL, 2010)

Por outro lado, os sistemas integrados, concretizados pelas Redes de Atenção à Saúde, possuem características inversas ao anterior na medida em que promovem um contato coordenado, além de atenção contínua com território definido. Cabe citar que, na prática, principalmente antes da instituição das RAS de forma oficial, o SUS possuía uma estrutura fragmentada e, apesar do alto grau de incidência de condições crônicas, voltado para a assistência às condições agudas. (MENDES, 2011, p. 58)

O documento destaca que, apesar dos avanços únicos e significativos do SUS, é fundamental que se supere a fragmentação presente, principalmente na época, nos serviços de saúde. Isso porque o enfoque dado era essencialmente em práticas curativas, a partir de intervenções médicas para tratamento de condições agudas, o que não se mostrou suficiente para demais condições. (BRASIL, 2010)

Logo, dentro dessa conjuntura, o texto anexado à portaria citada anteriormente traz características que apontam os desarranjos causados pela fragmentação, que são

- (1) lacunas assistenciais importantes;
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
- (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
- (5) a pulverização

dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). (BRASIL, 2010)

Portanto, ainda no âmbito da Redes de Atenção, que hoje fazem parte da realidade do SUS, destaca-se a noção dos níveis de atenção, que, por conseguinte, caracterizam-se por serem ordenações que variam em densidade tecnológica, correspondendo a atenção primária, secundária e terciária, respectivamente, aos níveis de menor, média e maior densidade. (MENDES, 2011, p.78)

Dessa forma, o anexo da Portaria nº 4.279/2010 traz a definição de Redes de Atenção à Saúde a partir do entendimento de que estas são

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010)

Logo, as RAS são responsáveis por estabelecer um processo integral e contínuo de atenção, nos três âmbitos instituídos, de maneira a possibilitar ações de cunho preventivo, curativo, reabilitador e paliativo (MENDES, 2011, p.83). Portanto, Mendes (2011, p. 45) também classifica os sistemas de atenção à saúde como reações que busquem atender as necessidades apresentadas pela população, de maneira articulada e condizente com a situação demográfica e epidemiológica apresentada.

Consequentemente, tem-se a compreensão de que, com base nas características antes citadas, a porta de entrada das RAS é a Atenção Primária. É, portanto, na APS (Atenção Primária de Saúde) que se concebem os primeiros cuidados, adquirindo estimativas acerca dos problemas de maior incidência e dando o direcionamento necessário para coordenação dos demais âmbitos de assistência. Logo, a fim de exemplificar as divisões estabelecidas, pode-se citar como crescente de atenção as UBS, os centros de atenção especializada e os hospitais de alta complexidade, equivalentes a atenção primária, secundária e terciária, respectivamente (BRASIL, 2010).

O documento também ressalta os atributos das RAS, enumerando os seguintes componentes: Definição de população e território; Prestação de serviços de promoção, tratamento, diagnóstico, prevenção, entre outros; APS como efetivo primeiro acesso ao sistema; Estrutura adequada; Coordenação, continuidade e integração; Centralidade na pessoa;

Governança; Participação social; Integração entre os setores administrativos, clínicos e logísticos; Recursos humanos qualificados e suficientes; Sistema de dados integrado; Financiamento tripartite; Intersetorialidade e Gestão baseada em resultados (BRASIL, 2010). Todos esses componentes são considerados essenciais para o bom funcionamento das RAS.

Assim, Mendes (2011, p. 97-98) cita os sete atributos relacionados ao funcionamento legítimo da Atenção Primária de Saúde, que são: o Primeiro contato, a Longitudinalidade, a Integralidade, a Coordenação, a Focalização na família, a Orientação comunitária e a Competência cultural.

O Primeiro contato refere-se ao acesso ao atendimento de saúde assim que se toma conhecimento acerca de um problema, ou seja, o primeiro acesso. A Longitudinalidade, por sua vez, diz respeito a regularidade manifestada pela relação entre paciente e equipe de saúde, no sentido de se estabelecer um contato contínuo. Já a Integralidade está relacionada com a prestação de um serviço de saúde capaz de atender todas as fases de assistência, promovendo além da cura, a prevenção e a reabilitação, por exemplo. A Coordenação, conseqüentemente, retrata a habilidade de articulação e capacidade de resolver problemas, a fim de também garantir a continuidade do atendimento. A Focalização da família passa pela compreensão de que esta é um importante receptor de atenção. A Orientação comunitária e a Competência cultural são, respectivamente, fatores relacionados ao cenário e à situação cujas famílias pertencem e o respeito ao contexto por parte das equipes de atenção, estabelecendo uma relação horizontal entre os atores. (MENDES, 2011, p. 97-98)

Além disso, Mendes (2011) pontua também as funções de uma APS, que se resumem a Resolubilidade, a Comunicação e Responsabilização. As três características dizem respeito, respectivamente, a capacidade de resolução de problemas da população, a capacidade de articulação entre as áreas do sistema de saúde e a compreensão acerca dos territórios sanitários e da população receptora dos serviços. (MENDES, 2011, p. 98)

O Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010) respalda a visão anteriormente apresentada ao apontar os quatro atributos básicos – elencados por Starfield (2002) como Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção – como primordiais para a funcionalidade da Atenção Básica, além de citar também atributos derivados – Atenção à saúde centrada na família, Orientação comunitária e Competência cultural –, que, se atendidos de forma legítima, contribuem consideravelmente para a instituição de vínculo entre o sistema de saúde e as pessoas assistidas. Dessa forma, o documento qualifica esses atributos como indispensáveis para a caracterização da assistência

como Atenção Primária. (BRASIL, 2010, p. 10)

O documento ainda cita a importância da Estratégia Saúde da Família para reestruturação da assistência no SUS, mas também para os métodos de avaliação da APS no Brasil devido ao nível de complexidade da ESF, que se avaliada de forma segmentada pode contribuir de forma rica com um legado para a área de pesquisa das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2010, p. 11)

Reafirmando o entendimento acima, Melo et al. (2018) cita a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) como um importante marco dentro do contexto das políticas mais universalistas, além do PSF (Programa de Saúde da Família), que viria a passar por transição para se tornar uma estratégia. Esses fatores contribuem para um caráter mais multiprofissional da Atenção Primária de Saúde, também chamada Atenção Básica. (MELO et al., 2018, p. 40)

Logo, tem-se a definição de Atenção Básica como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p. 19)

Diante disso, a AB é, essencialmente, a porta de entrada do sistema de saúde e promove, devido ao seu papel na descentralização, um alto grau de capilaridade ao estabelecer contato direto e contínuo com a população, com base princípios da atenção primária. (BRASIL, 2012, p. 19-20)

Assim, os fundamentos e diretrizes da AB são: Território adstrito; Acesso universal e contínuo; Adscrição de usuários e estabelecimento de vínculos; Coordenação da integralidade e o Estímulo a participação social. (BRASIL, 2012, p. 20-23)

Dentre os fundamentos apontados anteriormente, faz-se válido ressaltar três conceitos presentes no processo de adscrição do usuário: o próprio termo “adscrever”, além de reforçar o vínculo e a Logitudinalidade. Para isso, o texto traz as seguintes definições:

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. (BRASIL, 2012, p. 21-23)

Ressalta-se o perfil reconstrutor da AB perante o modelo de assistência do país, mediante constante aperfeiçoamento a partir de práticas de educação e qualificação permanentes. Todavia, cabe salientar que tal aspecto deve ser condizente com a rotina das equipes, ou seja, deve contribuir de maneira realista para o aprendizado e, conseqüentemente, aprimoramento dos processos, não instituindo apenas conceitos de ordem abstrata. (BRASIL, 2012, p. 38-39)

A versão do ano de 2011 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que corresponde ao segundo formato do instrumento, idealizado pela primeira vez no ano de 2006, traça as funções das redes de atenção à saúde, com foco no segmento que é considerado a porta de entrada do sistema de saúde. (BRASIL, 2011)

Dessa forma, o documento agregou as tendências instauradas pelo Decreto nº 7.508, de julho de 2011, responsável pela regulamentação da Lei Federal nº 8.080/90, ao reafirmar características como resolutividade, coordenação do cuidado, ordenação e base territorial. Esses componentes, por sua vez, representam a capacidade de identificação de demandas, gerência e organização de fluxos, reconhecimento de necessidades, além de aplicação concreta da descentralização, respectivamente. Assim, têm-se a organização dos princípios que regem esse primeiro plano do serviço de saúde. (BRASIL, 2011)

Ao tratar das Unidades Básicas de Saúde, a PNAB 2011 também instituiu padrões acerca de seu funcionamento. Dentre essas regras, são citadas as UBS que, quando localizadas em grandes centros urbanos, e sem a presença do Saúde da Família, devem atender o limite de uma unidade a cada 18 mil habitantes. No mesmo contexto, mas em casos em que há o apoio do programa Saúde da Família, o limite passa ser de uma unidade a cada 12 mil habitantes. (BRASIL, 2011)

Além disso, há também a ressalva de que os profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família só podem estar vinculados a um grupo de atendimento,

respeitando o limite de 40 horas de trabalho por semana. No entanto, os médicos figuram como exceção nesse contexto, com a possibilidade de atuar em duas equipes diferentes.

Por isso, o documento também contribui para o segmento ao designar as atribuições gerais dos profissionais da área. De maneira geral, é possível concluir que essas prerrogativas a eles instituídas são harmônicas aos pressupostos de instituir vínculos com a população adstrita, pois vão desde a participação no processo de territorialização até a realização de ações intersetoriais. (BRASIL, 2012, p. 43-45)

Quanto ao financiamento da Atenção Básica, estabelece-se que este

deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de atenção básica descritas na RENASES e nos planos de saúde do município e do Distrito Federal. Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal. O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo. (BRASIL, 2012, p. 81)

Dessa forma, a prestação de contas deve obedecer às regras estabelecidas em lei, a partir da demonstração da movimentação de recursos. Portanto, caso esse processo não seja realizado, ou efetuado de maneira insatisfatória, ou ainda se forem constatadas irregularidades por parte dos órgãos responsáveis, o Ministério da Saúde poderá suspender o repasse de recursos para esse bloco. (BRASIL, 2012, p. 82-99)

Melo et al. (2018) também recorre a análise de versões da PNAB para contextualizar a situação da AB no Brasil, abordando também

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Apesar disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos. (MELO et al., 2018, p. 40)

Por fim, os autores também destacam que as alterações pelas quais passou o texto da PNAB no resultado gerado em 2017 foram realizadas em um momento de turbulência

política e econômica, e com razões que favorecem a estrutura tradicional de Atenção Básica, em contrapartida aos avanços promovidos pela Estratégia Saúde da Família. (MELO, et al., 2018, p. 49)

Nesse sentido, Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 12) corroboram com o raciocínio apresentado ao afirmarem que a versão de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica foi alvo de críticas de instituições ligadas aos estudos acerca da saúde, inclusive do Cebes, citado anteriormente como parte importante idealizadora das bases do que se tornaria o SUS.

Ainda acerca de cenário, Morosini, Fonseca e Lima (2018) tecem críticas a certas mudanças do novo texto e da influência política então estabelecida. Assim, as autoras acreditam que as mudanças são baseadas em influências políticas, o que, na visão delas, pode fragilizar ainda mais a relação do SUS com a sociedade. Esse posicionamento é justificado por elas ao se destacar a maior flexibilidade que o texto trouxe, além do caráter menos propositivo dos verbos usados, que, segundo elas, só alcançariam êxito se aplicados de forma conjunta aos repasses de recursos para cada região, caso estes obedecessem às necessidades do local. (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018, p. 14)

No entanto, deve-se tratar também da importância da AB, e conseqüentemente das Redes de Atenção em geral, para assistência efetiva aos portadores de condições crônicas. Dito isso, Mendes (2011) pontua que as doenças ou condições crônicas possuem especificidades: “Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos”. (MENDES, 2011, p. 26)

Logo, o autor também ressalta que essas condições não se limitam ao conhecido repertório das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão - e outros tipos de doenças cardiovasculares -, câncer e outras patologias, mas também são compostas por doenças de outras ordens, sejam elas infecciosas, mentais, metabólicas, deficiências físicas ou de períodos determinados, como o perinatal, que tenha como característica comum a persistência ou o fato de serem de longo prazo. (MENDES, 2011, p. 27)

Além disso, ainda que haja uma diferenciação conceitual entre condições agudas e crônicas, eventuais manifestações agudas podem ocorrer em casos relacionados às condições crônicas. Isso, porque, quando mal assistidas pelo sistema de atenção à saúde, as doenças crônicas podem passar por eventos de agudização, o que significa que elas passam a se evidenciar a partir de situações mais alarmantes. (MENDES, 2011, p. 27)

Consequentemente, quanto aos aspectos causadores, Eugênio Mendes destaca que

Paralelamente ao processo de urbanização, desenvolveram-se estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde. Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado. (MENDES, 2011, P. 29)

Esse entendimento é reforçado pelo texto anexo à portaria que instituiu as RAS no país, que ao abordar os fatores causadores das doenças crônicas traz que o “sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito” (BRASIL, 2010)

Assim, da perspectiva social, o autor destaca o impacto das doenças crônicas na qualidade de vida da população. Essa ponderação é válida, pois, geralmente, os cenários em que estas doenças estão presentes implicam gastos econômicos e, muitas vezes, afastamentos ou desligamentos do trabalho em decorrência das condições apresentadas, resultando em prejuízos financeiros às famílias. Além disso, cabe citar o aumento da incidência de mortes prematuras. (MENDES, 2011, p. 30)

Ainda segundo Mendes (2011, p. 31), “as relações entre condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza”.

Com isso, as RAS surgem como alternativa para solucionar problemas relacionados a fragmentação do sistema de saúde, permitindo o aperfeiçoamento da organização de toda estrutura de assistência, a fim de que se alcance níveis satisfatórios na avaliação de indicadores, por exemplo, além de adaptar de forma mais condizente com a realidade dos desafios brasileiros. (BRASIL, 2010)

Quando analisada enquanto política pública, ressalta-se a importância de que a modalidade de redes de atenção tenha capacidade de instituir vínculos, tanto internamente, quanto com os pacientes, salientando a equidade como característica, para que se consigam melhorias legítimas e efetivas. (BRASIL, 2010)

Sendo assim, com o aprofundamento acerca da Atenção Básica e das condições crônicas, além da compreensão em relação à estrutura do SUS, torna-se possível partir para apreciação mais a fundo das políticas de combate às doenças crônicas e sua agenda.

## **4 A AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE COMBATE ÀS DOENÇAS CRÔNICAS**

Diante do exposto até aqui, e a fim de se abordar adequadamente o tema das políticas públicas de enfrentamento às doenças crônicas instituídas no município de Fortaleza, torna-se essencial discorrer sobre a raiz da questão: afinal, o que é “política pública”? Dessa forma, nesta seção, serão retratadas as nuances e as concepções existentes no âmbito do estudo acadêmico acerca da temática.

A partir daí será possível estender-se sobre os demais assuntos, tratando das políticas públicas de saúde de caráter continuado e o cenário de enfrentamento às doenças crônicas no país.

### **4.1 Ciclo das Políticas Públicas**

Em relação a definição do termo política pública tem-se um vasto repertório de visões e conceitos. Todavia, de forma resumida, e com o objetivo de se fazer entender a abordagem do tema, o presente texto partirá da concepção de que política pública é o instrumento utilizado para resolver problemas públicos pelos atores que, com restrições, buscam associar os objetivos políticos aos meios políticos, de forma com que se alcance soluções possíveis, ainda que não sejam perfeitas (HOWLLET, RAMESH E PERL, 2013, p. 5)

Com isso, partindo para a perspectiva desses atores, Wu, Ramesh, Howlett e Fritzen (2014, p. 17-18) sinalizam que o desconhecimento acerca do processo que envolve as políticas públicas de forma geral influencia na ideia limitada que os gestores possuem em relação as suas funções, resultando, muitas vezes, em equívocos entre conceitos. Por isso é importante desde já ter-se em mente que o processo que abrange as políticas públicas não é uniforme, mas atende a diferentes fases.

Assim, “as funções gerais da criação de políticas públicas que os gestores públicos podem realizar consistem em cinco atividades essenciais: definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação” (WU, RAMESH, HOWLETT E FRITIZEN, 2014, p. 21).

A partir da compreensão completa acerca de seu papel na máquina pública, e da condição mais estável se comparada a dos agentes que ocupam cargos políticos, os gestores podem ampliar seu campo de visão no combate a políticas fragmentadas. Dessa maneira, sua

atuação, quando exercida de forma técnica e abrangente, poderá contribuir amplamente para a resolução de questões problemáticas dentro do campo. No entanto, essa é apenas uma das perspectivas que podem ser aperfeiçoadas. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 19)

Nesse âmbito, é importante salientar que, no que tange às fases do processo inerente à concretização das políticas públicas, tem-se que elas

não ocorrem em “estágios”, com uma progressão linear de um para o outro. Ao contrário, são conjuntos de atividades discretas, embora inter-relacionadas, em que os gestores públicos podem se envolver para alcançar os objetivos das políticas da sua sociedade e do seu governo. Um gestor público típico pode estar fortemente envolvido em algumas atividades de criação de políticas, um tanto mais envolvido em outras, e nem um pouco envolvido no resto. No entanto, gestores de políticas podem fazer uma contribuição crucial para todas essas funções pela influência de sua perspicácia nas políticas, capacidade analítica e experiência de gestão. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p.21-22)

Consequentemente, continuando a tratar das políticas públicas e da sua relação com os gestores públicos, Wu, Ramesh, Howlett e Fritzen (2014, p. 13-14) discorrem que, apesar do papel relevante que esses instrumentos possuem no cotidiano desses atores, é perceptível que o percurso que envolve a construção das políticas pode não estar conectado às características funcionais que a atividade exige, e às nuances que cercam o processo, comprometendo, assim, o resultado obtido.

Logo, os autores expõem exemplos pontuais para ilustrar a afirmação anterior. Dentre o que é citado, estão as situações em que são implementadas políticas públicas que, apesar da ineficácia, possuem certa popularidade; a criação de políticas por influência de contextos de crise, em que a atuação dos gestores é de tentar resolver, sem oportunidade para prevenção; falhas estruturais das políticas que acarretam em mudança dos agentes envolvidos, mas não incide sobre a condição do instrumento; a disputa de órgãos internos em relação a determinada agenda que pode acarretar em prejuízos para o planejamento e organização, além de gerar outros males, como a criação de políticas contraditórias entre si; políticas que têm como propósito atender a interesses políticos; os desvios ocasionados pela atuação dos burocratas de nível de rua em relação ao planejamento inicial e o uso da avaliação por exigências burocráticas e não com o objetivo de aproveitar plenamente a funcionalidade do instrumento. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 14-16). São, portanto, exemplos de distorções que podem estar presentes no processo abordado.

Outro fator citado pelos autores é a responsabilização dos gestores, que muitas

vezes pagam pela inação de outros setores dentro do campo público, ainda que possam ter sua parcela de culpa. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 16)

Por outro lado, os gestores públicos podem ter outra percepção acerca do que lhes é colocado como função, podendo entender seus encargos diretamente ligados ao resultado ou o meio, ou seja, às atividades burocráticas rotineiras ou à execução das políticas, em detrimento ao processo de desenvolvimentos das políticas públicas. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 17)

Logo, abordando cada fase do ciclo de políticas públicas individualmente, temos que o período de Definição da Agenda diz respeito a identificação e priorização de conjunturas que o Estado entende que devem ser objeto de intervenção por parte do poder público. Deve-se destacar, portanto, a importância dos gestores públicos nesse processo, tendo em vista o domínio do contexto em que se identifica o problema e o público-alvo. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 22)

Os autores retomam o debate acerca da definição da agenda, ressaltando que, muitas vezes, os governos não são capazes de atender a população na resolução de certos problemas públicos, que de alguma forma prejudicam os cidadãos, ou porque não tem contato com essas realidades, logo desconhecem essas dificuldades, ou porque ocorre uma classificação irregular do que aquele problema realmente representa, acarretando soluções e propostas ineficazes. Nesse sentido, cabe aos gestores públicos ocuparem o seu lugar na formulação de agenda e não se limitarem a executar processos meramente burocráticos do serviço público. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 29)

Consequentemente, a Formulação da política está relacionada ao estudo de alternativas plausíveis para aplicação, na tentativa de resolução do problema. Quanto a isso, destaca-se o fato de que, se realizada de forma a deixar lacunas ou não considerar todas as possibilidades em razão do contexto conturbado que envolve as ações governamentais, é possível que a política não se torne apropriada ao que se propõe. Por isso a importância de se tratar assuntos antes de que eles sejam considerados problemas já instalados. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 22-23)

Já a Tomada de Decisão compreende as ações conclusivas acerca das políticas. Estas podem se dar de diferentes maneiras, pois abrangem toda a cadeia hierárquica, na medida em que as perspectivas de diferentes atores se fazem importantes para melhor entendimento do contexto. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 23)

Em sequência, tem-se a Implementação da política pública, que se caracteriza pela

concretização do que foi planejado anteriormente. É, também, um período crucial para a identificação de lacunas deixadas no processo até então (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 23). Assim, os autores também salientam que

o fato de que os gestores públicos (e os órgãos aos quais eles servem) possuem ordens para executar certas políticas públicas não significa que os recursos necessários para a implementação e o apoio dos principais *stakeholders* estejam garantidos. Para serem eficazes, os gestores públicos precisam desenvolver conhecimento e perspicácia de política em trabalho em rede (*networking*), defesa e negociação, um conjunto de funções que muitas vezes são relativamente desconhecidas para eles, caso tenham sido treinados no modo clássico da administração pública, com foco em cadeias hierárquicas de obrigação, e responsabilidade para com superiores e executivos políticos. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 23-24)

Ao abordar a implementação de políticas públicas, Lotta (2019, p. 11-12) destaca que os estudos acerca dessa categoria, além de terem alcançado um considerável nível de crescimento nos últimos anos, sinalizam a tendência de se avaliar a forma com que se materializa uma política.

Portanto, as avaliações referentes a essa fase do ciclo de políticas públicas

têm sido historicamente desenvolvidas com base em elementos teóricos e metodológicos provindos da administração pública e da ciência política, embora tenha inspirações no Direito e na Sociologia. A questão central desses estudos é compreender: por que há (e quais são) diferenças entre os objetivos planejados e os resultados alcançados? Ela se propõe, portanto, a abrir a caixa preta dos processos de concretização das políticas públicas, compreendendo as decisões ali tomadas e as consequências dessas decisões. (LOTTA, 2019, p.13-14)

Dessa forma, Lotta (2019, p. 18) defende a ideia de que “formulação e implementação não são fases distintas, mas sim processos decisórios contínuos que perpassam diferentes atores no que podemos chamar de cadeia decisória”. É possível concluir, então, que se as fases do ciclo de políticas públicas forem encaradas de forma a se dissociarem uma das outras, alcança-se maior probabilidade de falhas no processo.

Consequentemente, Lotta (2019, p. 20) destaca que as influências que incidem sobre a fase de implementação são diversas, o que acarreta uma conjuntura mais complexa do que apenas retida à obediência de regras conceituais.

Assim, ao citar os burocratas de nível de rua, Lotta (2019, p. 22-23) salienta que o intermédio entre as ações governamentais e a as pessoas é realizado por esses atores, o que, de

certa forma, os tornam representantes diretos do governo para a população, fazendo com que sua postura influencie diretamente no julgamento dos cidadãos acerca dos serviços prestados pelo Estado.

Além disso, cabe citar que Mazmanian e Sabatier (1983) foram responsáveis por instituir um checklist de condições que condicionam uma implementação efetiva. No que tange às legislações, ou seja, as que tem como objeto as normas, essas condições se caracterizam pela consistência, base em teoria sólida e possuir a estruturação da implementação, a fim de que se ofereça maior viabilidade para se atingir objetivos. Por conseguinte, também se exige habilidades gerenciais e políticas por parte da liderança, apoio externo de agentes que nutrem relação com o processo e, por fim, as mudanças que podem ser adotadas em caso de conflitos.

Por fim, a Avaliação de políticas públicas, que também é uma fase fundamental por estar relacionada ao juízo feito acerca do que a política conseguiu alcançar, e se o resultado atende ao que era esperado. Além disso, também possibilita a releitura do que pode ser melhorado ou do que não deu certo. Na visão dos autores, esse instrumento ainda tem o potencial muito pouco explorado. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 24)

Nesse sentido, Cotta (2014, p. 106) defende o entendimento de que a avaliação, quando aplicada, deve ser realizada de forma paralela as demais fases do ciclo, dando a possibilidade também de que se tenha maior compreensão dos outros segmentos.

Assim, deve-se enfatizar a importância da avaliação das políticas públicas no combate a políticas ineficazes, devido a sua capacidade de diagnóstico e a oportunidade de melhoria. No entanto, é comum o fato de os gestores não utilizarem esse instrumento de forma bem aplicada devido a circunstâncias que vão além do método em si. Em outras palavras, a exigência técnica por traz da aplicação de uma avaliação que origine resultados compatíveis com a realidade, ou o receio por parte dos próprios gestores acerca da possibilidade de os resultados mancharem a suas reputações.

Por outro lado, o processo que envolve todo o ciclo possui outro panorama, em que os gestores públicos estão inseridos, importante de se levar em consideração, que é caracterizado pelas diferentes perspectivas inerentes às ações governamentais de construção de políticas públicas. Essas se resumem, então: a perspectiva organizacional, a perspectiva política e a perspectiva técnica. (WU, RAMESH, HOWLETT E FRITZEN, 2014, p. 24-25)

A primeira está relacionada ao cenário institucional, ou seja, a cultura organizacional e estruturação interna do órgão, de forma a possibilitar um ambiente apropriado e adaptado ao contexto com que se trabalha. Já a segunda é relativa ao aspecto

técnico das políticas, no sentido de promoção do conhecimento acerca da gestão de políticas públicas. Nesse sentido, os autores destacam que o treinamento ou conhecimento nessa área entre os gestores públicos ainda é incipiente. A terceira, por sua vez, é caracterizada pelas trocas de cunho político inerentes ao processo, o que representa as relações estabelecidas entre os atores envolvidos, e não pode deixar de ser considerada pelos gestores públicos. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 25-26)

Na fase final de classificação de contextos componentes do cenário no qual o gestor público está inserido, passam a destacar as habilidades necessárias para a participação dos gestores na dinâmica que envolve todas as fases do ciclo de políticas públicas (WU, RAMESH, HOWLETT E FRITZEN, 2014, p. 26). Logo, nesse contexto, expõe-se as seguintes categorizações: perspicácia nas políticas; capacidade analítica e experiência gerencial. Todas essas representam qualidades importantes para os gestores.

A primeira é evidenciada pela bagagem e conhecimento que os gestores públicos carregam consigo, sejam esses elementos relacionados ao contexto local ou de fora, que o habilita para desempenhar a função de forma mais minuciosa e assertiva. A segunda, por outro lado, diz respeito a habilidade do gestor em promover a aplicação de técnicas que detectam necessidades de intervenção e analisar de maneira apropriada o contexto. Por fim, a terceira está relacionada a práticas rotineiras em ambientes gerenciais e a aptidão dos gestores em aplicar os instrumentos necessários, como os de planejamento e controle, adaptada ao cenário das políticas públicas. (WU, RAMESH, HOWLETT e FRITZEN, 2014, p. 26-27)

## **4.2 As políticas públicas de saúde de caráter continuado e a importância da Longitudinalidade**

Um dos aspectos mais relevantes de uma política pública é a sua implementação, fase que também recebeu destaque no segmento anterior. Essa etapa traz consigo diversas nuances que impactam de diferentes maneiras os usuários e os agentes que as colocam em prática. No caso do tema aqui debatido, fica evidente a importância da marca da continuidade das políticas de enfrentamento às condições crônicas, como a do CEADH, por exemplo, se observado o fato de que um de seus fundamentos é o acompanhamento dos pacientes de maneira constante e multidisciplinar.

Com isso, cabe ressaltar que este caráter de continuidade das políticas públicas perpassa as mais diversas áreas e suscita debates dentro da administração pública. Todavia, de forma mais pontual, no âmbito da saúde, o acompanhamento pode significar o agravamento ou a melhora em situações de pacientes com doenças que necessitam de assistência contínua, o que salienta a importância dessa especificidade para as políticas públicas de saúde.

Assim, com base no que declara Starfield (2002), torna-se possível compreender os sistemas de saúde a partir de duas perspectivas, a de quem é responsável por prestar o serviço e a da população receptora daquela atividade. A quem presta o serviço compete o esforço de obedecer, de certa forma, um processo que é composto pelas ações de reconhecer o problema - com os instrumentos a eles disponibilizados -, seguido pela compreensão da situação e construção de um diagnóstico, além de instituir um protocolo de tratamento e, conseqüentemente, realizar uma avaliação para concluir se aquela ação teve resultado positivo. Por fim, estabelece-se a vigilância perante o contexto apresentado. (STARFIELD, 2002, p. 58-59)

Por outro lado, a forma com que a população atendida compreende a conduta anteriormente citada também compõe o processo de atenção realizado no sistema de saúde, na medida em que a resposta dada pelo paciente, ou seja, o fato de se ele vai acatar ou não os apontamentos feitos pela equipe de saúde, será parte componente do processo de atenção. (STARFIELD, 2002, p. 58-59)

Dessa forma, ao tratar do alcance da atenção primária, Starfield (2002) discorre sobre os aspectos necessários, sejam estruturais ou processuais, para classificar o potencial de alcance dessa fase. Assim, compõem o segmento as seguintes classificações de cunho estrutural: acessibilidade, variedade na oferta de serviços, população eletiva e continuidade. (STARFIELD, 2002, p. 60-61)

O primeiro elemento, a acessibilidade, diz respeito à facilidade com que a população tem de conseguir estabelecer contato com a estrutura de atenção, ou seja, o quão próximo e disponível os serviços ali prestados estão das pessoas que necessitam utilizá-lo. A variedade dos serviços, por sua vez, traz à tona a diversidade de tipos de assistência prestados no local. (STARFIELD, 2002, p. 60-61)

Conseqüentemente, definir a população eletiva envolve a capacidade que a estrutura tem de delimitar e localizar a população que faz parte de seu alcance, e se o processo é recíproco. Por fim, a continuidade reflete a disponibilidade estrutural de manter registrado o

processo de atendimento dos pacientes, possibilitando a prestação de um serviço ininterrupto, no sentido de que se terá o conhecimento do histórico do paciente, e tornando o processo mais eficaz. Dentro de todos esses aspectos, é necessário levar em consideração a percepção do paciente acerca desses parâmetros. (STARFIELD, 2002, p. 60-61)

Por outro lado, Starfield (2002, p. 60-61) também reforça que o funcionamento satisfatório deve obedecer a utilização dos serviços de saúde por parte do cidadão, de forma com que ele reconheça a estrutura de atenção como fundamental para sua recuperação e lá tenha assistência eficaz, e ao reconhecimento de um problema por parte dos profissionais de saúde, que devem ter a capacidade de identificar e saber como proceder nos casos a serem tratados.

Os aspectos citados até aqui, sejam eles estruturais ou processuais, servem de base para consolidação do que Starfield (2002) chama de atributos da Atenção Primária, que correspondem a Logitudinalidade, Atenção ao primeiro contato, Coordenação e Integralidade.

O entendimento da APS enquanto porta de entrada para o sistema de saúde é fundamental para a configuração do atendimento dentro sistema público. Isso porque, dessa forma, é possível estabelecer um consenso acerca dos locais que ofertam o primeiro contato que, conseqüentemente, norteará as demais ações tomadas para tratamento e assistência de saúde. (STARFIELD, 2002, p. 208). Acerca disso, ressalta-se que “a importância do fácil acesso à atenção para reduzir a mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos” (STARFIELD, 2002, p. 209).

Logo, a fim de abordar especificamente o caráter de continuidade das políticas dentro do cenário da atenção básica de saúde, destaca-se a Logitudinalidade, um termo que caracteriza essa prática de acompanhamento. Segundo STARFIELD (2002), a Longitudinalidade é caracterizada pela constância na assistência, mas, acima de tudo, pelo vínculo criado entre as equipes de profissionais que atuam na estrutura de saúde com a população eletiva daquela área. Em outras palavras, esse atributo diz respeito à capacidade da APS de estabelecer uma relação recíproca com os cidadãos usuários do atendimento. (STARFIELD, 2002)

Portanto, a Longitudinalidade pressupõe a estruturação de uma relação de identificação entre pacientes e prestadores de serviços, que, ainda que não haja intercorrências que exijam intervenção, ainda sim se reconhece a relação anteriormente estabelecida. Sendo assim, apesar da constante associação desse termo à Continuidade, é possível delimitar as

diferenças a partir do entendimento de que este último é uma característica que pode estar presente para além da APS, e corresponde a aspectos mais técnicos do serviço de saúde, além do período estabelecido. (STARFIELD, 2002, p. 247-249)

Assim, cabe salientar que esse atributo está relacionado a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, ocasionando, também, a redução de gastos, na medida em que promove a prevenção e recuo no número de internações. (STARFIELD, 2002, p. 283)

Nesse sentido, frisa-se o fato de que

Frequentemente, os pacientes não têm uma fonte identificável de atenção que alcance a longitudinalidade e ainda alcance a continuidade da atenção para problemas específicos. Ou seja, é possível ter continuidade sem longitudinalidade. Por exemplo, um prontuário médico completo pode estar disponível para todos os profissionais, enquanto os pacientes podem consultar com um profissional diferente ou ir a uma unidade diferente para cada consulta. Nesta situação, existe continuidade mas não longitudinalidade” (STARFIELD, 2002, p. 390)

Starfield (2002, p. 283) destaca que, apesar de sua importância, “a Longitudinalidade da atenção não é tão bem alcançada por determinados segmentos da população, especialmente indivíduos de classe social mais baixa e outros grupos relativamente desprovidos”. Ainda que essa afirmação seja relativamente antiga, faz-se necessário salientá-la a fim de acender um alarme acerca da importância de se buscar o aperfeiçoamento da assistência promovida pelo SUS.

Na opinião de Polisaitis e Malik (2019, p. 17), o atual modelo de gestão do sistema de saúde ainda não atingiu a forma ideal, pois, na visão delas, o hospital ainda ocupa um lugar de destaque dentro da conjuntura atual – que recebe das autoras o nome de hospitalocêntrico -, o que prioriza a manifestações agudas em detrimento do formato ideal de assistência para as condições crônicas, que exigem continuidade no cuidado.

Historicamente, destaca-se que

Os principais modelos de cuidados vigentes desde o século XX, ou seja, a assistência direta centrada no profissional médico e no hospital, foram concebidos para lidar antes de tudo com doenças agudas e infecciosas, numa época em que havia menos vacinas e terapêutica medicamentosa menos eficaz. Logo, seus resultados não são obtidos a partir da manutenção do bem-estar das pessoas com enfermidades crônicas (POLISAITIS E MALIK, 2019, p. 107)

Dessa forma, concluiu-se que no âmbito serviços públicos de saúde no Brasil

ainda há uma lacuna a ser preenchida no que tange a integração da ótica conceitual e da prática do cuidado centrado no paciente/pessoa. Além disso, ressalta-se o aspecto da comunicação como importante fator de qualidade para a prestação de serviços. (RODRIGUES, PORTELA E MALIK, 2018, p. 4.270)

Portanto, abordando o contexto nacional, destaca-se a Política Nacional de Humanização que foi lançada em 2003 com o propósito de contribuir para os modelos de gestão instituídos no SUS, aprimorando a qualidade dos serviços prestados e colocando em evidência as práticas de cuidado.

Por isso, apesar dos progressos alcançados nas práticas de descentralização, o combate às condutas que promovem uma dinâmica de trabalho verticalizada e fragmentada deve estar em evidência, a fim de se promover um cenário mais propício para demais avanços da ordem de gestão de saúde. Portanto, para que se institua uma gestão de trabalho em rede, é necessário que intensifique a qualificação dos profissionais e os instrumentos de controle social. (BRASIL, 2004, p. 5)

Por conseguinte, quando colocado em pauta o tema da humanização tem-se que “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6).

Sendo assim, para além da Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar deve ser um processo persistente inerente às fases de prestação do serviço público da saúde, e não somente uma política individual. A palavra-chave para esse processo é, portanto, a transversalidade. (BRASIL, 2004, p. 6). A humanização no SUS é, então, uma estratégia de enfrentamento às falhas do sistema de saúde, na medida em que busca integrar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde pública. (BRASIL, 2004, p. 8)

Para isso, os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização são definidos a partir de conceitos que promovem a integração, comunicação, valorização de aspectos subjetivos e multidisciplinaridade. (BRASIL, 2004, p. 9-10)

Consequentemente, os objetivos e prioridades da PNH seguem o raciocínio de redução das filas de espera, reconhecimento territorial por parte dos usuários acerca dos locais de atendimento, divulgação, participação ativa de gestores e usuários nos processos de gestão, além de ações de educação permanente. (BRASIL, 2004, p. 10). Na atenção básica, a PNH estabelece diretrizes que dizem respeito ao incentivo de inclusão dos usuários, políticas

intersetoriais, esforço de hierarquizar riscos e trabalho em rede. (BRASIL, 2004, p. 13)

Esse instrumento é, portanto, uma forma de respaldo à teoria aplicada nos estudos das políticas de caráter continuado, de forma corroborar e buscar aplicação prática aos conceitos estabelecidos. No entanto, é preciso destacar que a prática nem sempre segue expressamente o que se vê no papel. Para isso, será aqui retratado dois polos, de certa forma, opostos: a assistência ao público idoso e ao infantojuvenil.

Sobre o contexto local, Polisaitis e Malik (2019) destacam que

No Brasil vem ocorrendo uma transição epidemiológica, com mudanças no padrão de saúde e doenças. Essa transição se refere às modificações, no longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida e se modifica o perfil de saúde da população (POLISAITIS E MALIK, 2019, p. 108)

Consequentemente, destaca-se o fato de que a população idosa é considerada mais vulnerável ao desenvolvimento de DCNT, ocasionando também limitação da capacidade funcional, e por isso requer tanta atenção contínua, (POLISAITIS E MALIK, 2019, p. 108). Assim, “(...) com o envelhecimento populacional as necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas” (POLISAITIS E MALIK, 2019, p. 107)

Logo, o cuidado continuado pressupõe um esforço conjunto com o propósito de estabelecer uma assistência capaz de evitar agravos, além de possibilitar o manejo de forma correta, priorizando a qualidade de vida e, conseqüentemente, evitando gastos advindos de uma atenção pouco estruturada. (POLISAITIS E MALIK, 2019, p. 109)

Desse modo, por exemplo, a Nota Informativa nº 1/2019 – COPASI/DAPES/SAS do Ministério da Saúde foi construída com o objetivo de destacar a relevância da avaliação e monitoramento da situação da pessoa idosa dentro do âmbito da Atenção Primária, abordando a saúde integral, com ações traçadas com base na multidisciplinaridade.

Para isso, o documento destaca o método de Avaliação Multidimensional a fim de aperfeiçoar as ações de cuidado da pessoa idosa, de modo que a análise possibilite identificar suas condições de saúde, estimando se há ou não o comprometimento funcional dos indivíduos, além de abranger o diagnóstico tanto de doenças agudas como crônicas e agravos. Dessa forma, a avaliação engloba as dimensões clínica, psicossocial e funcional. (BRASIL,

2019)

Portanto, a primeira dimensão diz respeito a condição geral do idoso, buscando o diagnóstico de doenças de diversas ordens, sejam estas agudas ou crônicas. A segunda, por sua vez, se limita ao aspecto mental de forma geral, avaliando frentes como memória e humor, além das dinâmicas sociais estabelecida na vida da pessoa idosa. Por fim, a terceira pauta a capacidade de individual do paciente de colocar em prática atividades comuns do cotidiano. (BRASIL, 2019)

Assim, ressalta-se o fato de

O envelhecimento e as doenças crônicas são uma questão de saúde pública. Faltam políticas de cuidados de longa duração. (...) Alguns serviços de cuidados continuados, ainda que timidamente, já são oferecidos no Brasil com nomenclaturas distintas: Cuidados de Transição (Care Transition), Cuidados de Longa Permanência (Long-term Care), Cuidados Continuados (Continuous Care), Cuidados de Curta Permanência (Short-term Care), e Cuidados Assistidos (Assisted Care) entre outros. (POLISAITIS E MALIK, 2019, p. 116)

Trabalhando a perspectiva de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas, Nóbrega, Reichert, Vieira e Collet (2015) trazem que atributos como longitudinalidade e continuidade são de grande relevância para o tratamento desses pacientes na Atenção Primária. No entanto, ressaltam que há uma diferença fundamental entre essas duas classificações, que tem o primeiro caracterizado pelo nível de integração do serviço prestado, enquanto o outro representa o estabelecimento de vínculos entre equipe de saúde e paciente.

Por isso, destacam também que a descontinuidade é um problema recorrente mesmo dentro das estruturas de Redes de Atenção à Saúde devido a falhas de processo que geram fragmentação. Nesse contexto, as autoras ressaltam o domínio do assunto por parte das famílias de pacientes crônicos, pois os problemas gerados pelo desarranjo do processo impactam diretamente na realidade dessas famílias. (NÓBREGA, REICHERT, VIEIRA E COLLET, 2015, p. 657)

Dessa forma, Nóbrega, Reichert, Vieira e Collet (2015, p. 660) defendem que são necessárias “mudanças no modelo de atenção atual que não está conseguindo atender às demandas desse perfil epidemiológico com ascensão das doenças crônicas, acarretando incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção”

Dentre as fragilidades na RAS identificadas pelas autoras, está a falha no acompanhamento, que além de atrasar o processo de tratamento, também faz com que seja necessário o deslocamento constante entre unidades de saúde a fim de se obter o melhor atendimento. (NÓBREGA, REICHERT, VIEIRA E COLLET, 2015, p. 660)

Para as autoras, isso se dá porque, apesar da instituição oficial das RAS, ainda há atraso no sistema de saúde brasileiro no que tange à adaptação da assistência aos doentes crônicos, de modo que a comunicação dentro das redes ainda é irregular. A falha mais notória nesse procedimento se dá pela falta de comunicação efetiva entre a Atenção Primária e a Secundária, de forma que há o descumprimento de um preceito fundamental da atenção em rede, que é o vínculo entre as equipes de saúde e a família. (NÓBREGA, REICHERT, VIEIRA E COLLET, 2015, p. 660)

Logo, nesse cenário um tanto confuso enfrentado pelas famílias que acompanham seus parentes com doenças crônicas, faz-se necessário reconhecimento de suas experiências, pois

Ao se colocarem no lugar do outro, o profissional passa a refletir sobre o problema e utilizar seus conhecimentos técnico-científicos para o planejamento de estratégias mais efetivas, que trarão resolutividade aos problemas evidenciados nesse árduo caminho de peregrinação descrito pelas famílias. (NÓBREGA, REICHERT, VIEIRA E COLLET, 2015, p. 660-661)

Com isso, argumenta-se que a Longitudinalidade de forma concreta dentro do sistema de saúde brasileiro ainda deve ser debatida categoricamente, pois, ainda que práticas institucionais de continuidade estejam previstas na letra da lei, é essencial que esse atributo seja aplicado de forma tangente e perceptível pelos pacientes que utilizam e necessitam da assistência. (NÓBREGA, REICHERT, VIEIRA E COLLET, 2015, p. 661)

### **4.3 Políticas de combate às doenças crônicas**

Consolidados os entendimentos acerca da parte teórica do ciclo das políticas públicas e da importância da longitudinalidade e continuidade para as políticas públicas de saúde, convém agora compreender o material existente que trata das ações no campo das políticas de enfrentamento às doenças crônicas. Nesse contexto, a nível nacional, destacam-se documentos produzidos pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas, que deliberam e

instituem diretrizes e estratégias para o enfrentamento e a rede de tratamento que envolve as doenças crônicas. Logo, devido ao grau de incidência, o diabetes e a hipertensão recebem destaque.

Assim, a princípio, cabe ressaltar que na prática os processos vigentes podem e devem ser aperfeiçoados, pois precisam se adequar a realidade dos usuários. Esse entendimento, de certa forma, é respaldado por Mendes (2011) na medida em que, ao tratar dos modelos de atenção às condições crônicas, o autor traz particularidades que caracterizam o sistema de saúde vigente e os desafios que ele provoca, afirmando que

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. (MENDES, 2011, p. 223)

É possível, portanto, destacar três obras de produção do Ministério da Saúde, de diferentes épocas, que refletem o crescimento do destaque atribuído às doenças crônicas no contexto sanitário. Esses documentos são, portanto: A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – Situações e Desafios atuais (2005), Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias (2013) e Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 (2021). Estes serão abordados a seguir, em ordem cronológica.

A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – Situações e Desafios atuais (BRASIL, 2005) é um documento que destaca dois fenômenos que vêm acontecendo no Brasil. O primeiro é relativo à transição demográfica – recuo da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida -, processo que deverá se intensificar nas próximas décadas. O segundo, por sua vez, é a transição epidemiológica, evidenciado pelo aumento da

incidência de doenças crônicas e influenciada diretamente por fatores socioeconômicos. (BRASIL, 2005, p. 11)

A obra compartilhou a perspectiva de que o nível de custo-efetividade das ações preventivas dependia diretamente da noção acerca da incidência de fatores de risco, sobretudo dos de caráter comportamental, ou seja, dos maus hábitos característicos da população (BRASIL, 2005). Essa ideia, por sua vez, também serviu de fundamento para a criação do documento. Logo, é possível afirmar que o investimento nesse eixo de enfrentamento – prevenção – é crucial para a temática das doenças crônicas.

No que tange à transição epidemiológica, tem-se que na década de 1930 a carga de doenças infecciosas correspondia a quase metade das mortes nas metrópoles, enquanto as doenças cardiovasculares atendiam a pouco mais de um décimo percentual dessa estatística. Com o passar dos anos, observou-se que, já neste século, essa tendência se inverteu, de forma que as doenças cardiovasculares chegaram, em certo momento, a ser predominantes em meio ao índice de mortes no país. Nesse contexto, reforça-se novamente a processo de transição demográfica como fator a ser destacado. (BRASIL, 2005, p. 17)

Dessa forma, como resultados econômicos, as doenças crônicas não transmissíveis acarretam gastos que podem ser divididas em diretos e indiretos. O primeiro é caracterizado pelos investimentos aplicados nos serviços de saúde, enquanto o segundo é decorrente da perda de produtividades dos cidadãos, gerando aposentadoria e outros tipos de afastamento do trabalho. (BRASIL, 2005, p. 23)

Diante disso, ao abordar os fatores de risco da DCNT, destacam-se “principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas) (...), pois são sobre eles que as ações preventivas podem ser custo efetivas” (BRASIL, 2005, p. 23)

Logo, foram nos anos 2000 em que passou a se investir com mais afinco nos sistemas de vigilância de doenças não transmissíveis. Dessa forma, o método adotado para instituição desse sistema parte de quatro frentes diversas, que englobam, de forma geral, o monitoramento, a vigilância dos fatores de risco, as ações de prevenção e controle, além da avaliação das intervenções instituídas. (BRASIL, 2005, p. 33-34)

Sendo assim, destaca-se um fragmento do texto em que, já no ano de 2005, colocava-se em pauta a relevância das doenças crônicas no contexto sanitário brasileiro a partir da constatação de que

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis há mais de três décadas pela maior carga de doença no Brasil. A transição epidemiológica e demográfica por que passa o país, aponta cenários desafiadores. Doenças Crônicas Não Transmissíveis são passíveis de prevenção e representam o investimento mais custo efetivo entre todos aqueles do setor saúde. O Ministério da Saúde coloca como prioridade na agenda do SUS a implementação de uma política para sua prevenção e promoção da saúde. Garantir assistência aos já doentes, ofertar e estimular práticas de prevenção primária e promoção da saúde é um dever do SUS. As evidências mostradas pelas pesquisas no campo da Economia da Saúde demonstram que, os sistemas de saúde ao redor do mundo, não terão sustentabilidade se essas práticas não forem implementadas. (BRASIL, 2005, p. 59)

Acerca desse cenário, Malta, Silva, Moura e Neto (2017, p. 670-671), ao discutirem sobre o Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2003-2015), pontuam que a vigilância dessa categoria de doenças é caracterizada por uma abordagem mais geral, em detrimento dos casos individuais, tendo em vista o conhecimento acerca dos fatores de influência, além das medidas de prevenção, que se distinguem das condições transmissíveis.

No contexto apontado, deve-se frisar também que “outro eixo importante de atuação do sistema de vigilância de DCNT foi a articulação com universidades nacionais e internacionais com o objetivo de realizar avaliações de intervenções de promoção da saúde” (MALTA, SILVA, MOURA E NETO, 2017, p. 671). Além disso, destacam-se outros resultados alcançados, como a fiscalização relativa à rotulagem dos alimentos por parte da ANVISA. (MALTA, SILVA, MOURA E NETO, 2017, p. 671)

De modo geral, a instituição de um plano de vigilância contribuiu de forma proveitosa para a realidade da análise do cenário das doenças crônicas no país, ainda que ainda haja um longo caminho a ser percorrido. Todavia, é a partir do reconhecimento dos desafios existentes que será possível estabelecer o aperfeiçoamento das práticas de monitoramento. (MALTA, SILVA, MOURA E NETO, 2017, p. 672)

Consequentemente, a obra Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias (BRASIL, 2013) tem como propósito agregar ao debate acerca da criação de uma rede de atenção aos portadores de doenças crônicas em todos os níveis institucionais, estabelecendo diretrizes norteadoras. (BRASIL, 2013, p. 8)

O aumento da incidência de doenças crônicas corrobora com a elevação dos níveis

de mortalidade e morbidades que, além de comprometer de forma considerável a qualidade de vida das pessoas, acarreta prejuízos econômicos para o país, tendo em vista a fragilização das funções de seus portadores, fato que também foi apontado no documento discutido anteriormente. (BRASIL, 2013, p. 7)

A importância da delimitação de linhas de cuidado prioritárias em atenção às doenças crônicas organizadas em rede fundamenta-se pela necessidade de combate à fragmentação dos serviços de saúde, de forma a aperfeiçoar os procedimentos envolvendo essa categoria de doenças, estabelecendo cuidado integral e eficaz. Sendo assim, levando em consideração os fatores de risco, prioriza-se o diabetes, a obesidade, as doenças renocardiovasculares, além do câncer e das doenças respiratórias crônicas. (BRASIL, 2013, p. 9-11)

Destaca-se também a relevância da ABS na implementação dessas diretrizes, sendo o principal ponto de apoio da articulação entre as redes. (BRASIL, 2013, p. 14). Conseqüentemente, para que se alcance os avanços na área do tratamento de doenças crônicas, é necessário que o investimento em alternativas de acesso seja ampliado, de forma que o aporte terapêutico e a assistência farmacêutica estejam associados aos demais segmentos, trabalhando conjuntamente e harmonicamente. (BRASIL, 2013, p. 15)

Cabe ressaltar também a ênfase atribuída ao acolhimento, que é caracterizado pela forma com que os agentes prestadores do serviço recebem os usuários, a partir de uma postura voltada para uma atuação de assistência resolutiva, adequada e articulada. (BRASIL, 2013, p. 18)

Por fim, sobre a população eletiva, conclui-se que

O conhecimento profundo da população usuária de um serviço é elemento essencial para a organização da atenção. Isso possibilita romper com a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados. Cada doença pode ter uma estratificação de risco diferenciada. É fundamental construí-la de acordo com as especificidades da enfermidade, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas valorizando a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local (gestão, equipe, apoio diagnóstico), entre outros. (BRASIL, 2013, p. 23)

Já o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) representa o empenho para a realização de medidas que tenham como propósito a redução de desigualdades no acesso à saúde pública,

com foco na construção de estratégias de combate e prevenção de fatores de riscos das doenças crônicas. Dessa forma, as diretrizes ali estabelecidas formam o direcionamento da agenda de combate às DCNT nos próximos anos. (BRASIL, 2021, p. 6)

O documento aqui debatido corresponde, portanto, à segunda versão do modelo, visto que já havia sido instituído em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil relativo aos anos de 2011 a 2022. (BRASIL, 2021, p. 7)

Assim, o documento reitera que

Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde. Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população. (BRASIL, 2021, p. 5)

Naquela ocasião, o documento compreendeu “os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade)” (BRASIL, 2021, p.7).

Quanto aos eixos temáticos, houve a divisão correspondente a: “vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.” (BRASIL, 2021, p. 7)

A versão mais recente, por sua vez, possui um caráter mais analítico, dado o fato de agora haver certa bagagem dentro da perspectiva abordada, na medida em que se tornou possível realizar uma observação mais rigorosa com base nos dados alcançados anteriormente. (BRASIL, 2021, p.9)

Dessa forma, a partir da análise do saldo deixado pelo documento anterior (de 2011) tem-se que as DCNT

constituem o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixas renda e escolaridade. O Plano de Enfretamento das DCNT tem o objetivo de promover o

desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. (BRASIL, 2021, p. 10)

As metas nacionais instituídas naquela época abordavam, de forma geral, a redução dos índices de obesidades entre crianças e adolescentes – além do controle da obesidade em adultos –, a redução do consumo de sal, o tratamento do total de mulheres com diagnóstico de lesões decorrentes de câncer, a redução da mortalidade prematura ocasionada pelas DCNT, redução da prática do tabagismo em 30%, o aumento do consumo de frutas e hortaliças, além da prática de atividades físicas, e o aumento da cobertura de exames de mamografia e Papanicolau. Parte dessas metas foram estipuladas sem número exato devido a falta do histórico de estimativas. Assim, a partir da continuidade do processo de vigilância, será possível construir um histórico que embasará a análise crítica dos dados. (BRASIL, 2021, p. 11-12)

Já no que se refere ao cenário recente, a partir do documento mais atual, tem-se que

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 representa o recorte estratégico da agenda nacional para os temas, atrelado aos indicadores e às metas que, se melhorados e alcançados, promoverão no país grande impacto na redução da morbimortalidade por DCNT e nas incapacidades e mortes ocasionadas pelos agravos. Possui forte potencial para fortalecer ou (re)organizar processos de trabalho a partir da construção de novas competências profissionais, arranjos favoráveis às ações intersetoriais e em rede e inovação para a promoção da saúde. Mais que intencionalidades, as metas do Plano de Dant orientarão as ações na área por uma década, com perspectiva de tornarem-se pontos de interlocução entre as esferas de gestão do SUS, apoio para a definição de subsídios técnicos e financeiros para a vigilância em saúde para fortalecê-la nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Ciência e Tecnologia e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, o Plano de Dant reafirma o diálogo com as principais políticas de saúde, demais normativas institucionais e acordos internacionais correlatos as suas metas. (BRASIL, 2021, p. 106)

Sendo assim, é possível compreender o enfrentamento às doenças crônicas enquanto urgência para o cenário da saúde pública no Brasil, a partir do reconhecimento dos documentos oficiais instituídos pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos. Na seção a seguir será apresentado o cenário das doenças crônicas nacional e regionalmente.

## 5 O CENÁRIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL

Na presente seção, serão abordados dados referentes ao contexto epidemiológico relacionados às doenças crônicas, além de números alusivos aos hábitos adotados pela população, tanto em âmbito nacional, quanto localmente. Para isso, serão utilizados gráficos que ilustrem a situação analisada, de forma a possibilitar uma melhor compreensão acerca da ideia que se busca transmitir.

### 5.1 Contexto nacional

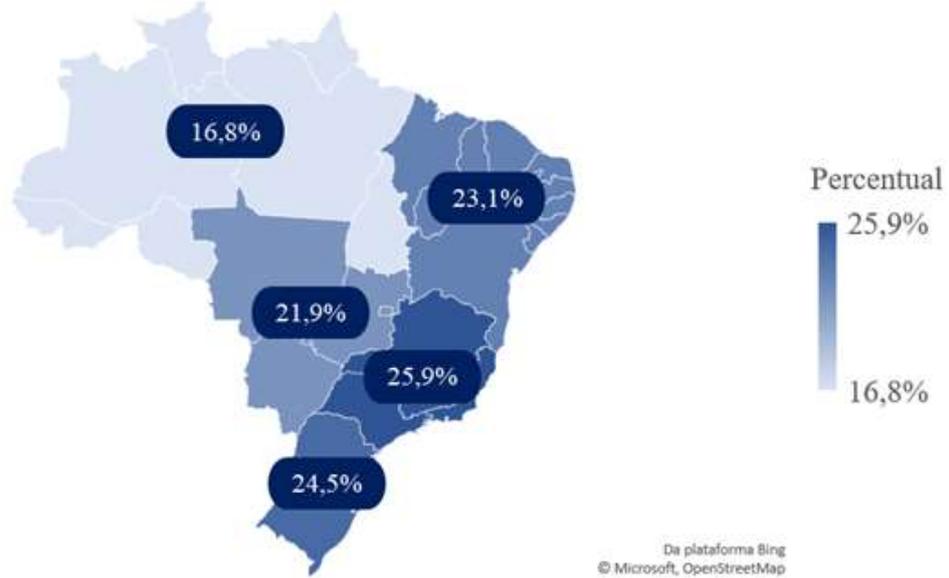
Dado o tema aqui debatido, destaca-se o fato de que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

constituem o maior e mais desafiador problema de saúde atualmente, com impactos que permeiam o aumento no número de mortes prematuras (aquelas que ocorrem em indivíduos entre 30 e 69 anos de idade), a perda de qualidade de vida, o aparecimento de incapacidades e o impacto econômico para a sociedade e os sistemas de saúde, principalmente. (IBGE, 2020, p. 8)

Portanto, para fins de contextualização acerca do cenário epidemiológico vivenciado atualmente relativo às doenças crônicas, serão expostas a seguir estimativas correspondentes aos números de incidência do diabetes e da hipertensão na população brasileira, além de fatores relacionados aos hábitos.

Assim, como apontado a seguir pelo gráfico, em termos percentuais, a região com maior índice de adultos com o diagnóstico de hipertensão arterial, no ano de 2019, foi a sudeste, seguida respectivamente pelas regiões sul, nordeste, centro-oeste e norte. (IBGE, 2020)

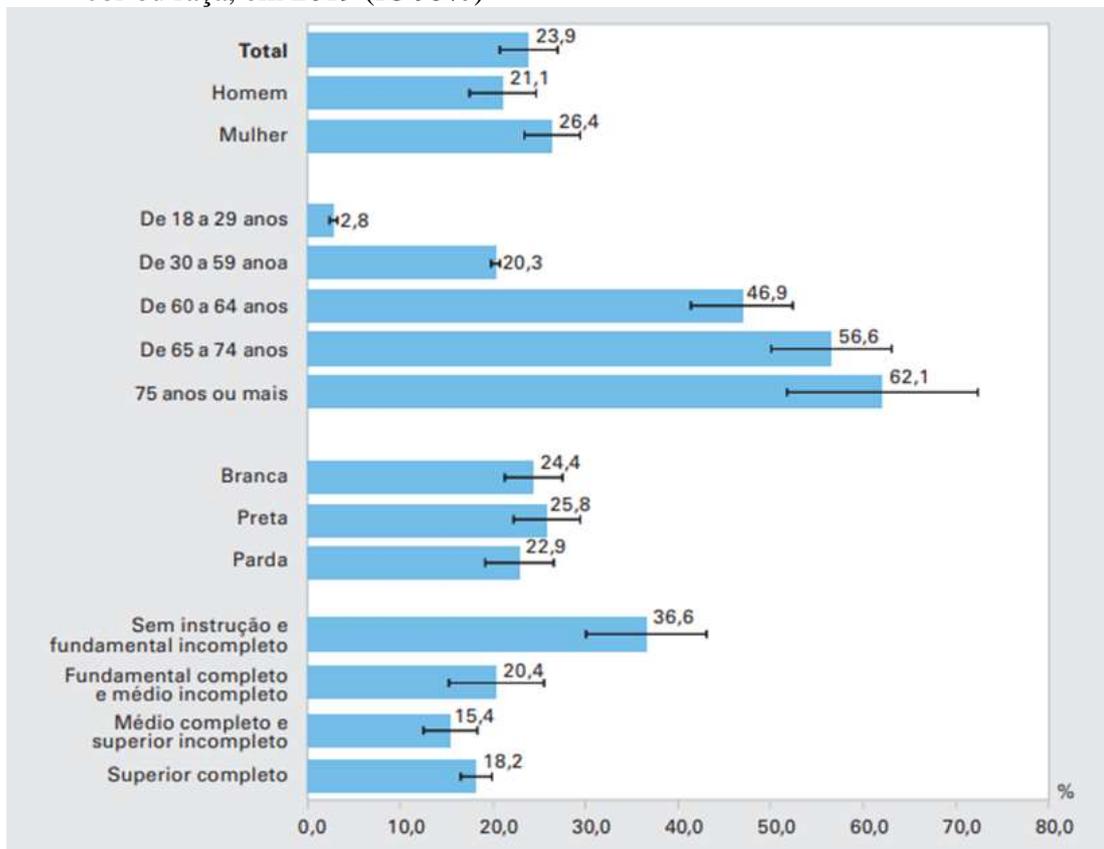
Gráfico 1 – Distribuição regional do percentual de adultos com o diagnóstico de hipertensão, em 2019 (IC 95%)



Fonte: Elaborado pela autora com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE, 2020, p. 54).

Conseqüentemente, se observados os fatores sociais, nota-se uma maior incidência de hipertensão arterial entre as mulheres, além de um crescimento constante com o aumento da faixa etária, alcançado maior índice no recorte pertencente aos idosos a partir de 75 anos. É possível também registrar o fato de que há maior ocorrência entre a população preta e os cidadãos sem instrução ou fundamental incompleto. (IBGE, 2020)

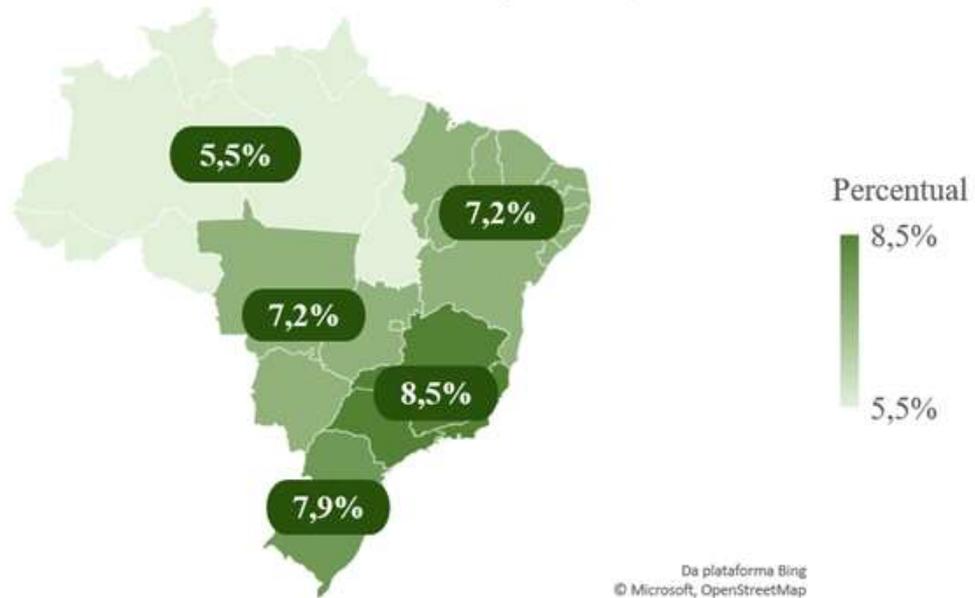
Gráfico 2 - Proporção de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, grupos de idade, nível de instrução e cor ou raça, em 2019 (IC 95%)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020, p. 55).

Quanto a distribuição dos diagnósticos de diabetes, em termos percentuais, nas grandes regiões brasileiras no ano de 2019, a região sudeste também figura como local de maior índice, seguida respectivamente pelas regiões sul, nordeste, centro-oeste e norte. (IBGE, 2020)

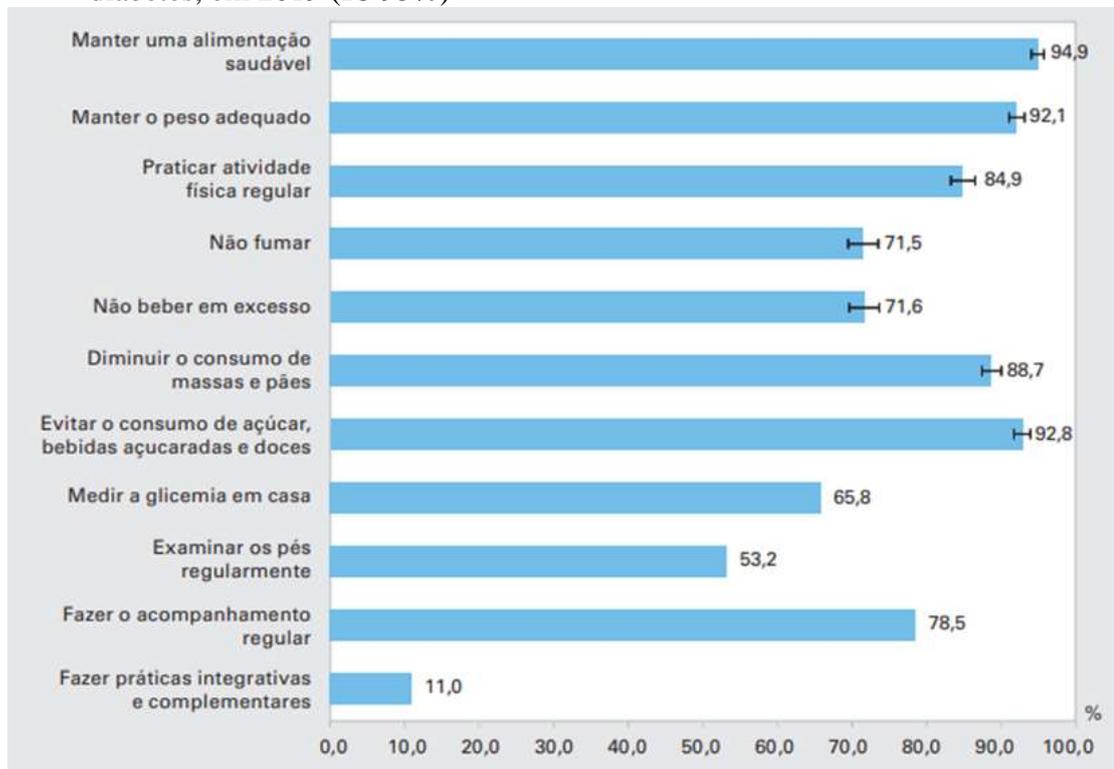
Gráfico 3 - Distribuição regional do percentual de adultos com o diagnóstico de diabetes, em 2019 (IC 95%)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020, p. 59).

Isto posto, a maior parte dos indivíduos adultos que alegaram ter o diagnóstico de diabetes também afirmaram manter uma alimentação saudável, peso adequado, além de praticar atividades físicas de forma regular. Além disso, tendem a evitar o consumo de açúcar, pães e massas e buscam afastar-se de hábitos não saudáveis. No entanto, percebe-se uma baixa adesão às práticas integrativas e complementares, ainda que o nível de acompanhamento regular seja alto. (IBGE, 2020)

Gráfico 4 – Proporção de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes segundo as recomendações feitas em atendimento médico para diabetes, em 2019 (IC 95%)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020, p. 60).

Diante disso, faz-se importante salientar que o destaque aqui atribuído aos níveis de incidência de diabetes e hipertensão é decorrente da relevância no contexto epidemiológico nacional, além de seguir a linha de raciocínio que será apresentada nos resultados, cujo recorte terá como foco estas doenças.

## 5.2 O contexto no município de Fortaleza

Em relação ao cenário local, a seguir serão destacados dados, relativos ao ano de 2021, coletados e publicados pelo Vigitel (BRASIL, 2022) acerca dos hábitos que, como visto anteriormente, interferem de maneira significativa na incidência de doenças crônicas na população. O recorte, no entanto, será relacionado aos dados referentes ao município de Fortaleza, tendo em vista que a análise no documento de origem foi realizada com dados das capitais do país, pelo Vigitel (BRASIL, 2022).

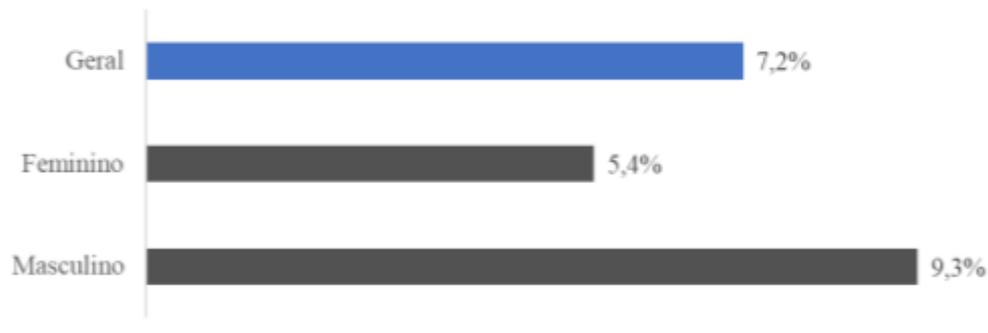
O Vigitel Brasil é um relatório elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, que traz anualmente estimativas relacionadas

aos fatores de riscos das doenças crônicas considerando a distribuição sociodemográfica nas capitais (BRASIL, 2022). Dessa forma, ao utilizar os resultados obtidos através desse instrumento, retoma-se o debate manifesto nas seções anteriores acerca da importância dos sistemas de vigilância instituídos para a análise e estudo das políticas públicas desse âmbito.

Todavia, a fim de alertar para a fidedignidade dos dados, faz-se importante salientar as limitações do documento aqui analisado, pois a metodologia de pesquisa do Vigitel é baseada no contato através de linhas residenciais de telefonia fixa presentes em cadastros. Potanto, sabe-se que a cobertura desse meio de comunicação não é universal e pode comprometer, em alguma medida, o resultado da pesquisa devido ao alcance da amostra. (BRASIL, 2022)

Sendo assim, acerca dos fatores de risco, tem-se que o percentual de fumantes adultos é maior entre os homens do que entre as mulheres, com a população em geral atingindo um percentual de 7,2%. (BRASIL, 2022)

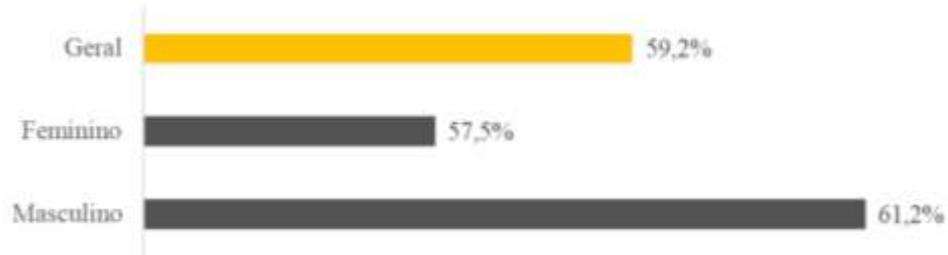
Gráfico 5 – Percentual de adultos fumantes, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 28).

Por outro lado, a estimativa de adultos com excesso de peso atinge mais da metade da população local, alcançando maior índice entre os homens, no entanto, a margem de diferença é menor do que no cenário apresentado anteriormente. A diferença percentual é, portanto, de aproximadamente 3,7%. No geral, o índice chega a 59,2%. (BRASIL, 2022)

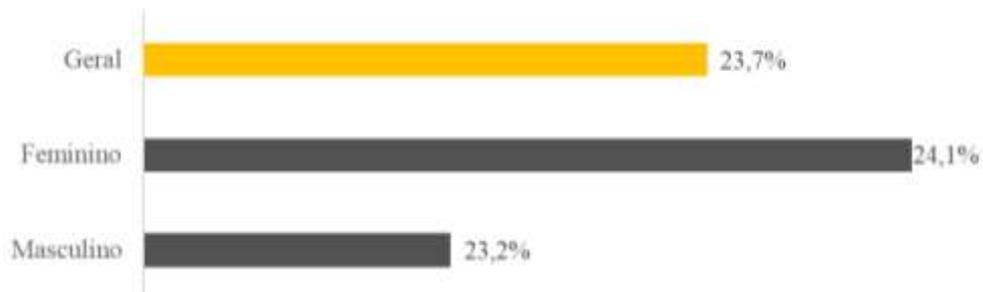
Gráfico 6 – Percentual de adultos com excesso de peso, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 37).

Já a obesidade alcança um índice de aproximadamente 23,7% da população adulta fortalezense, mas se analisadas as diferenças por sexo, observa-se uma tendência diferente do gráfico anterior, na medida em que o percentual de obesidade atingido pelo público feminino é superior ao masculino, ainda que a diferença seja inferior a um ponto percentual. (BRASIL, 2022)

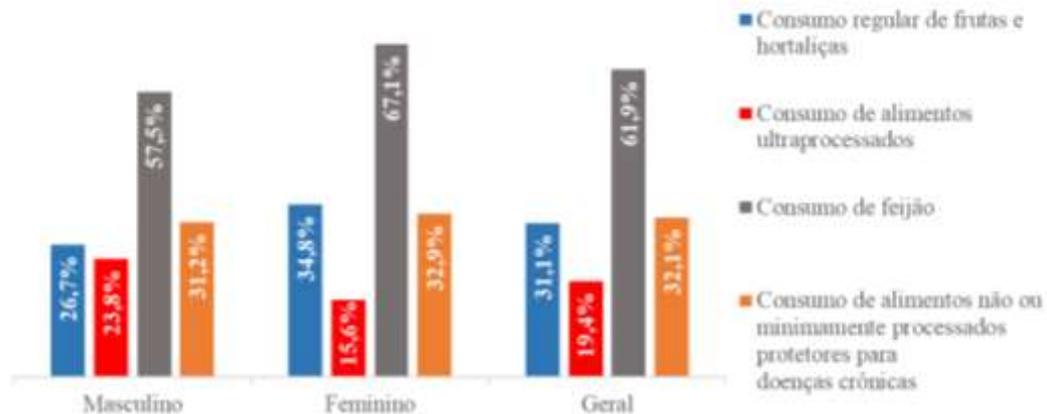
Gráfico 7 – Percentual de adultos com obesidade, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 40).

Por conseguinte, se levados em consideração os números da distribuição do consumo alimentar na região de Fortaleza, observa-se uma tendência ainda superior para alimentos saudáveis e menos processados, além de um elevado índice de consumo de feijão entre a população adulta. Por outro lado, cabe citar o fato de que as mulheres, em geral, tendem a ter alimentação um pouco mais saudável se os números forem comparados aos dos homens, na medida em que o consumo de feijão, frutas e hortaliças e alimentos não ou pouco processados é maior que no público masculino, enquanto o consumo de alimentos ultraprocessados é menor, como mostra o gráfico a seguir. (BRASIL, 2022)

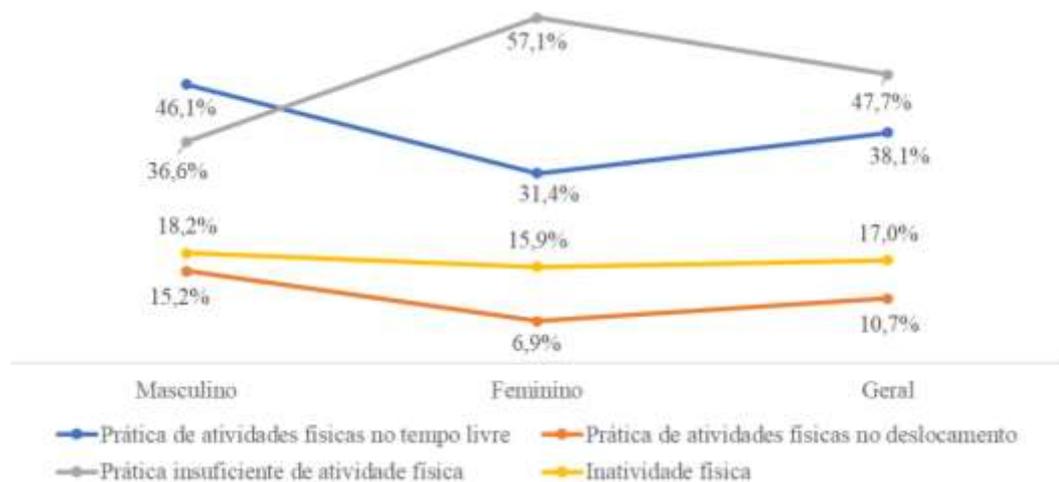
Gráfico 8 – Distribuição do consumo alimentar, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 43, 49, 55 e 58).

Ainda no panorama dos hábitos da população adulta, foi possível constatar que a prática de atividades físicas é mais comum entre os homens, sejam essas exercidas durante o tempo livre ou durante o deslocamento, enquanto, por outro lado, mais da metade das mulheres tendem a praticar atividades físicas de forma insuficiente. Em geral, estima-se que quase metade da população local não pratica exercícios com frequência satisfatória (BRASIL, 2022). Essa constatação pode ser respaldada pelo raciocínio de que, culturalmente, a mulher costuma ter uma carga de trabalho maior que a do homem, enfrentando, muitas vezes, uma jornada dupla, ao trabalhar dentro e fora de casa, restringindo o tempo disponível para outras atividades. (BRASIL, 2022)

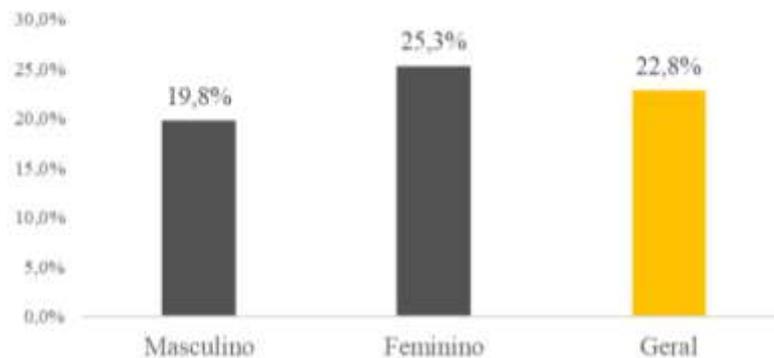
Gráfico 9 – Distribuição da prática de atividades físicas, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 62, 65, 68 e 71).

Assim, após abordados os aspectos referentes aos costumes e hábitos da população, com base nos dados do Vigitel 2021, é possível partir para uma análise mais precisa acerca da estimativa de diagnósticos médicos de hipertensão e diabetes entre os adultos da região. Portanto, nesse âmbito, tem-se que a hipertensão atinge 22,8% dos adultos na cidade, tendo maior incidência no público feminino, como observado a seguir.

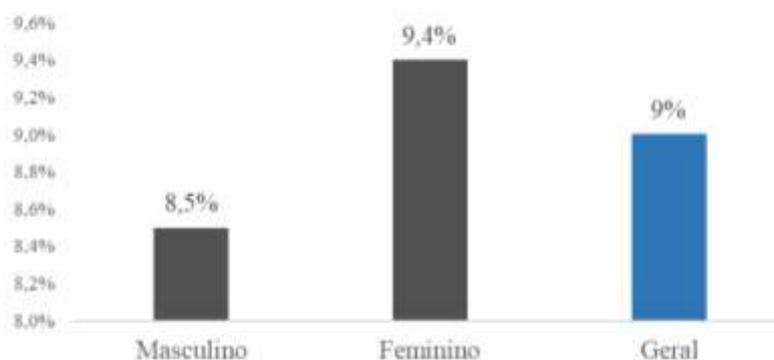
Gráfico 10 – Percentual de adultos com diagnóstico médico de hipertensão, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 91).

Por fim, os adultos com diagnóstico médico de diabetes atingem um índice de ordem geral de 9,0%, e a tendência de números superiores entre o público feminino se repete, gerando uma diferença percentual de pouco menos de um ponto em relação ao público masculino. (BRASIL, 2022)

Gráfico 11 – Percentual de adultos com diagnóstico médico de diabetes, por sexo, em Fortaleza



Fonte: Elaborado pela autora com dados do Vigitel Brasil 2021 (BRASIL, 2022, p. 94).

Em resumo, é possível concluir que o nível de incidência de hipertensão na população adulta de Fortaleza é maior que o de diabetes. Além disso, as mulheres tendem a ser mais acometidas por essas doenças, de maneira geral, da mesma forma que o índice de

obesidade também é mais expressivo entre o público feminino. No entanto, nota-se que o número de fumantes é maior entre os homens, da mesma forma que o público estratificado apenas com excesso de peso – e não obesidade – alcança índices maiores entre os homens. Por último, ressalta-se o fato de que os homens tendem a praticar mais exercícios, enquanto as mulheres são mais propensas a ter uma dieta mais saudável.

## **6 ANÁLISE DO ENFRETAMENTO ÀS DOENÇAS CÔNICAS EM FORTALEZA**

Como forma de complementar o desenvolvimento da temática retratada, a seguir serão abordados os resultados referentes à análise de dados acerca da implementação dos Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso, além de resultados de indicadores presentes no 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior de 2022, elaborado pela Prefeitura de Fortaleza, que corroboram com o tema.

### **6.1 O Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso**

Os Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso são estruturas de apoio e atendimento pertencentes à linha de cuidado de hipertensos e diabéticos, que unem a Atenção Básica aos Centros de Referência. Os pacientes são estratificados ainda na Atenção Básica e, com a classificação de risco atribuída, são encaminhados para os CEADH aqueles com risco alto ou muito alto. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Essa política pública é caracterizada pela prestação de assistência multidisciplinar, que além da oferta de exames específicos viabiliza também o atendimento diversificado de especialidades médicas. Dentre estas, estão as seguintes: cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, estomaterapia e assistência farmacêutica. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Um exemplo das ofertas de assistência prestadas pelos CEADH, como citado anteriormente, é a iniciativa do chamado ambulatório de estomaterapia, no qual ocorre o tratamento de condições como o “pé diabético”, que corresponde a um dos agravos potenciais entre pacientes diabéticos. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Figura 1 – Tratamento do pé diabético



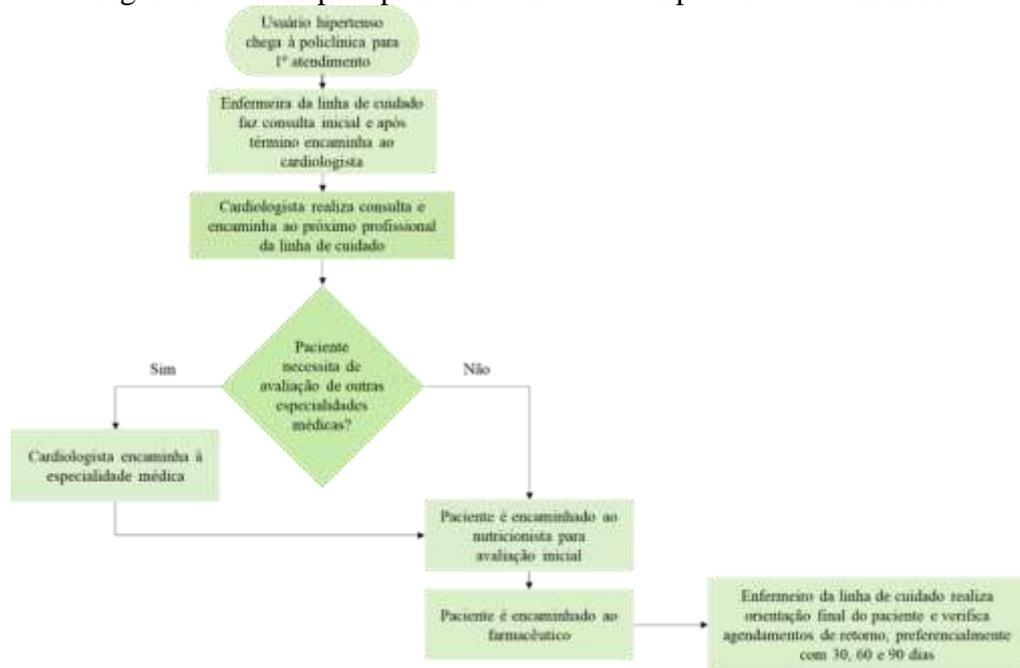
Fonte: Prefeitura de Fortaleza (2022).

Tendo em vista o seu público-alvo e a dinâmica estabelecida de processos que regulam seu funcionamento, o atendimento possui três diferentes fluxos, sendo eles divididos a partir dos seguintes critérios: pacientes diabéticos; pacientes hipertensos e pacientes diabéticos e hipertensos.

Portanto, antes do acesso à estrutura do centro, o paciente deve passar pelo atendimento de uma unidade de Atenção Primária e, conseqüentemente, após avaliados os resultados dos exames laboratoriais, passará pela estratificação de risco que concluirá se será necessário o encaminhamento para o CEADH, de acordo com a regra citada anteriormente. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

A princípio, observa-se o fluxo referente ao primeiro atendimento dentro da estrutura do CEADH de pacientes hipertensos, que será detalhado a seguir. Ao chegar à policlínica, o paciente passa pela avaliação do enfermeiro, que em seguida o encaminha para o cardiologista. Nesse momento, caso o profissional anterior julgue necessário, ele será encaminhado para outro especialista e, logo após, passará pela avaliação de um nutricionista e de um farmacêutico. Por fim, o paciente será orientado quanto a sua frequência de retorno, que poderá ocorrer em um, dois ou três meses. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

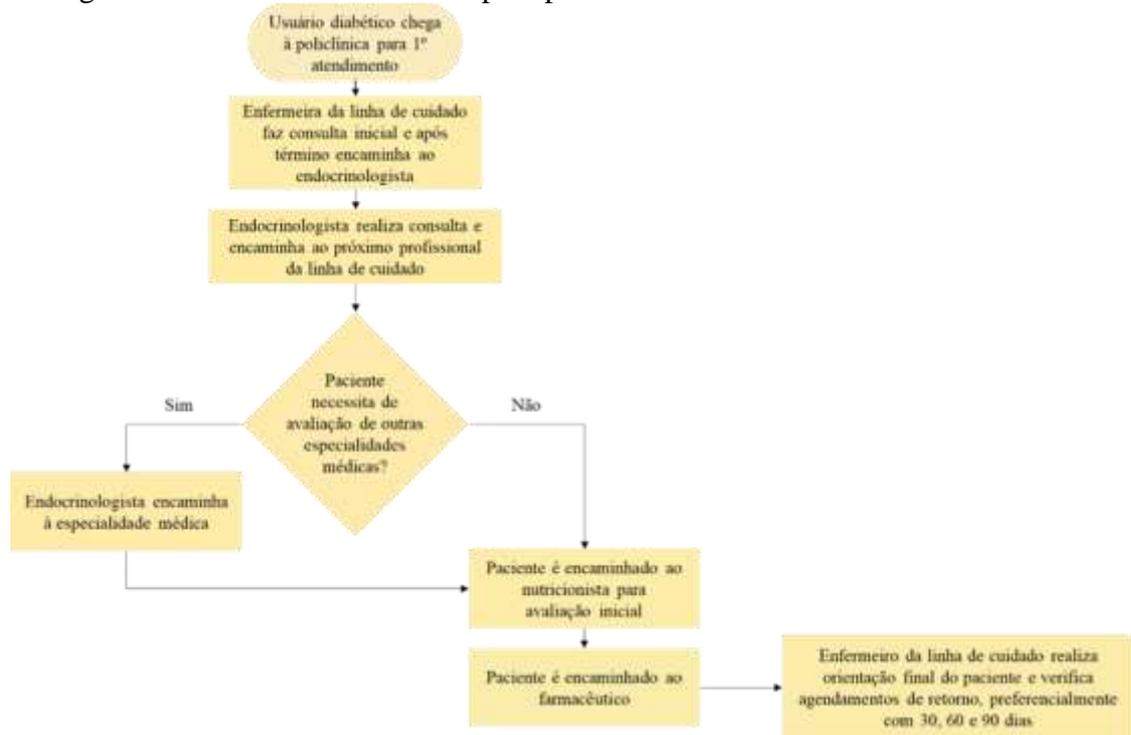
Figura 2 – Fluxo para primeira consulta de hipertensão no CEADH



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2022)

Quanto a primeira consulta do paciente diabético, o processo se assemelha ao anterior, no entanto, a prioridade de consulta é com o endocrinologista, que caso ache necessário o encaminhará para outro especialista. Assim, quando finalizada a etapa de consultas com os médicos, o paciente também passará pela avaliação do nutricionista e do farmacêutico, e então encerra-se o processo com a orientação por parte do enfermeiro da linha de cuidado acerca do seu retorno, que segue os critérios do caso anterior. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

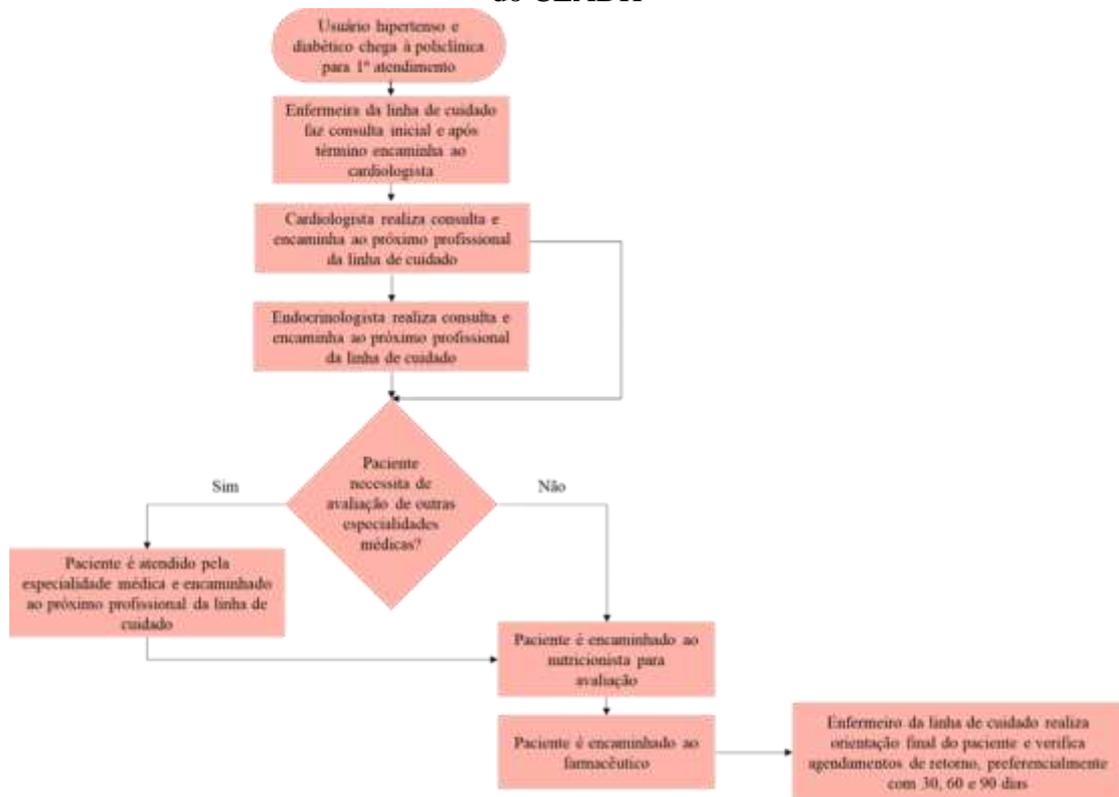
Figura 3 – Fluxo de atendimento para primeira consulta de diabético no CEADH



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2022)

O último fluxo é referente ao acolhimento de pacientes diabéticos e hipertensos, que também passam pela avaliação preliminar do enfermeiro e então são encaminhados para avaliação dos médicos. Nesse recorte, o paciente pode ser examinado tanto pelo cardiologista quanto pelo endocrinologista, além de médicos de outras especialidades, se necessário. A fase final também coincide com a dos processos anteriores, havendo a avaliação do nutricionista e do farmacêutico, e orientação por parte do enfermeiro da linha de cuidado. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Figura 4 – Fluxo de atendimento para pacientes diabéticos e hipertensos na primeira consulta do CEADH



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2022)

Dessa forma, entende-se que o objetivo principal da implementação do CEADH é, essencialmente, a redução da morbimortalidade e potenciais internações futuras, por meio da simplificação do acesso à atenção secundária, ou seja, especializada. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

O primeiro núcleo do CEADH foi implementado no ano de 2017, no bairro Edson Queiroz, onde fica localizado a o posto de saúde Mattos Dourado. Atualmente, existem sete unidades de atendimento distribuídas pela capital, sendo instaladas em três UAPS e em quatro Policlínicas. A seguir, será apresentada a distribuição das estruturas de acordo com o número de atendimentos realizados no primeiro quadrimestre do ano de 2022.

Tabela 1 – Número de atendimentos realizados em CEADHs no 1º quadrimestre de 2022

CEADH	Consultas Diabetes/Hipertensão	Consultas à Estomaterapia
Anastácio Magalhães	47	102
Mattos Dourado	39	156
Frei Tito	161	361
Lusmar Veras	195	649
Pompeu Randal	94	343

Luis Carlos Fontenele	163	382
José Eloy	101	582
<b>TOTAL</b>	<b>800</b>	<b>2.575</b>

Fonte: FastMedic/Maio de 2022; Prefeitura de Fortaleza (2022).

Com isso, nota-se que desde a instalação de sua primeira unidade de atendimento, em dezembro de 2017, foram implementadas mais seis, e apenas no primeiro quadrimestre de 2022, soma-se 800 consultas de diferentes especialidades médicas e mais de 2.500 dentro do ambulatório de estomaterapia. Dessa forma, em poucos anos, a ideia que envolve a implementação do Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso se consolidou como fundamental para o tratamento de qualidade e com menores chances de interrupções de pacientes com doenças crônicas de maior incidência.

Assim, as unidades Anastácio Magalhães, Mattos Dourado e Frei Tito estão localizados em UBS homônimas. Já os demais, Lusmar Veras, Pompeu Randal, Luís Carlos Fontenele e José Eloy, estão situadas dentro de policlínicas do mesmo nome.

Ao analisar a promoção do CEADH enquanto política pública de assistência a pacientes diabéticos e hipertensos, é possível observar que, de certa forma, ocorre a concretização do que foi abordado nas seções anteriores, referentes a teoria da assistência de caráter continuado e longitudinal e da importância da Atenção Básica. Isso porque a política em questão é capaz de estabelecer o controle e a estrutura necessária para atendimento integral das demandas básicas de pacientes crônicos, o que seria mais difícil sem um processo de trabalho específico estabelecido durante a transição da AB para a atenção especializada. Portanto, é possível compreender o instrumento como uma iniciativa válida de atenção aos pacientes crônicos, além de condizente com o princípio da integralidade do SUS.

No entanto, observa-se certa lacuna na difusão de informações relativas à implementação dos centros em questão, o que revela uma falha de um aparelho de assistência que se pretende eficaz, sem a divulgação incisiva por parte do Poder Público acerca de suas funcionalidades. No caso do CEADH, particularmente, existe pouco conteúdo informativo na Internet, principalmente de fontes oficiais, sendo a maior parte das informações mais acessíveis advindas de plataformas de noticiários locais, o que leva a crer que muitos pacientes só passam a saber da existência do CEADH após encaminhamento por parte das equipes de AP. Todavia, a divulgação poderia ocorrer independentemente de haver ou não a necessidade de encaminhamento.

Ademais, a maior fonte de informações institucionais são os relatórios produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que, por outro lado, são divulgados pelo

Conselho Municipal de Saúde. Dessa forma, com o detalhamento mais restrito a documentos extensos e compostos por diferentes conteúdos da área da saúde, compromete-se a acessibilidade e a circulação dessas informações.

Isso, todavia, representa a quebra de premissas inerentes ao sistema público de saúde, na medida em que deve se reconhecer a importância da visão dos usuários acerca do serviço ofertado. A partir do momento em que um serviço tem a sua divulgação mais restrita, os usuários não tendem a reconhecer integralmente o que de fato é ofertado pela estrutura de saúde pública, prejudicando, assim, a assimilação dos serviços. Obviamente, nem todos os pacientes possuem as características necessárias para serem atendidos pelos CEADH, no entanto, o reconhecimento da prestação daquela espécie de assistência contribui para a maior valorização do SUS e, muitas vezes, influencia na busca por auxílio por parte das pessoas que necessitam de atendimento, mas não o procuram por temer não haver estrutura capaz de lhes atender satisfatoriamente.

## **6.2 O 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) de 2022 e os indicadores estabelecidos pela Prefeitura de Fortaleza**

Na presente seção serão abordados os resultados obtidos a partir da análise do 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (1º RDQA), elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e disponibilizado pelo Conselho Municipal de Saúde. O relatório em questão é caracterizado pela divulgação de resultados referentes aos indicadores estabelecidos anteriormente pelo Catálogo de Indicadores de Saúde de 2022, de responsabilidade dos mesmos órgãos.

Sendo assim, estabelece-se o recorte envolvendo as doenças crônicas, com foco no diabetes e na hipertensão, tendo em vista o fato de que, atualmente, uma das principais frentes de enfrentamento às DCNT localmente são os CEADH (Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso). Essa, portanto, é a conjuntura que será debatida a seguir.

No que tange às doenças crônicas, quando a temática está diretamente relacionada ao diabetes e à hipertensão, ou a agravos destes, foram selecionados indicadores e resultados obtidos a partir do 1º RQDA de 2022 distribuídos na tabela abaixo.

Tabela 2 – Especificação dos indicadores relacionados à temática do CEADH

INDICADORES (1º RQDA 2022)	Un. Medida	RESULTADO 1º RDQA	META 2022
Percentual de pacientes com diagnóstico de “pé diabético” encaminhados dos Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso para a atenção terciária por complicações evitáveis	%	<b>0,1</b>	5
Percentual de pacientes atendidos na Atenção Hospitalar oriundos dos Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso	%	<b>90</b>	70
Cobertura populacional estimada na Atenção Básica	%	<b>70</b>	73
Percentual de pessoas diabéticas com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre na Atenção Primária à Saúde	%	<b>69</b>	55
Percentual de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre na Atenção Primária à Saúde	%	<b>55</b>	50

Fonte: Prefeitura de Fortaleza (2022)

O indicador referente ao percentual de pacientes com diagnóstico de “pé diabético” encaminhados do CEADH para a Atenção Terciária por complicações evitáveis atingiu 0,1% no primeiro quadrimestre, tendo como meta para o ano 5%. Já o indicador que diz respeito ao percentual de pacientes atendidos na Atenção Hospitalar oriundos dos CEADHs alcançou 90% no primeiro quadrimestre, enquanto a meta para este ano de 2022 é de 70%. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Consequentemente, a cobertura populacional estimada na Atenção Básica chegou a 70% no primeiro quadrimestre, sendo a meta estabelecida para o ano de 73%. Esse número é baseado na estimativa de equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, e a justificativa trazida pelo relatório para o percentual atingido pelo indicador ainda estar abaixo na meta para o ano é fato de haver 15 equipes inativas no período. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Os indicadores relativos ao percentual de pessoas diabéticas com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre na Atenção Primária à Saúde, que obteve 69%, com a meta anual de 55%, e ao percentual de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre na Atenção Primária à Saúde, que alcançou 55%, com meta anual de 50%, demonstram a estimativa do primeiro quadrimestre superior ao sugerido para o ano. Esse

indicativo revela o bom desempenho no acompanhamento de pacientes desse recorte. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Por outro lado, o 1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior de 2022 também traz outros números relativos à temática do CEADH, que refletem a quantidade de encaminhamentos para a Atenção Terciária.

Tabela 3 – Outros números relacionados à temática do CEADH

INDICADORES	Quantidade	Especificação		
		CEADH	Quantidade de encaminhamentos	
Número de pacientes com diagnóstico de pé diabético encaminhados dos CEADHs para Atenção Terciária por complicações evitáveis no 1º quadrimestre de 2022	31	Frei Tito	05	
		Mattos Dourado	0	
		Anastácio Magalhães	03	
		Lusmar Veras	14	
		Pompeu Randal	0	
		Luis Carlos Fontenele	04	
		José Eloy	05	
		Número de pacientes diabéticos estratificados como alto ou muito alto risco no 1º quadrimestre de 2022	93.041	Classificação
Diabético tipo 1	Alto			1.390
	Muito Alto			772
Diabético tipo 2	Alto			15.230
	Muito Alto			7.206
Hipertenso e Diabético tipo 1	Alto			3.297
	Muito Alto			782
Hipertenso e Diabético tipo 2	Alto			50.500
	Muito Alto	13.864		

Fonte: Prefeitura de Fortaleza (2022)

A partir da tabela acima é possível perceber que o número de pacientes com diagnóstico de “pé diabético” encaminhados dos CEADHs para Atenção Terciária por complicações evitáveis no 1º quadrimestre de 2022 alcançou um número total de 31, com destaque para o centro localizado na Policlínica Lusmar Veras, no bairro Jóquei Clube, com 14 encaminhamentos e todos os atendimentos realizados. Por outro lado, os CEADHs do Posto de Saúde Mattos Dourado e da Policlínica Pompeu Randal não realizaram encaminhamentos. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Já especificamente o número de pacientes diabéticos estratificados como alto ou muito alto risco no 1º quadrimestre de 2022 alcançou o número de 93.041 pacientes. Dessa forma, foi possível constatar que a maior parte dos pacientes estratificados compõem a faixa dos hipertensos e diabéticos tipo 1, com classificação de alto risco. (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022)

Portanto, o método de controle adotado pela prefeitura de Fortaleza corresponde a um modelo válido a averiguação do cenário apresentado ao sistema público de saúde no que tange à vigilância de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão na capital. Assim, torna-se possível estimar com maior precisão e, conseqüentemente, planejar com mais objetividade as políticas que devem ser instituídas para enfrentamento das DCNT localmente.

## 7 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde inaugurou no país o formato de atenção que transformou a percepção de saúde estabelecida historicamente, passando a ter como base o modelo assistencial da seguridade social e instituindo o acesso à saúde como garantia universal. Esse movimento teve suas raízes a partir da atuação da sociedade civil em prol da reforma sanitária, além de mudanças pontuais que levaram os municípios a expandirem o seu papel na área da saúde, impulsionados pelo crescimento da urbanização e das áreas periféricas.

Dessa forma, o SUS trouxe novas perspectivas de atuação referentes ao cuidado integral, unindo promoção, recuperação e proteção na prestação de serviços. Conseqüentemente, ressalta-se as mudanças que foram ocorrendo com o amadurecimento da estrutura do sistema público de saúde, como o reconhecimento da importância dos sistemas integrados e do cuidado em rede, concretizados pelas Redes de Atenção à Saúde, como forma de combater os sistemas fragmentados, que são alimentados pelas estratégias verticalizadas e priorização de condições agudas.

Portanto, nota-se a utilização do termo fragmentação enquanto um desafio para as políticas públicas em geral, visto que este é citado tanto no debate envolvendo o ciclo de políticas públicas, quanto na teoria que circunda o contexto da prestação dos serviços de saúde, com destaque para a sua importância para o tratamento das condições crônicas.

Dentre os pontos atribuídos no contexto aqui estudado, evidencia-se também a Atenção Básica como indispensável para a consolidação da integração do sistema, constituindo, portanto, a porta de entrada de toda a estrutura. Nesse cenário, revela-se a importância de elementos teóricos constituintes desse processo, como a longitudinalidade e a continuidade.

De modo geral, é possível perceber que os estudos acerca das doenças crônicas e os documentos oficiais do Ministério da Saúde andam em consonância ao reconhecer a importância do caráter continuado das políticas públicas de saúde para o tratamento eficaz dos pacientes com condições crônicas. No entanto, a realidade não se modifica na mesma velocidade, tendo em vista a implementação ainda inicial de políticas locais que ofertam ao paciente um atendimento contínuo e longitudinal. Elas existem, mas ainda não alcançaram um nível de distribuição satisfatório para abranger o público delas dependente.

O CEADH, nesse sentido, mostra-se como inovador no contexto apresentado ao buscar fortalecer a linha de cuidado de hipertensos e diabéticos, de forma a facilitar a

transição da Atenção Básica para a especializada, a partir da estratificação de risco. Procura contribuir, portanto, para a redução da morbimortalidade e agravos.

Por outro lado, é importante salientar que a forma com que se presta o serviço e a forma com que o usuário o assimila são fundamentais no mesmo nível, ressaltando o elemento estrutural da acessibilidade. Com isso, notou-se o fato de que há pouca disponibilidade de informações acerca do CEADH e de seu funcionamento de maneira oficial, comprometendo, de certa forma, a divulgação do serviço. Esse fato representa, portanto, uma lacuna no processo de publicização do serviço.

Além disso, cabe ressaltar, também, o papel fundamental que o Estado tem de promover campanhas de que busquem influenciar e conscientizar a população com relação a interferência dos maus hábitos nas condições de saúde dos indivíduos, divulgando de maneira regular informações acerca dos fatores de risco. Dessa forma, há o complemento do tratamento e da vigilância aliados à prevenção.

Por fim, entende-se que o objetivo geral de analisar a política de enfrentamento às doenças crônicas no município de Fortaleza, a partir da implementação dos Centros Especializados de Atenção aos Diabéticos e Hipertensos (CEADH) enquanto política pública foi atendido, na medida em que se conseguiu se desenvolver um percurso de compreensão e detalhamento acerca de seu funcionamento e importância.

Por outro lado, quanto aos objetivos específicos, apesar das dificuldades de disponibilidade de dados e informações mais acessíveis, é possível concluir os três foram atingidos de maneira satisfatória. Logo, foi possível compreender o cenário local das doenças crônicas, com foco no diabetes e hipertensão; dialogar acerca dos desafios e as possibilidades desta política, a partir do seu propósito e discutir se o CEADH atende as diretrizes instituídas em âmbito nacional das políticas de combate às doenças crônicas.

Em resumo, a transição epidemiológica vivenciada no contexto brasileiro torna cada vez mais urgente a atuação do Estado em favor do fortalecimento dos serviços públicos de saúde, de forma a promover a adaptação dos modelos vigentes ao enfrentamento das condições crônicas e em benefício do cuidado integral. Esse, portanto, foi um fator decisivo para a criação do CEADH, ainda antes da pandemia de COVID-19. Por fim, ressalta-se a relevância da gestão de políticas públicas para fiscalização e controle do cenário estudado, tendo em vista o trabalho exercido pelo monitoramento de indicadores e resultados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. ISBN 978-85-334-2018-2. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. **LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DCNT NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO - Situação e Desafios Atuais**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2005. 80 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1. ed. Brasília - DF: 2010. 80 p. ISBN 978-85-334-1696-3. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_atencao\\_primaria.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL 2021-2030**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [S. l.], 30 dez. 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 7 set. 2022.

BRASIL. **VIGITEL BRASIL 2021: VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2022. 128 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. **Nota Informativa nº1/2019-COSAPI/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201904/25085725-nt-01-avaliacao-multi.pdf> . Acesso em: 28/08/2022.

COTTA, T. C. **Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto**. Revista do Serviço Público, [S. l.], v. 49, n. 2, p. p. 103-124, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v49i2.368. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/368>. Acesso em: 08 jun. 2022.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Políticas Públicas: Seus ciclos e subsistemas - Uma abordagem integral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 305 p. ISBN 978-85-352-5689-5.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e Grandes Regiões**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. 113 p. ISBN 978-65-87201-33-7. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

LOTTA, Gabriela. **A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas.** In: LOTTA, Gabriela. Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2019. p. 11-38. ISBN 978-85-256-0123-0. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro\\_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 30 jun. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; MOURA, Lenildo de; NETO, Otaliba Libânio de Moraes. **A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, n. 4, p. 661-675, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/T3kFzmg5dpG3wNjF4hSF4Dm/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

MAZMANIAN, Daniel A.; SABATIER, Paul A. **Implementation and Public Policy.** [S. l.: s. n.], 1983.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro - RJ, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.** 2. ed. Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil, 2011. 549 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 6 set. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. cap. 1, p. 9 - 29.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; REICHERT, Altamira Pereira da Silva; VIERA, Claudia Silveira; COLLET, Neusa. **Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica**. Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 656 - 663, 2015. DOI <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150088>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/N9zqtdQkPzHByMCyMRWbjVb/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2020. 148 p.

PAIM, Jairnilson Silva. SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5975>

POLISAITIS, Ariane; MALIK, Ana Maria. **Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde**. Actas de Saúde Coletiva, Brasília - DF, 2019. Disponível em: [https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/cuidados\\_continuados.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/cuidados_continuados.pdf). Acesso em: 2 ago. 2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior 2022**. 2022. Disponível em: <https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Catálogo de Indicadores de Saúde 2022**. 2022. Disponível em: <https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Análise de Situação de Saúde, vol. 1. 2022. Disponível em: <https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2022.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. **Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, [s. l.], v. 24, n. 11, p. 4263 - 4273, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NbjdSZYLx5xyLtZ963R7LC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. Ciência e Saúde Coletiva, SciELO, v. 18, n. 1, p. 273-280, 12 abr. 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vC78GwbjwNdfQpvLRLHFGZB/?lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2022.

STARFIELD, BARBARA. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Edição brasileira. ed. Brasília - DF: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002. 726 p. ISBN 85-87853-72-4.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.** 1ª reimpressão. ed. Rio de Janeiro - RJ: Fiocruz, 2018. 110 p. ISBN 978-85-7541-443-9.

WU, Xun; RAMESH, M; HOWLETT, Michael; FRITZEN, Scott. **Guia de Políticas Públicas: Gerenciando Processos.** Brasília: Enap, 2014. 160 p. ISBN 978-85-256-0073-8.

Disponível em:

<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2022.