

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES – CPqAM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Viviane Lima Bastos Guimarães**

**A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO  
BRASIL**

**Recife**  
**2011**

Viviane Lima Bastos Guimarães

A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife  
2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

G963a Guimaraes, Viviane Lima Bastos.  
A qualidade da atenção à saúde indígena  
no Brasil./ Viviane Lima Bastos Guimaraes. -  
Recife: [s.n.], 2011.  
69 p. : il.

Monografia (Especialização em Saúde  
Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.  
Orientadoras: Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Saúde Indígena. 2. Serviço de Saúde do  
Indígena. 3. População Indígena. I. Gurgel, Idê  
Gomes Dantas. II. Título.

---

CDU 614(=87)

VIVIANE LIMA BASTOS GUIMARÃES

A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública.

Aprovada em 26 /05/2010

BANCA EXAMINADORA

---

Profª. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Profª. Ms. Ana Lúcia Martins de Azevedo  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos meus três  
amores: Luiz Carlos, Luiz Gabriel e  
Davi Rafael.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida, principalmente naqueles de incerteza, insegurança, aflição e muitas vezes de solidão.

A meu marido, Luiz Carlos, pelo seu companheirismo, seu amor, seu apoio, neste momento de conquistas e muita dedicação aos livros. Por tentar me substituir tantas vezes junto a Gabriel, nos meus inúmeros momentos de ausência. Meu amor, você é o furacão da nossa casa e ao mesmo tempo o nosso porto seguro.

A meu filho, Luiz Gabriel, meu anjo Gabriel, pela sua total compreensão nos muitos momentos em frente ao computador que eu me neguei a dar-lhe atenção em todas as etapas desse trabalho. Pela sua “ajuda” no momento das digitações e pela suas pesquisas na internet para contribuir com o meu trabalho.

Ao meu filho, Davi Rafael, que ainda no meu ventre, sente os meus momentos intensos sentadas no computador, finalizando esta monografia, que apertam o pequeno espaço que lhe resta. Filho pequeno, meu rei e curador, como seu nome significa, obrigada pela sua presença junto a mim. Você virá como uma benção nas nossas vidas.

A minha mãe, única e inigualável, por sempre acreditar em mim e mesmo distante me dá a segurança e a serenidade que tanto preciso. Amo Você.

A minha Família Lima de origem pelo carinho, amor, acolhimento e escuta principalmente as minhas Tias Elvira pelo carinho, Tia Eva por me fazer sorrir, Tia Soraya pelo seu senso de justiça e serenidade e exemplo de juíza (até dentro da nossa casa ela exerce o papel de intermediadora) e minha madrinha Edna, pelo exemplo de solidariedade.

A minha Família do coração, Guimarães por me acolher como filha. Ao meu cunhado Geraldo pela escuta, a minha sogra Deuzinha e ao meu sogro José pelo exemplo de fé e perseverança.

A vocês agradeço todos os dias de minha vida o prazer da convivência, do exemplo, do carinho e mesmo distante sei que os sentimentos não mudaram.

A minha orientadora Idê Gomes por ser exemplo de profissional, pela sua paciência e seu apoio. A ela peço imensas desculpas por não ter dado continuidade a esse tema de fundamental importância.

Aos colegas desse Curso de Especialização que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e aos meus colegas do Mestrado que foram meus ouvintes nas preocupações com a conclusão desse trabalho.

Por fim aos inúmeros autores dos diversos artigos que pesquisei, pois contribuíram muito com o meu aprendizado.

GUIMARÃES, Viviane Lima Bastos. Qualidade da Atenção à Saúde Indígena no Brasil. 2010. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

As comunidades indígenas têm um desafio de manter suas tradições, conquistar seu espaço de terras e manter sua identidade. Vêm sofrendo desde mudanças no processo sócio-econômico e cultural, até aceleradas transformações do perfil epidemiológico e reorganização do modelo de assistência à saúde. Por isso, esse estudo propõe desenvolver uma revisão literária brasileira sobre qualidade da atenção à saúde, identificando e descrevendo os atributos relevantes à avaliação da atenção à saúde indígena no Brasil e reconhecer os aspectos relacionados à qualidade da atenção desse grupo populacional, importantes para avaliar a saúde do índio. O estudo é qualitativo, descritivo, realizado por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados. Os índios enfrentam problemas quando se refere à sua saúde: são vulneráveis e necessitam de maiores cuidados e acesso ao sistema de saúde, entretanto, assistem as mortes por causas evitáveis das crianças indígenas, vivem muitas vezes em regiões geograficamente isoladas e sofrem por falta de estruturas organizacionais adequadas nos serviços de saúde. Complementando os problemas, não dispõe de profissionais de saúde capacitados para, no cotidiano das suas ações, saber respeitar as particularidades indígenas, dificultando a possibilidade desses de se beneficiarem das ações e serviços de saúde necessários e resolutivos, capazes de alterar o seu perfil epidemiológico. Aos profissionais de saúde se espera capacitações, respeito pelas peculiaridades dos índios e responsabilidades quanto ao registro de informações que são vitais para a avaliação das condições de saúde. Na ausência dessas questões se observa um atendimento de má qualidade, descontínuo e sem resolutividade, comprometendo a saúde deles, por falta de atenção pública. É necessário levar em consideração esses pontos para se alcançar uma melhor qualidade da atenção à saúde indígena através de ações de promoção da saúde.

**Palavras Chaves:** Saúde Indígena, Serviço de Saúde do Indígena, População Indígena.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

QUADRO 1 - Documentos do Centro Brasileiro de Análise e Planejamentos (CEBRAP) utilizados no estudo sobre Saúde indígena .....	16
QUADRO 2 - Categorias relacionadas à qualidade da atenção à saúde e saúde indígena escolhidas a partir dos artigos analisados .....	17
FIGURA 01 - Organização do DSEI e Modelo Assistencial .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAN	Correio Aéreo Nacional
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CONDISI	Conselhos Distritais de Saúde Indígena
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
EVS	Equipe Volante de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PAISM	Programa Integrado à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
ICSA	Índice de Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
ISA	Instituto de Saúde Ambiental
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretaria Municipais de Saúde
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviços de Unidades Sanitárias Aérea
TMG	Taxa de Mortalidade Geral
UAE	Unidades de Atendimentos Especiais
SCIELO	Scientific Electronic Library Online

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>3 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E AS CONDIÇÕES SÓCIO- DEMOGRÁFICAS DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Condições de Saúde Indígena .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Históricos da Atenção à Saúde Indígena No Brasil.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 O Modelo Indígena de Atenção à Saúde Vigente .....</b>	<b>25</b>
<b>4 ATRIBUTOS DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE, IMPORTANTES PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 A equidade como uma questão da qualidade em saúde.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 A integralidade como atributo na qualidade da atenção à saúde.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3 O papel do profissional de saúde na qualidade da atenção à saúde .....</b>	<b>45</b>
<b>4.4 A responsabilização no registro de informações .....</b>	<b>49</b>
<b>4.5 Condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde.....</b>	<b>51</b>
<b>4.6 O acolhimento, a humanização e satisfação do usuário diante da atenção à saúde apresentada .....</b>	<b>55</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre a qualidade em saúde começou no início do século vinte, nos Estados Unidos, pelo colégio Americano de Cirurgiões. Nessa época, iniciou-se a avaliação da qualidade do cuidado prestado aos pacientes que estavam hospitalizados. Na década de 1980, motivada por diversas razões, como custo elevado da assistência à saúde, um aumento dos erros e processos médicos, a exigência dos próprios usuários quanto à melhoria da assistência prestada e a necessidade de beneficiar as organizações do serviço de saúde, colocou-se a qualidade como matéria prioritária para essa área (AZEVEDO,1992; PADILHA, 2001).

É possível observar que a qualidade assumiu um papel multidimensional: de natureza objetiva e subjetiva: a qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável, sendo comum e quase que exclusivo observá-la pelo aspecto objetivo (UCHIMURA; BOSI, 2002). Tanto Lee e Jones (1933 apud UCHIMURA; BOSI, 2002) como Gatinara et al. (1995) e Vuori (1991) criaram componentes ao longo dos anos para defini-la. Componentes esses que surgiram a partir da necessidade de se realizar estudos da qualidade do cuidado médico, mas que em outros contextos, estes tais componentes não apresentaram a mesma relevância que no contexto dos serviços de atendimento direto.

A competência profissional, a satisfação do usuário, a acessibilidade (cultural, social, geográfica e econômica, remoção de obstáculos físicos e financeiros para a utilização dos serviços), a eficácia (normas adequadas e respeitadas pela equipe, tecnologia compatível com as necessidades, capacidade de produzir os efeitos desejados), a eficiência (relação dos efeitos realizados e o custo de produzi-lo), fazem parte dos componentes citados para estudos da qualidade.

Esses dois últimos itens também citados por Vuori (1991) acrescentam-se ao conjunto de outros componentes importantes, como dimensões da qualidade desejável, a efetividade (a relação entre o impacto real com o impacto potencial), a equidade, adequação, a aceitação (fornecimento de serviços de acordo com as expectativas culturais, sociais dos usuários) e a qualidade técnico-científica (conhecimento e tecnologia aplicados).

Entretanto, sendo a qualidade observada no campo da subjetividade, esta habita num espaço das experiências, das emoções e dos sentimentos, o que não convém quantificar,

uma vez que se expressa singularidade. Busca-se nesse contexto “apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviços, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos” (UCHIMURA; BOSI, 2002, p. 1565). Portanto, observando a qualidade por essa ótica é possível caracterizar estudos de avaliação qualitativa de programas.

Mas autores defendem que qualidade não pode ser vista de “uma ótica que se distancie da busca exclusiva pela objetividade [...]” que “acaba por configurar um conflito com os pressupostos teóricos que fundamentam a perspectiva clássica de cientificidade” Demo (apud UCHIMURA; BOSI, 2002, p. 1565).

Donabedian (1990, apud UCHIMURA; BOSI, 2002) publica elementos que sugerem a importância do contexto subjetivo para analisar a qualidade, mas enfatizando também que isso não implique em uma ruptura com os elementos objetivos.

Mas a idéia de desvendar a qualidade do ponto de vista da subjetividade se apresenta inadiável, porque remete a um terreno pouco explorado, principalmente quando se trata da qualidade de programas e serviços, quiçá da atenção à saúde de um modo mais amplo. Essa modalidade de investigação considera a participação de atores envolvidos na saúde e está alicerçada na busca do sentido dos fenômenos, levando em consideração a sua riqueza e profundidade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Essa posição deixa mais confortável a pesquisa qualitativa e avaliativa quando se trata das questões de saúde, principalmente por se tratar de um campo que a todo tempo remete-se às questões humanas e, portanto, subjetivas.

Quando o contexto referente à qualidade restringe-se a atenção à saúde indígena ainda há muitas discussões a serem feitas e muito que se publicar.

Apesar da tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde indígena através da descentralização das ações de saúde, com a implantação dos Distritos Sanitários Especializados Indígenas (DSEI), há outros fatores que interferem na situação desse grupo populacional, como: a alta rotatividade de profissionais de saúde, a desarticulação com outros níveis de atenção do SUS, a irregularidade e falhas nas notificações de eventos vitais, insegurança alimentar e questões ligadas à terra indígenas (SANTOS et al., 2008).

Associado a esses fatores e dificultando as questões relacionadas à saúde do índio a taxa de mortalidade (TMG) e de desnutrição da população indígena é maior do que a média populacional de um modo em geral (RADIOBRÁS, 2008) e apesar de ter sido reduzida, observa-se que há uma estagnação desses valores, mesmo após a implantação dos Distritos Sanitários Especializados Indígenas (DSEI), o que se faz preocupante e desafiador (SANTOS et al, 2008).

Esses Distritos Sanitários Especializados Indígenas funcionam através de uma rede de serviços dentro do seu território, que deve funcionar integral e hierarquicamente, articulada com o SUS a partir de suas complexidades (SANTOS et al, 2008).

Organiza-se com o objetivo de descentralizar as ações através de unidades básicas de saúde nas aldeias, pólo-base como referência para um conjunto de aldeias, e casa do índio (abriga indígenas em locais fora das aldeias no período do tratamento). É financiado majoritariamente pelo Ministério da Saúde e estão atualmente sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (SANTOS et al., 2008).

Diante das dificuldades apresentadas e vivenciadas pelo índio brasileiro é indispensável à adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e adequação da capacidade do Sistema de Saúde Indígena neste país, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Justifica-se a existência desse trabalho caracterizando-o como importante, visto que a saúde indígena é um campo da saúde pública pouco estudado, e, tratar então com elementos importantes, que retratem a qualidade da atenção à saúde específico dos indígenas e que dê ênfase às particularidades indígenas, subsidiando organizações ligadas a esse grupo populacional são mais escassos ainda.

Além de serem insuficientes os dados e informações divulgados sobre os serviços de saúde indígena. Pouco se conhece sobre o perfil epidemiológico desse grupo populacional devido à exigüidade de investigações, dos poucos inquéritos e censos realizados, assim como da precariedade dos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade, que dispõe somente de dados parciais. Portanto, diante da dinâmica que vem sendo apresentada, no que

se refere às condições de saúde dos índios, surgiu à necessidade e uma preocupação em realizar esse estudo que teve como pergunta norteadora:

Quais os atributos da qualidade da atenção a saúde que podem contribuir para a avaliação da atenção à saúde indígena?

Ainda assim se propõe a ser, este trabalho uma revisão bibliográfica, que propôs uma avaliação da qualidade da atenção à saúde indígena a partir dos estudos publicados nas bases da SCIELO/Biblioteca Virtual, a fim de aprofundar melhor sobre a qualidade da atenção à saúde indígena, retratando essa atenção à saúde, visto que informações e principalmente publicações sobre questões indígenas ainda são muito escassas.

Foi dividido em capítulos: o primeiro remete a caracteriza a saúde indígena no Brasil, o segundo capítulo a qualidade da atenção a saúde, o terceiro capítulo foi destinado às considerações finais. Diante dessa construção este estudo demonstra a sua importância e contribuição para novas pesquisas, objetivando:

## **OBJETIVO GERAL**

Desenvolver uma revisão da literatura brasileira sobre qualidade da atenção à saúde identificando os atributos relevantes à avaliação da atenção à saúde indígena.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever a atenção à saúde indígena no Brasil;
- b) Identificar os aspectos relacionados à qualidade da atenção à saúde, importantes para a avaliação da qualidade da atenção à saúde indígena.

## 2 METODOLOGIA

O estudo é do tipo qualitativo, descritivo, que visa proporcionar uma imagem fiel dos significados das ações e pessoas Navarrete et al. (2006). Tratou-se de uma revisão bibliográfica por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados.

Este trabalho foi realizado através da análise de artigos que foram publicados entre os anos de 2005 e 2009, por se tratar de um período mais recente, na base de dados do SCIELO/Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na amostra foram selecionadas publicações que estiveram dentro do tema e período proposto, que foram divulgados na íntegra e se apresentaram formulados no idioma português.

Os critérios para inclusão da amostra representativa foram bem distintos: realizou-se um corte histórico para delimitar o número de dados do estudo, foram selecionados os artigos a partir das datas de publicação dentro do período proposto e realizado uma nova seleção a partir dos descritores eleitos para delimitar a revisão.

O estudo seguiu as etapas sugeridas por Papaléo-Neto (1996):

- a) Leitura exploratória momento de reconhecer artigos que interessam à pesquisa de acordo com o tema proposto;
- b) Leitura eletiva é o momento da escolha do material que realmente será útil para a pesquisa;
- c) Leitura analítica, analisando os textos selecionados, acrescentando e desprezando outros quando necessário.
- d) Leitura interpretativa, que confere resultados mais consistentes a leitura analítica.

A técnica utilizada foi à busca nas bibliografias indexadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) após consulta às terminologias em saúde utilizadas na base de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Bireme, on-line, no Brasil.

Utilizou-se para busca os seguintes descritores: Atenção à saúde, Qualidade da atenção, Saúde e qualidade da atenção à saúde indígena, mas só foi possível encontrar um artigo que não estava dentro do perfil dos critérios de inclusão.

Nesse primeiro momento foram levantados 1499 artigos e, posteriormente, 330 numa leitura exploratória, observando os temas propostos nos títulos e resumos dos mesmos.

Excluídos simultaneamente os que não se encontravam disponíveis na íntegra ou totalmente indisponíveis, os que seus artigos foram publicados em outras línguas que não o Português, ou que não tinham sido divulgados na revista on-line SCIELO.

Através de uma leitura analítica, foi feita uma nova seleção, os quais permaneceram no estudo 330 artigos científicos.

Numa leitura eletiva dentre estes foram selecionados 130 artigos que estavam mais direcionados ao tema proposto.

Analisando com maior profundidade os artigos, fazendo uma leitura dinâmica do que eles se propunham e como poderiam contribuir com o tema do trabalho em questão selecionou-se 99 artigos científicos relacionados a qualidade da atenção à saúde no período proposto.

Após identificar, as publicações foram agrupadas pela temática e enfoque. Sendo elas então: artigos sobre saúde indígena; atenção a saúde, qualidade, 2005-2009; avaliação; gestão da qualidade total, Brasil, 2005-2009.

Os dados foram analisados qualitativamente, sendo agrupados de acordo com as categorias propostas a partir das leituras dos artigos selecionados.

Entretanto quando a pesquisa direcionou para a atenção à saúde indígena, por não haver tantas publicações referentes a o tema proposto, foi feito um levantamento documental, levando sempre em consideração os documentos oficiais que estivesse dentro do tema proposto e, portanto foram utilizadas informações do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e artigos e textos encontrados a respeito da saúde indígena, dentro do período delimitado para o estudo.

DOCUMENTOS DO CEBRAP
Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial (Revisado)
Modelo de Atenção

QUADRO 1 Documentos do Centro Brasileiro de Análise e Planejamntos (CEBRAP) utilizados no estudo sobre Saúde Indígena

Quanto às categorias relacionadas às questões indígenas e a qualidade da atenção à saúde, descritas no trabalho, estão no quadro temático demonstrado em seguida. Foram levantados e escolhidos os atributos relevantes para a qualidade da atenção à saúde indígena a partir das leituras realizadas no copus da pesquisa.

CATEGORIAS	QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE	SAÚDE INDÍGENA
	Equidade em saúde	Condições sócio-demográficas dos povos indígenas
	Integralidade como Atributo na Qualidade da Atenção à Saúde	Processo Histórico da Atenção à Saúde Indígena
	Papel do Profissional de Saúde	O Modelo Indígena de Atenção à Saúde
	Responsabilização no Registro de Informações	
	Condições Estruturais e Organizacionais dos Serviços de Saúde	
	Acolhimento e Humanização na Atenção à Saúde	
	Satisfação do Usuário	

QUADRO 2 Categorias, relacionadas à qualidade da atenção a saúde e saúde indígena, escolhidas a partir dos artigos analisados

### **3 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E AS CONDIÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL**

No mundo existem entre 257 e 350 milhões de indígenas. Na América Latina há mais de 400 povos indígenas, representando 10% da população da região, com taxas de mortalidade 3 a 4 vezes superiores às médias nacionais, inclusive com elevados índices de doenças infecto-contagiosas. No Brasil existem atualmente cerca de 400 mil a 735 mil indígenas (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c).

São povos culturalmente diferenciados da sociedade civil e também entre si no que se referem às questões religiosas, de subsistência, de comunicação, suas organizações sociais. As políticas indigenistas que historicamente foram implementadas pelo Estado brasileiro dizem respeito a um poderoso discurso “assimilacionista”, onde os povos indígenas com o passar dos anos iriam desaparecer e congregar-se à sociedade civil brasileira, infundindo a cultura, política e organização social desta (SANTOS et al., 2008, p. 1035 - 1036).

Esse discurso não se efetivou e o que se observou foram mudanças nas bases ideológicas e políticas públicas direcionadas aos indígenas a partir dos anos 80, com a Constituição Federal de 1988 (SANTOS et al., 2008).

Esta apresenta um capítulo específico sobre os povos indígenas, entretanto, atualmente é possível ainda vivenciar as lutas constantes dos índios pela reapropriação de terras, recuperação da sua identidade, ainda que sob ameaça (LAVOR, 2009).

Essas alterações de desestruturação demográfica e sociocultural aconteceram desde o século XVI, com a chegada dos Europeus e se estendem até hoje com os jogos políticos e sociais.

Em se tratando do crescimento populacional indígena da América Latina, este se encontra em processo de acelerado crescimento da população, o que difere da população mundial, em que a grande maioria, está com parâmetros de baixa fecundidade e baixos níveis de mortalidade, passando pela chamada transição demográfica (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c).

Os poucos estudos analíticos que existem, ainda segundo este autor, são de bases não governamentais e apontam que esse é um fenômeno de recuperação da demografia, após um período de perdas da população ocorrido por contato com a sociedade não indígena, e, portanto, há um aumento da fecundidade acompanhada também pela elevação da mortalidade geral, demonstrando que há uma média de 6 a 7 filhos por mulher indígena e os níveis de mortalidade infantil em torno de 80 por mil nascidos vivos (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c).

Os índios ainda enfrentam graves desafios que interferem na sua qualidade de vida e conseqüentemente, na sua saúde: as dispersões de pequenos grupos dessa população, a privação das terras e disputa pela sua demarcação ou pela sua ampliação, as mudanças ecológicas e culturais, sendo estas muito preocupantes, visto que o contato com a sociedade traz adaptação de novos hábitos de vida, que quase sempre estão acompanhados de conseqüências drásticas como a fome e epidemias do homem não índio. A distância geográfica torna-se às vezes impeditiva para o acesso aos serviços saúde (KUNITZ, 1993; YOUNG, 1988 apud HOKERBERG; DULCHIADE; BARCELLOS, 2001), interrompendo a continuidade dos atendimentos e tratamentos permitindo que doenças antes controladas ou inexistentes retornassem fortemente (INSTITUTO de SAÚDE AMBIENTAL, 2009).

### **3.1 Condições de Saúde Indígena**

O índio, de uma maneira geral, tem formas muito singulares de cuidar das doenças, da cura e da prevenção dos agravos apresentados na suas comunidades (VERANI, 2010).

E foi por meio da colonização européia, das terras indígenas brasileiras, que foram introduzidos nas etnias novos agravos de saúde e que tinham etiologias desconhecidas para os índios e provocaram a morte de muitos deles (SOUZA et al., 1994, apud VERANI, 2010).

A saúde dos povos indígenas vem sofrendo grandes alterações, desde o seu perfil epidemiológico, até o modelo de atenção à saúde. As doenças infecto-contagiosas ocupam um lugar de destaque na história dos indígenas e persistem como as principais causas de morte e de doenças nesse grupo (SANTOS; COIMBRA, 2003 apud SANTOS, 2008).

Mas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também têm se expandido com grande rapidez, como apontam algumas pesquisas já realizadas, e a sua maior detecção de caso por DCNT se deve aos novos estilos e hábitos de vida dos indígenas que associam os seus hábitos com os do homem não índio. Além disso, as causas externas estão determinando a morbidade e mortalidade indígena (SANTOS; COIMBRA, 2003 apud SANTOS, 2008).

Diarréia e infecção respiratória são as principais causas de morte entre crianças indígenas menores de cinco anos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003 e 2006).

As transformações que os povos indígenas têm vivido perpassam por alterações sócio-econômicas e culturais e tem impactado na situação de saúde, principalmente pelo contato com a sociedade não indígena (COSTA et al., 2006). Além dessas alterações, outras como as mudanças demográficas, culturais e ambientais (COIMBRA et al., apud COSTA, 2006) têm orientado a transição epidemiológica que vivenciam os índios brasileiros (presença e causa morte por doenças infecciosas e parasitárias, associadas a doenças crônico-não-transmissíveis).

Além desse processo de transição epidemiológica, os dados relativos ao perfil epidemiológico desse grupo populacional não são fiéis, pois há um elevado número de óbitos sub-notificados ou indexados com causas mal definidas e sub-registro de nascido-vivos, o que prejudica a capacidade de resolver os problemas e direcionar as ações de saúde a partir das necessidades dessa população (SANTOS et al., 2008).

Não é difícil deduzir o que acontece nas aldeias que têm acesso aos serviços de saúde restritos, devido às condições geográficas, como os que ficam em meio a rios tendo acesso somente através de barco ou avião (PLATONOW, 2006).

O espaço territorial indígena está diretamente relacionado com as questões de saúde: os povos que vivem em espaço territorial imenso e contínuo têm mais chance de ter melhores e maiores condições de garantir a segurança nutricional do seu grupo e condições de saneamento mais adequadas (SHANKLAND, 2009). Entretanto estão mais sujeitos a terem menor acessibilidade aos serviços de saúde devido ao seu isolamento geográfico (BRASIL, 2005).

Em se tratando de grupos indígenas localizados em terras pequenas, demarcadas nas proximidades dos grandes centros urbanos, eles convivem com o esgotamento dos seus

recursos naturais, prejudicando a sua segurança alimentar, vivendo em condições sanitárias precárias, prejudicando a sua base de subsistência e contribuindo para o crescimento do número de pessoas doentes (BRASIL, 2005).

É consenso, inclusive pela Constituição Federal, que as terras indígenas são utilizadas por eles para suas atividades produtivas e que é imprescindível a preservação dos recursos ambientais, que são fontes de bem-estar necessário para sua reprodução física e cultural, respeitando seus costumes e tradição (BRASIL, 2005).

Mas o que acontece na prática são grupos indígenas que sofrem com a expropriação de terras, com as conquistas, perdas e reconquistas de terras, na difícil missão de se organizar politicamente, lutar pelo seu espaço territorial e manter sua identidade cultural.

Em conjunto com os problemas territoriais enfrentado pelos indígenas, a degradação ambiental que interfere diretamente na saúde destes, permite que o acesso dos índios aos alimentos permaneça insustentável, (SANTOS et al., 2003 apud COSTA et al., 2006), tornando comum entre eles, principalmente àqueles que exercem atividades remuneradas fora da aldeia, a prevalência de obesidade. E, os diferentes perfis nutricionais distintos, contribuíram com as formas dessas comunidades se relacionarem tanto nas questões sociais e políticas quanto as econômicas (GUGELMIN et al., apud COSTA et al., 2006).

As condições nutricionais vêm se discutindo amplamente, e mais de um quarto das crianças menores de cinco anos sofrem de desnutrição. Associado a isso o saneamento e habitação inadequados (disponibilizando água e alimentos impróprios e contaminados), bem como uma cobertura ineficaz de saúde e uma baixa qualidade dos serviços, interagem para o agravamento das condições, não somente nutricionais, mas das condições de saúde, e se tornam responsáveis pelas mortes de crianças, por diarreia e desidratação. Essas causas de mortes demonstram a falta de atenção pública (PLATONOW, 2006; SILVA, 2008), sendo vista como um problema de qualidade técnico-científica do cuidado, da acessibilidade ao serviço de atenção básica de saúde (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004).

Há protesto de diversas etnias relatando situações de abandono e descaso da saúde desse grupo populacional: as mortes em crianças por desnutrição, “o alto índice de vítimas fatais causados por acidentes ofídicos” (INSTITUTO DE SAÚDE AMBIENTAL, 2006), a epidemias de doenças sexualmente transmissíveis, da incidência de doenças como a malária, a

tuberculose são exemplos de como se encontra a saúde indígena no Brasil, que tem avançado sobre as diversas etnias de diferentes regiões do país.

Esse quadro já havia sido constatado em 1952 depois de uma expedição realizada por Noel Nutels em diversas aldeias, inclusive do Alto Xingu e da Ilha Bananal, como infere (COIMBRA JUNIOR et al., 2002 apud SANTOS, 2008), onde se observou grande número de tuberculose circulando entre eles e as más condições de vida e saúde que viviam.

### **3.2 Históricos da Atenção à Saúde Indígena no Brasil**

A Saúde indígena é caracterizada por um cenário de disparidades entre povos indígenas e sociedade civil no que se refere aos indicadores das condições de vida. Essa composição sofreu influência do “processo histórico de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país” (SANTOS et al., 2008, p. 1039).

Somente em 1918 é que se deu início à atenção à saúde indígena a nível nacional, quando foi criado um órgão específico para tratar de questões direcionadas ao índio chamado de Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que era um meio de oferecer uma política oficial de “pacificação” e “assistencial”. Assumindo uma posição tutelar em relação aos povos indígenas que dependia completamente do assistencialismo catequético, ou do uso da medicina tradicional, sem levar em consideração as singulares questões culturais e que norteou a criação do SPI. As tentativas de oferecer serviços sistemáticos de saúde para esse grupo populacional, só aconteceram depois de muitas décadas (SANTOS, 2008).

Na metade do século XX havia a atuação dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e, posteriormente, a partir da experiência de Noel Nutels com a expedição Roncador-Xingu implantou com o “Correio Aéreo Nacional (CAN), um modelo de assistência aérea, levando equipes volantes para área de difícil acesso, onde se localizavam as populações indígenas, estendendo, no entanto, essa assistência curativa e preventiva à população envolvente” (VERANI, 2010 p. 2).

Em seguida as atividades relacionadas à saúde do índio no Ministério da Saúde foram vinculadas às Unidades de Atendimento Especiais (UAE) e por fim ao programa de

Controle da Tuberculose (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c).

Em 1967 o SPI foi extinto e deu lugar a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que organizou a assistência à saúde, através de equipes volantes (EVS) composta por médico, enfermeiro, dentistas e técnico de laboratório, estas equipes foram instaladas em pontos estratégicos do país, vinculadas a FUNAI, assim chamada para sugerir a idéia de velocidade e mobilidade. Desenvolviam ações emergenciais de combate às epidemias e recebiam apoio do Ministério da Saúde quando se tratava das doenças endêmicas (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c; SANTOS et al., 2008; VERANI, 2010).

Tinham como referências especializadas, o suporte dos centros urbanos, que abrigava os índios que estavam recebendo tratamento em trânsito, como relata. Contudo a falta de uma política de recursos humanos, a ingerência política e administrativa, a falta de estrutura organizacional, o abandono no investimento de formação de pessoal para entender e respeita as diferenças culturais dos índios e as progressivas recessões dos recursos financeiros foram tornando esta atividade cada vez mais inviável até ser paralisada (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c; SANTOS et al., 2008; VERANI, 2010).

A partir de meados da década de 80, em conjunto com outros movimentos da época, houve mobilizações dos indígenas, indigenistas e sanitaristas em prol de um novo sistema de saúde que resultou na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio, denominada, segundo Verani (2010), Proteção à Saúde do Índio.

Dentre as propostas levantadas, destacou-se que as necessidades de saúde estivessem sob a responsabilidade do mesmo órgão gestor do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso aconteceu após avaliação das dificuldades encontradas pela FUNAI para realização das suas atividades de proteção da terra, da auto-sustentação, da educação e da saúde como necessidades indígenas.

A Constituição de 1988 trouxe novas idéias e o reconhecimento aos direitos de saúde universais, que podem ser vistos no artigo 198. Mas apesar de assegurar os direitos a terra, a organização social e cultural indígena e de sua comunidade (BRASIL, 2005, Art. 231, 232) não estabelecia como esse sistema, que tinha proposta universal, iria integrar a saúde da população indígena a esse SUS teoricamente civil (VERANI, 2010).

Foi evidenciando-se ao longo do tempo a idéia de que a população indígena necessitava de uma estrutura específica para atender aos seus problemas, principalmente às questões relacionadas à saúde, pois era importante considerar fatores culturais e operacionais como áreas de difícil acesso e com histórico de economia predatória; fatores epidemiológicos como a falta de “memória imunológica” e fatores políticos como a discriminação social, considerando os índios “selvagens e preguiçosos” como muitas vezes atualmente são denominados pela sociedade civil (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c, p.54).

Desde 1999, quando foi implantado a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena através da Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999- Lei Arouca, o Ministério da Saúde tem o papel de assumir a responsabilidade e conduzir a assistência desse grupo populacional, sob o intermédio da FUNASA, este órgão possui os DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) que são unidades organizacionais da FUNASA e se tornaram um grande desafio do modelo em saúde e tinha a proposta de trazer uma atenção à saúde diferenciada (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

O DSEI é um espaço étnico e cultural, além de ser dinâmico é bem delimitado geograficamente e administrativamente do ponto de vista teórico. Não respeita limites dos Estados, mas sim respeitando as divisões culturais e de terras indígenas (que perpassam por diversos deles). Têm a função de reordenar a rede de saúde, desempenhar um papel de responsabilidade sanitária, desenvolver atividades administrativo-gerenciais e promover ações de atenção básica de saúde, com equipe mínima e necessária para executar essas ações, sob o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, com total integração com o SUS e utilizando de uma abordagem diferenciada e global (CHAVES, 2006; FUNASA, 2008; LIMA, 2009).

Entretanto em 1999 a FUNASA viabilizou um modelo de atenção terceirizado, onde as ações de saúde que seriam prestados pelo SUS em áreas indígenas passariam a ser ofertados pelo setor privado, que assumiria a responsabilidade sendo subsidiada pelo Estado (GARNELO; SAMPAIO, 2005). Dessa maneira o Estado atribui à iniciativa privada

obrigações e atribuições que até então lhes pertencia e fazia parte da sua responsabilidade junto à sociedade (ABRÚCIO, 2006).

Essa pactuação entre governo e entidades privadas vem acontecendo na região norte. Faz parte de um contexto maior de delegação do poder público com o fortalecimento de um governo extremamente neoliberal e que acompanha essa descentralização a nível mundial (CAMARGO, 1998).

### **3.3 O Modelo Indígena de Atenção à Saúde Vigente**

O modelo assistencial indígena se organiza, segundo a Fundação Nacional de Saúde (2008), da seguinte forma: cada distrito organiza sua rede de atenção à saúde dentro do seu território, de forma integrada e hierarquizada, observando sempre a complexidade da assistência que deve ser crescente e de acordo com os princípios organizativos e doutrinários do SUS. Diante destes princípios e considerações, as redes de saúde indígena têm como porta de entrada os postos de saúde localizados nas aldeias.

Nessas unidades de saúde há Agentes Indígenas de Saúde (AIS), estes são responsáveis pelo acompanhamento das crianças, dos casos de doença mais frequentes, dos pacientes crônicos, do acompanhamento da situação vacinal, dos primeiros socorros, das doenças de maior prevalência e dos tratamentos de longa duração.

Teoricamente, destes postos de saúde as comunidades seguem para os pólos-base, que são considerados a primeira referência dos AIS. Esses pólos podem se localizar dentro de uma comunidade indígena, como também em municípios de referências, atendendo a um conjunto de aldeias. O que não é possível solucionar ao nível de pólo-base é encaminhado para as unidades hospitalares de médio, pequeno ou grande porte ou também serviços especializados, levando em consideração o nível de complexidade do problema de saúde, da realidade local e do sistema de referência e contra-referência que estão vinculados.

As Casas de Saúde do Índio, que de acordo com Chaves (2006) e confirmado pela Fundação Nacional de Saúde (2008) também integram a rede de referência do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI), tendo com função abrigar e cuidar dos índios e de seus acompanhantes, durante todo o período de tratamento que necessite dos serviços de

referência fora das aldeias. Essas casas ficam localizadas nos municípios de referências ou nas capitais dos estados. Elas não têm como função promover ações médico-assistenciais e sim de agendar atendimentos especializados, dar apoio e continuidade ao tratamento já instaurado, até que o índio esteja reabilitado e em condições de retornar a aldeia.

Quanto à hierarquização e regionalização dos serviços de saúde propostos pelo Ministério da Saúde e FUNASA, definido e destinados aos índios podem ser bem entendidos na figura 01 a seguir.



Figura 01: Organização do DSEI e Modelo Assistencial  
Fonte: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (2008)

Com relação aos recursos humanos Brasil (2007) define que a composição da equipe multidisciplinar direcionada a atenção básica de saúde do índio dar-se-á a partir dos núcleos básicos e distritais de atenção à saúde indígena, priorizando a situação epidemiológica, as necessidades de saúde, as características geográficas, o acesso e o nível organizacional dos serviços de saúde e principalmente levando em consideração a singularidade deste processo, a especificidade étnica e cultural de cada população indígena, mas tendo o dever de atuar de

forma articulada e integrada aos demais serviços de saúde, estabelecendo um território e uma população adscrita.

O núcleo básico de atenção à saúde indígena responde pelas ações básicas e se compõe profissionalmente por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento (BRASIL, 2007).

O núcleo distrital de atenção a saúde indígena responsabiliza-se pelas ações de atenção integral dos índios e funciona com os profissionais que atuam de forma positiva na saúde indígena, tendo em vista as necessidades específicas dessa população. Em se tratando de recursos financeiros para a saúde do índio, em 17 de outubro de 2007, foi regulamentado os incentivos à atenção básica e especializada da saúde indígena, através da portaria nº 2.656, com o objetivo de estabelecer mecanismos de controle para os repasses financeiros à prefeitura e ao estado a fim de “pactuarem o atendimento aos índios, fortalecendo o controle social sobre os benefícios e os gastos” (BRASIL, 2007, pg. 5).

O Ministério da Saúde expõe através daquela portaria mudanças no sistema de saúde dos povos indígenas, inferindo que o planejamento, a coordenação das ações e sua execução serão de responsabilidades da FUNASA e quanto ao controle dessas responsabilidades caberá aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS) a efetiva participação.

O desafio é construir algo que levem em consideração essas particularidades existentes entre as sociedades indígenas. A garantia da universalidade que é defendida encontra obstáculos sérios quando se trata de acesso geográfico e suas inúmeras barreiras, não somente geográfica, mas de meios de comunicação e transportes, por exemplo. A integralidade apesar de ser indissociável da universalidade e da equidade, corre o risco de ser resumida a um “subsistemas”, de atenção “simplificada” e não “diferenciada” (MALTA; SANTOS, 2003 apud CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009 d, p. 17).

A Fundação Nacional de Saúde (2008) acredita que esse modelo de organização atuando de forma hierarquizada e com garantias de recursos financeiros, evitará grande parte de problemas de saúde vivenciados pelos indígenas, evitando evoluções de doenças imunopreveníveis, principalmente em crianças entre 0 e 5 anos.

Entretanto, não depende somente de questões hierárquicas, mas o financiamento da saúde indígena deve está muito bem definido. Portanto, nas relações hierárquicas do governo federal com os estados e municípios houve uma evolução quanto as questões de repasse dos recursos e onde a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da gestão plena e básica da atenção, através de transferências de recursos fundo-a-fundo, substituíram os convênios (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

Isso contribui para tornar ágil o financiamento e possa garanti que as ações e serviços de saúde da população indígena sejam executados.

No Amazonas, como exemplo do acontece no Brasil, mesmo com a terceirização de ações de saúde o modelo de atenção vigente ainda continua a gerar alta rotatividade de profissionais de saúde, descontinuidade das ações e serviços, pulverização das colaborações interdistritais, desarticulação dos serviços de referência municipal e estadual (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

O modelo de atenção à saúde indígena ainda enfrenta grandes desafios para alcançar a tão esperada integralidade e equidade, principalmente quando se trata da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da integralidade das ações e do modelo de atenção à saúde que se propõe a enfrentar uma diversidade e ao mesmo tempo, singularidade de situações vivenciadas por milhares de comunidades indígenas espalhadas pelo Brasil (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009 d, p.14).

Esse modelo está orientado para a superação dos problemas e atendimento às necessidades de saúde do índio. Inferindo sobre esse modelo, é possível correlacioná-lo com as relações comunitárias indígenas e a sociedade civil e suas implicações na manutenção de lacunas existentes em alguns princípios que deveriam orientar a promoção, proteção e atenção da saúde indígena, especialmente falando da universalidade e da equidade (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009 d).

As ações de saúde que dão vida a esse modelo devem ser organizadas para enfrentar os problemas que surgem ao nível de território e esses devem se tornar parâmetros para orientar as práticas sanitárias, de uma forma contínua, in lócus, mas também se dirigindo a intervenções pontuais, singulares.

A vigilância em saúde abrange isso quando segundo o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2009 d) considera como território além de uma extensão geográfica, um espaço onde habitam grupos populacionais semelhantes no que se refere a um contexto social, de condições de subsistência, de renda, habitação, de acesso à educação, enfim, de um saber próprio e característico, associado ao seu meio ambiente, sua cultura e crenças e de suas concepções sobre saúde e doença.

O modelo de atenção do ponto de vista de vigilância em saúde (PAIM, 2002 apud CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009 d, p.15) enfoca as relações da população e equipe de saúde, atua sobre os danos, riscos, problemas, necessidades e determinantes do modo de vida e saúde. Tem como meios de trabalho a tecnologia, a comunicação social, o planejamento, a programação local de acordo com a situacional, médica e sanitária. Organiza-se sob as políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais, intervenções como prevenção, promoção e reabilitação da saúde, atuam sobre os problemas da população e de grupos populacionais.

Mas os índios têm uma forte resistência a tudo que é proposto no que se refere à municipalização de ações, inclusive quando se trata das questões de saúde, isso por existir tantos conflitos, discriminações e marginalizações perante a sociedade civil que são agravadas pelos conflitos entre esse grupo populacional e os interesses econômico da sociedade local (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c).

Os problemas na saúde indígena devem-se também à centralização dos recursos na FUNASA e pouca cooperação entre estes entes do governo e as lideranças dos índios (AMBIENTE BRASIL, 2008).

Ambiente Brasil (2008) reforça essa idéia informando que recentemente o atual ministro da saúde, declarou que o tratamento oferecido aos indígenas pela FUNASA é inadequado e pensa na possibilidade da atenção primária à saúde indígena passe a ser administrada pelo Ministério da Saúde através de uma nova secretaria.

#### **4. ATRIBUTOS DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE, IMPORTANTES PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**

Preocupações relacionadas à qualidade tiveram início a partir do desenvolvimento industrial, inicialmente com os pensadores norte-americanos, e, seu ápice se deu no pós-guerra com os japoneses. Crosby, Deming, Juran, Ishikawa e Taguchi foram teóricos da qualidade, estes desenvolveram concepções e trouxeram novos modelos a respeito da produção e serviços (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O movimento em prol da qualidade, incorporado na indústria nos anos 50, foi sendo aos poucos absorvido pela área da saúde nas décadas seguintes (MEZOMO, 1994 apud D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p.84), adotando um enfoque singular diferente do que era utilizado para outros produtos e serviços (SERAPIONI, 1999). Esse movimento intensifica, tornando-se um fenômeno mundial, um requisito indispensável no mundo capitalista e globalizado, assumindo um caráter de responsabilidade social e ética, como consequência da conscientização da sociedade contemporânea (EDITORIAL, 1993 apud ADAMI et al., 1995, p. 47).

Com toda mobilização que atualmente acontece ainda se encontram dificuldades para se conceituar a qualidade da assistência médica. Por isso conceitos fundamentados há mais de 70 anos e que se sustentam até hoje são utilizados.

“[...]fundamentação científica da prática médica; ênfase a prevenção; cooperação entre consumidores e prestadores de serviços; tratamento integral do indivíduo; relação estreita e contínua entre o médico e o paciente; serviços médicos integrais e coordenados; coordenação entre assistência médica e serviços sociais e acessibilidade da assistência a toda população[...]” (LEE; JONES, 1933 apud ADAMI et al., 1995, p. 49).

Donabedian ainda propôs como uma abordagem da avaliação em saúde, estruturas, processo e resultados. Correspondendo a estrutura como recursos importantes para o processo da assistência, como área física, recursos humanos (no que se refere à qualidade e quantidade disponível), materiais e financeiros, sistemas de informação e normas técnico-administrativas. Em se tratando do processo é inferido que são as atividades relacionadas à utilização dos recursos, que inclui os problemas levantados, o diagnóstico e os cuidados prestados. E por fim o componente resultados que correspondem as consequências das atividades dos serviços ou

dos profissionais envolvidos com a questão da saúde, visando à melhoria da saúde, da resolução do problema de saúde e do cuidado prestado (ADAMI et al., 1995, p. 50; DONABEDIAN, 1992 apud D'INNOZENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85).

Entre as décadas de 70 e 80, estudos foram direcionados ao controle da qualidade e a satisfação do cliente, e, não se limitava somente ao custo das atividades na área da saúde. Esses estudos assumiram uma vertente com visão antropológica e social, que incluiu os indivíduos e o grupo deles como base para avaliação dos serviços de saúde, sendo o eixo principal a acessibilidade da clientela, da utilização e da satisfação a esses serviços. Essa vertente é o elemento subjetivo relacionado à avaliação da qualidade em saúde. Por outro lado os elementos objetivos se relacionam com o produto e os componentes físicos, aceitabilidade, a adequação do processo, diagnóstico e terapia e comportamento de profissionais de saúde perante os usuários (EIGLER; LANGEARD, 1988 apud SERAPIONE, 1999; REIS et al., 1990 apud ADAMI et al., 1995; SERAPIONE, 1999).

As necessidades de redução das despesas públicas em conjunto com a crise fiscal do estado fizeram com que aumentasse o interesse pela qualidade e pelas investigações sobre “modalidades mais eficientes e eficazes na utilização dos recursos”, sobretudo nos últimos dez anos (CAMACHO, 1998 apud GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002, p. 326).

“Atualmente, programas de qualidade no setor saúde estão fortemente relacionados ao crescimento dos custos da assistência hospitalar, quando comparados ao gasto total em saúde” (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002, p. 326). Essa idéia é expressa também por Serapioni (1999) que ainda complementa informando que isso aumentou a necessidade de solicitar a participação do usuário na contribuição do pagamento de maneira total ou parcial nas prestações de serviços. Com isso, reconhece-se o usuário como figura importante, e suas queixas e procedimentos judiciais apresentados pela suas insatisfações, contribuiu para o crescimento da satisfação do cliente.

Portanto a agenda mundial que trata da reforma em saúde adota um conjunto de ações visando à redução dos custos na assistência numa perspectiva da atenção administrativa (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002). Uma dessas medidas é o estímulo à concorrência hospitalar, através de controle no repasse de recursos sob o total das faturas, da implementação

de programas qualidade, limitando procedimentos e desviar alguns custos para os usuários (COSTA, 1996 apud GURGEL JUNIOR, 2002).

Os hospitais privados suplementares, objetivando um melhor gerenciamento e uma melhor eficiência, estão fazendo uso de certificados proferidos por organizações internacionais para se diferenciar no mercado, demonstrando a importância da qualidade nestes serviços, como infere Gurgel Junior (2002). Esses programas de qualidade no setor saúde estão ligados ao crescimento do custo hospitalar, quando se compara o custo total da saúde.

As questões da qualidade relacionadas com as organizações hospitalares (como exemplo da área de saúde) têm características próprias, como exposto anteriormente. E por isso, apresenta dificuldades na implementação de programas de qualidade. Essas dificuldades são: as necessidades humanas independem dos custos, da produção e do valor de mercado; a concorrência não é um elemento forte neste segmento; o processo de trabalho não pode ser mecanicista, pois os sujeitos se comportam de maneiras distintas e subjetivas, além de em sua maioria não ter poder de informação e de entendimento quanto ao seu tratamento, dificultando a suas opções de consumo e por fim, as atividades são executadas por equipes multiprofissionais e com níveis educacionais, de formação diferenciada e com interesses distintos (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Quanto ao comportamento dos sujeitos citados acima, os usuários que utilizam as organizações privadas têm um poder de exigência maior, controla melhor a qualidade dos serviços e em caso de insatisfação recorrem a outros serviços, o que normalmente não ocorre com os usuários do setor público, visto que estes não têm outras opções e capacidade individual para alcançá-las (HIRSCHMAN, 1982; ZANI; SERAPIONI, 1989 apud SERAPIONI, 1999).

O que se vê na prática é uma insensibilidade dos serviços de saúde perante o usuário, e, seus funcionários são mais orientados quanto à organização do serviço, do que configurar a importância do usuário dentro dessas instituições. A sensibilidade destinada ao usuário é presenciada quando há uma relação paritária e esse cliente pode expressar os seus desejos e escolhas, sua preferência pessoal.

Conforme Araujo et al. (2008) a qualidade ainda apresenta-se de maneira abstrata e o que pode ser qualidade para uns, para outro não é. É uma preocupação permanente dos profissionais de saúde. Para esses autores a qualidade está diretamente relacionada à satisfação do usuário e dos profissionais e a oferta de uma atenção complexa valorizando o cuidado, o respeito aos sujeitos, de forma holística e humanizada eficiente, e equânime.

Mas ainda tenta-se definir a metodologia ideal para avaliar a qualidade dos serviços em saúde, “a padronização e a construção de indicadores específicos que possam traduzir todas as dimensões e os aspectos da qualidade” (SERAPIONI, 1999, p. 85).

Em busca de um futuro que alcance a melhoria do sistema de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde pública, torna-se necessário a implantação de programas relacionados com a avaliação dos serviços de saúde de maneira permanente e contínua, determinando os custos operacionais (ADAMI et al., 1995).

Embora existam imensas dificuldades entre os gestores em avaliar a qualidade da atenção à saúde, há uma unanimidade entre eles de que é importante escolher um sistema de avaliação e “indicadores de desempenho institucional” direcionados para dar suporte administrativo nos serviços e proporcionar a tomada de decisões adequadas e seguras. Esses indicadores auxiliam a verificação dos objetivos propostos e se estes foram alcançados ou não (ESCRIVÃO et al., 2004 apud D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85). São extremamente importantes para avaliar a qualidade. Proporcionam uma mensuração e monitoria, além de identificar as oportunidades de mudanças positivas dos serviços em relação ao que pode ser alcançado na qualidade, por um custo razoável (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 86).

Os Métodos mais utilizados para avaliação da qualidade da assistência à saúde são a acreditação, a auditoria, a observação e o método dos processos traçadores (ADAMI, et al., 1995, p. 50).

A acreditação faz uma avaliação dos recursos da instituição que tende a garantir a qualidade da assistência sob padrões pré-estabelecidos e aceitos. Deve-se dar ênfase a dados mais representativos da realidade, analisando e concluindo de maneira mais simples possível e eficaz. Ela é conferida pelo período de três anos, ou provisoriamente por um ano (PAGANINI; NOVAIS, 1992 apud ADAMI et al., 1995).

Em se tratando da auditoria é um método que vem crescendo no Brasil, mas que necessita de ajustes a realidade local. Um dos tipos de auditoria está relacionado com a área de enfermagem, que tem por base os padrões de assistência. É uma avaliação sistemática da qualidade dessa assistência, através de verificação das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes e da própria condição destes (PEREIRA, TAKAHASHI, 1991 apud ADAMI et al., 1995, p. 53). Portanto isso requer bons registros dos prontuários, padrões de assistência compartilhados com todos os envolvidos no processo da prestação de serviços e da qualidade da atenção e enfermeiros capacitados na aplicação dos mesmos.

Na observação pode se avaliar o processo da assistência desenvolvido pelo pessoal de enfermagem, considerando não somente as questões técnicas, mas relacional das unidades de saúde de um modo em geral. A primeira refere-se ao julgamento, conhecimento técnico e competência apropriada para a prática do cuidado e para a implementação do plano de ações. A segunda trata das relações interpessoais entre os profissionais de saúde e o paciente (DONABEDIAN, 1988 apud ADAMI, 1995, p. 52)

Os métodos dos processos traçadores são àqueles que visa avaliar a assistência médica a nível ambulatorial. Foi criado nos Estados Unidos (EUA) por Kessner, Kalk e Singer, dando importância aos resultados e efeitos, mas incorporando também estruturas e resultados (ADAMI et al., 1995, p. 52).

Entretanto, no setor hospitalar há uma resistência aos programas de avaliação da qualidade por parte dos médicos, profissionais esses que detêm o poder dentro das instituições de saúde, e que não concordam com a redução de custos e muito menos de avaliar o seu desempenho profissional no que tange a qualidade (GURGEL JUNIOR; VIANA 2002, p. 330).

Esses entraves acontecem porque os médicos temem a avaliação do seu trabalho, a perda da autonomia dos serviços prestados aos pacientes, além de existir o fator financeiro em questão, pois eles trabalham por produtividade e não têm interesse em demandar parte do seu tempo na execução do programa de avaliação da qualidade e muito menos dá ênfase a aspectos sociológicos, políticos e administrativos (GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 330).

Diante de dificuldades específicas e singulares encontradas no setor saúde, que envolve tanto características subjetivas citadas anteriormente por diversos autores, como a satisfação

do cliente, as necessidades declaradas ou não, comportamentos e relacionamentos de profissionais, pacientes, prestadores e gestores, acessibilidade, cuidados da saúde, humanização na assistência e tantas outras questões é considerado que a qualidade apesar de vir de gerações, (este tomou como referencial o século 20), e vir incorporando “novos elementos com a evolução das organizações e da sociedade” tem apresentado dificuldades ao tentar implementar programas de qualidade total, “mesmo sendo considerados por alguns teóricos um conjunto de técnicas universais, aplicáveis a qualquer tipo de organização” (GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 330), pois há realidades socioculturais distintas a partir de todas as organizações e há uma grande possibilidade de se gerar conflitos entre o que se entende como a técnica e os valores sociais.

E, no mundo contemporâneo, para que um hospital mantenha-se no mercado, seja ele público ou privado, em pleno funcionamento e proporcionando lucros, é preciso manter um programa de qualidade competente e que apresente como meta principal a satisfação dos usuários desse serviço (ARAUJO et al., 2008, p. 74).

Mas, a busca por “respostas prontas” e “soluções rápidas” tornam-se impeditivas uma análise profunda do contexto da “desconstrução técnica” e dos seus pressupostos, oferecendo oportunidade de comparar esses com os valores culturais e locais que subsidiem “possíveis adequações ao modelo que se quer implementar” (GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 331).

Os mesmos autores seqüenciam e levantam outras dimensões que devem ser levadas em consideração, como a questão da eficiência que se refere a uma dimensão econômica e que envolve a relação de custo-benefício. E em se tratando da saúde, as organizações públicas de uma forma em geral, que tratam diretamente com vidas “estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados” (GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 330).

Outra grande contribuição para os programas de qualidade não obterem sucesso é a falta de análise organizacional, sem uma visão mais ampla e profunda do ambiente a ser avaliado, além de adotar como metodologia a aplicação de manuais previamente estabelecidos e resumidos de avaliação de dimensões que buscam a excelência, associados à definição de metas e elaboração de planos de melhoria sem levar em consideração os valores e culturas

locais (BOUCKAERT, 1995; MISOCZKY; VIEIRA, 2001; RAGO, 1994; VIERIA et al., 2001 apud GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 331).

A última dimensão é a percepção da qualidade e o seu gerenciamento, que variam de acordo com a percepção do grupo dominante presente na arena política da instituição e que conduz sob os seus interesses corporativos.

Por outro lado, a satisfação do cliente, que é um dos elementos fundamentais para a aquisição da qualidade total, e, que é vista como fundamental por autores como Adami et al., (1995), Serapioni (1999) e os próprios Gurgel Junior e Viana (2002), e que apresenta também alguns problemas, como infere este último, como a relação que se dá entre o suposto cliente e as organizações prestadoras de serviços. Essa relação não se adéqua a uma relação mercantil, de cliente-consumidor, visto que para tal nomenclatura é necessário que este tenha o direito de escolha sobre o produto ou serviço oferecido e um contrato comercial entre quem está consumindo e quem está ofertando.

Portanto, este contrato, no que tange às organizações públicas como um hospital, por exemplo, tem um caráter social, fundamentado nas questões de cidadania, o que não o garante assumir um caráter mercantil, mesmo porque o negócio acordado no suposto contrato social é a vida das pessoas, o que descaracteriza e desconfigura as pessoas que necessitam de cuidados em saúde, como meros clientes.

Na saúde, os programas de qualidades enfatizam muito as questões relacionadas à área hospitalar, avaliando-os e “focalizando a infra-estruturas nos processos e resultados”, o que se restringe ao “diagnóstico e ao posicionamento das organizações com base em modelos referenciais” (GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 332).

Para a busca da qualidade nos serviços, a identificação do problema é o primeiro passo, mas apontá-los somente, não soluciona as questões que interferem no processo. É importante direcionar uma “metodologia gerencial para alcançar as soluções”, e levar em consideração as questões estruturais e as especificidades de organizações de saúde, tão singulares perante uns mercados capitalistas, competitivos e mercantilistas. Pois analisar a qualidade “sob a ótica da eficiência do mercado, tem focalizado apenas aspectos instrumentais e analisa de forma reduzida o ambiente institucional das organizações, sobretudo no setor público” (GURGEL JUNIOR; VIANA, 2002, p. 332).

Entretanto, esses autores inferem que as medidas dos programas de qualidade, utilizado em organizações de saúde, têm surtido pouco efeito sobre os custos no setor saúde, o que limita os programas nesse sentido, principalmente porque não observa o modelo de atenção como um todo.

E para aperfeiçoar a qualidade da atenção hospitalar é necessário que cada um participante no processo de melhoria da atenção à saúde, reconheça as suas deficiências e busque progressos nos seus atos, além de estabelecer ações organizadas para melhoria contínua da atenção hospitalar (ARAUJO et al., 2008, p. 78), ao ponto de acreditar que aquela instituição é capaz e é qualificada para receber os próprios entes dos profissionais de saúde inseridos nos serviços.

A atenção à saúde no Brasil reflete aspectos que são vistos claramente através da rede de serviços de saúde, dos prestadores de serviços e instituições organizativas, que fazem parte do processo de ofertar saúde com qualidade à população brasileira, além da tecnologia ofertada, os alcances e dificuldades de atendimento associada às necessidades da população. A atenção à saúde deve estar atenta a detectar as necessidades de médio e longo prazo a fim de garantir um desenvolvimento mais equânime (COHEN apud FIGUEIREDO; MELO, 2007).

A qualidade técnico-científica da atenção à saúde é classificada através de estudos sobre avaliação na saúde, da comparação entre ações realizadas e o que se preconiza como normas e procedimentos (D'ORSI et al., 2005, p. 648).

Entende-se, portanto que é interessante a avaliação da atenção à saúde no sentido macro do sistema de saúde a partir de experiências vivenciadas no cotidiano das ações, dos processos de trabalho, da responsabilização das ações, dos gestores, trabalhadores e usuários, dos registros de informações, da questão de equidade nos serviços de saúde, da integralidade e intersoriedade entre o setor saúde e diversas políticas públicas, das condições estruturais e organizacionais dos serviços ofertados, do acesso institucional e geográfico, do acolhimento e humanização na assistência, enfim, todas essas experiências aglutinadas fazem parte de um contexto amplo que respalda a avaliação da atenção como um todo, sendo essas situações verificadas em diversas partes do Brasil, demonstrando informações que atingem a uma visão mais global dos problemas, bem como aponta em alguns momentos as singularidades tão

intrínsecas e freqüentes no território brasileiro como são citadas no decorrer do trabalho diversas e distintas experiências.

Para buscar a qualidade nos cuidados prestados nos serviços de saúde à população, faz-se imprescindível, avaliar, esclarecendo o porquê, a finalidade, o caminho metodológico, deixando claras as medidas a serem tomadas para que a deficiência dê lugar a essa qualidade (ADAMI, 1995). Essa deve ser conquistada objetivando chegar a excelência na atenção, sem infringir direitos e garantias, proporcionando satisfação ao cliente e aos trabalhadores de saúde (ARAÚJO et al., 2008).

Entretanto, o cuidado em saúde tem interpretação pouco precisa. E tratar da qualidade do cuidado na saúde não é uma tarefa muito fácil. A compreensão dos seus conceitos depende de um conjunto de significados, “que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais” e nesse caso, a qualidade não pode ser julgada somente a partir de termos técnicos dos profissionais de saúde, mas observar as preferências individuais, sociais, garantindo a equidade (FEKETE, 2005, p. 51).

Os trabalhadores de saúde se manifestam na prática do cuidado, desde os mais simples até os mais complexos, a fim de proporcionar maior qualidade na atenção à saúde, de maneira digna e pessoal ao cliente (ARAUJO et al., 2008).

Diante de tantas observações a saúde precisa de novas possibilidades e a “reorientação do modelo de atenção à saúde brasileira que tem como principal estratégia a estruturação de uma rede de atenção primária que dê cobertura às necessidades de saúde da população” (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008 p. 633) e a atenção primária pode ser o novo caminho norteador a ser percorrido.

As estratégias para avaliar a qualidade da atenção à saúde, principalmente se tratando da atenção primária, têm-se direcionado para avaliação da Estratégia de Saúde da Família como principal caminho para se conseguir efetivar ao princípio da integralidade (TANAKA; ESPÍRITO SANTOS, 2008, p. 331).

Para tanto diversos pesquisadores em todo Brasil, vem desenvolvendo trabalhos que apontam os diversos problemas vivenciados aonde esses se originam, no intuito de contribuir para melhoria da qualidade da atenção à saúde, que serão citados brevemente.

#### 4.1 A equidade como uma questão da qualidade em saúde

Equidade assume um valor de justiça, de se buscar oferecer mais a quem tem menos, a quem mais precisa. É muito além de tratar todos iguais. Em se tratando de saúde, equidade é “prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades” (SOUZA, 2007, p. 766).

O Sistema Único de Saúde sob a última Constituição garante o direito a um atendimento de qualidade, através de acesso aos serviços de saúde, sob os princípios da universalidade, equidade, integralidade (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009, p. 281).

A implantação do SUS foi um grande avanço para a desigualdade e equidade, devido ao processo histórico que o antecede. Por ser jovem, o SUS tem pouca experiência para vencer o desafio da desigualdade do ponto de vista da oferta e do acesso, pelo menos. E por ser tão recente este sistema tem que enfrentar um enorme desafio para melhorar a qualidade das práticas de forma que haja adequação das ações com os problemas da população (SOUZA, 2007).

A desigualdade pode ser observada em diversos indicadores de saúde e pode ser atribuída a fatores econômicos, a renda, educação, emprego e tantos outros, pois há uma distribuição desigual entre essas variáveis. Mas a desigualdade não está somente nos indicadores de saúde, também está na distribuição territorial do acesso a esses serviços: é impossível que em todos os municípios do país disponibilize todos os serviços que uma população necessita. Isso se torna complexo para a qualidade (SOUZA, 2007, p. 769), além de ser inviável financeiramente.

Souza (2007) relata no seu estudo que mais da metade dos hospitais de São Paulo não tem porte hospitalar que consiga garantir e dar sustentação a uma assistência de qualidade, não conseguindo muitas vezes oferecer as condições mínimas necessárias para atender a população de maneira digna.

Estudos de Travassos (2006) e Senna (2002) apontados por Nagahama e Santiago (2008) inferem que as políticas sociais brasileira privilegiam grupos de pessoas mais favorecidas, em detrimento dos menos desfavorecidos e a saúde não foge a essa regra, o que

desencontra com a definição de equidade proposta pelo sistema de saúde brasileiro. Essas iniquidades em saúde são evitáveis, injustas e desnecessárias.

Um trabalho realizado por Santos et al. (2007) analisou a organização da demanda para avaliar a satisfação do cliente e dos profissionais de saúde das unidades odontológicas no Município de Campos de Goytacazes (RJ). Encontrou-se então que, os dentistas atendem em média 15 pacientes /turno e que eles consideram o ideal para se realizar um atendimento de qualidade, oferecer assistência a oito pacientes. Quanto ao critério de agendamento dos pacientes nas unidades (20%) eram priorizados por conhecer algum funcionário das unidades de saúde, que facilitava o agendamento das consultas.

É possível constatar através das informações desse estudo que não há equidade no acesso aos serviços estudados: os usuários se submetem a agendamentos seguindo critérios que utilizam o conhecimento pessoal dentro da unidade de saúde, negligenciando as necessidades do paciente, além de sobrecarga do profissional de saúde com excesso de números de consultas, prejudicando a qualidade das consultas.

Esse estudo demonstrou uma enorme deficiência organizacional, onde a influência prevalece sobre os critérios de risco, o que ameaça a equidade das ações de saúde. É importante lembrar que a demanda não pode ser organizada absolutamente de maneira epidemiológica somente, é necessário definir e não menosprezar a demanda espontânea (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1998 apud SANTOS et al., 2007).

Essa prática de atender a partir da livre a demanda deve estar aglutinada às necessidades da população, buscando melhorar a qualidade, sendo este um desafio enorme a ser enfrentado paulatinamente (SANTOS et al, 2007). E mais, “o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do usuário que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde” (SANTOS et al., 2007 p. 172).

As organizações de saúde que trabalham com livre demanda, reforçam um modelo de saúde ultrapassado, ressalta a necessidade desses serviços por parte dos usuários a partir da doença, sendo esta o motivo prioritário para a procura das unidades de saúde (SANTOS et al., 2007). Isso sobrecarrega os serviços com atendimentos de emergência e eletivos, dificultando a mobilização por parte das equipes para realizar ações de promoção e prevenções.

Um estudo realizado com gestante no momento do parto em dois hospitais de referência em Maringá no Paraná relata um de mulheres jovens, com baixo poder aquisitivo, e menor grau de escolaridade, portanto, grupos de maior risco social e reprodutivo: perfil característico e esperado das mulheres que utilizam o SUS como sistema de saúde.

O que chamou a atenção neste estudo foi à situação de desigualdade encontrada no acesso ao serviço de saúde mais qualificado e destinado ao parto. Essa situação concretizou-se principalmente quando se observou questões relacionadas às práticas assistenciais, de “ofertas desiguais de práticas comprovadamente benéficas que podem qualificar a assistência e contribuir para a evolução do parto vaginal” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008, p. 614).

Mas essa iniquidade pode ser traduzida e determinada por fatores normativos institucionais e políticos. Entretanto, pode ser amenizada através de um sistema de saúde que tenha a finalidade de organizar a assistência, melhorando a qualidade da atenção que deve ser ofertada aos que mais necessitam (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

#### **4.2 A integralidade como atributo na qualidade da atenção à saúde**

A rede hierarquizada e sua a resolubilidade, estão diretamente relacionadas com inter-relação, a continuidade do uso dos recursos disponíveis, o conhecimento, as experiências e as concepções que subsidiam as decisões acerca da saúde e da doença (KOVASC et al., 2005).

A falta de integração entre os diversos níveis assistenciais e entre os profissionais de saúde concorrem com a qualidade da atenção à saúde. Esta pode ser percebida através do impacto que ela exerce sobre a saúde da população, ou do acesso destes ao serviço de saúde. Os cuidados que podem ser ofertados a eles e na sua capacidade de resolução dos problemas encontrados, sob uma perspectiva integrativa da saúde, também podem concorrer com a qualidade da atenção, visto que há uma relação direta desta com o modelo de saúde assistencial, sendo percebidos como características ou atributos pertinentes neste âmbito (STARFIELD, 2004 apud MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

No sistema de saúde brasileiro está sendo imprescindível para a sua consolidação a transformação do modo organizacional da atenção à saúde. Considerando-se indispensável um modelo centrado na qualidade do cuidado por meio de práticas inovadoras e integrativas, pela diversificação tecnológica na saúde, articulação dos diversos profissionais dessa área (através das suas práticas e as diversas esferas da assistência) e pela necessidade de ser mais eficiente na utilização de recursos escassos, considerando que o modelo vigente é centrado em procedimentos e custos cada vez mais elevado, em função do envelhecimento populacional (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A integralidade deve nortear o cotidiano das ações dos profissionais de saúde, a sua organização dos processos de trabalho e as respostas governamentais que busquem o desenvolvimento através de esforços entre os diversos setores para a melhoria das condições de vida de determinada população, assegurando o acesso nas diversas portas de entrada, pelas mãos das equipes de saúde, nas unidades básicas, ou através da rede pelo sistema de referência e contra-referência, com o intuito de oferecer o cuidado (CECÍLIO 1997; 2001 apud KOVASC et al., 2005).

No Brasil está se tentando implementar dois tipos de estratégias para promover a integralidade: por um lado à expansão da estratégia de saúde da família e de maneira intrínseca, a ampliação da promoção à saúde, como eixos transformadores do modelo tecnoassistencial. E por outro, propõe-se uma transformação na atenção à saúde, tendo como centro, as necessidades da população. Essas necessidades podem e devem estruturar as linhas de cuidado para que caminhem transversalmente por todos os níveis de atenção (desde a rede básica, especializada, hospitalar até a rede de urgência), assegurando um acesso e a continuidade do cuidado (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A expansão da atenção básica de saúde pode ser vista como eixo transformador e como estratégia de reorganização do modelo assistencial de atenção à saúde, mas dependendo de uma alta resolubilidade, da capacidade de integração entre os diversos setores e conseqüentemente de uma maior qualidade (CASTANHEIRA et al., 2009).

E para tanto, devem ser formado sistemas que se inter-relacionam, composto por elementos de atividades, que assumam papéis ao mesmo tempo, centralizados e descentralizados, “de controle e motivações, de reconhecimento de falhas e de ações

educativas; de prevenção de riscos e de promoção da qualidade”. Os elementos internos e externos da instituição não devem caracterizar-se como oposicionistas, e sim como elementos que se completam através de um sistema de informações que facilite continuamente a observação do desempenho de todo o sistema que garanta a qualidade (DONABEDIAN, 1993 apud D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85).

Um estudo realizado num Estado do Nordeste, por Mussi et al. (2007), demonstrou que 67% dos participantes vivenciaram uma situação de peregrinação, transitando por entre duas a cinco instituições de saúde até conseguir serem admitidos.

Esses achados refletem sobre a importância e os alvos dos programas, além de levar a uma reflexão sobre as e a qualidade da assistência oferecida aos pacientes e as condições educacionais dos profissionais de saúde que atende pessoas em situações de emergência (MUSSI et al., 2007). Pois essa qualidade deve está pautada sobre os princípios da universalidade e integralidade e coerente com o SUS (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

É compreendido que a qualidade da atenção à saúde pode ser analisada sobre o aspecto dos cuidados disponíveis, da sua capacidade de prevenir os problemas e de resolução deles numa perspectiva de busca da integralidade em saúde, além de outros, como acesso e impacto na saúde do usuário. Estes aspectos se configuram como atributos desejáveis nesse âmbito da qualidade (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

No estudo realizado por Deslandes, et al., (2007) os gestores avaliaram o nível de atenção pré-hospitalar como um nível permeado de problemas, e a falta de interação da saúde com outros setores, que interferem diretamente na qualidade da atenção e são essenciais para a mesma. Diante dessa situação exposta é possível entender a falta de integralidade das ações por parte de diversos órgãos e o quão isso pode afetar a qualidade da atenção à saúde. “A pouca ou inexistente articulação intersetorial e mesmo setorial é motivo de profunda crítica dos gestores” (DESLANDES et al., 2007, p. 1288).

O sistema de saúde brasileiro define a implantação de uma rede que sigam os princípios da regionalização e hierarquização no que se referem ao atendimento, permitindo melhor articulação dos serviços de saúde, definindo fluxos, referências que sejam capazes de

solucionar o problema apresentado e elementos indispensáveis para a universalização do acesso e de qualidade do atendimento (BRASIL, 2003 apud DESLANDES et al., 2007).

Mas na qualidade dos serviços de saúde é imprescindível trazer à tona a responsabilidade e a sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e também da sociedade. Essa dinâmica deve abranger uma assistência integrada, através de um trabalho intersetorial em favor da promoção da saúde (MANDU; ANTIQUEIRA; R. A. C. LANZA, 2009, p. 283). Esse autor demonstra a responsabilização não somente de um grupo de atores, mas traz essa questão para além das decisões profissionais e sim num âmbito macro da questão, envolvendo e responsabilizando todos no que se refere à intersetorialidade e por consequência a qualidade dos serviços.

Elias e Magasewiski (2008) defendem que um dos indicadores importantes para a avaliação da qualidade da atenção à saúde são Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAs) capaz de indicar a magnitude das internações hospitalares por causas selecionadas refletindo a qualidade da atenção ou a condução do cuidado oferecido à população, avaliando as estruturas e processo dos serviços de saúde e das equipes no que tange a essa atenção.

Para tanto há evidências que serviços de atenção primária à saúde que são qualificados ou têm melhores condições de oferecer um atendimento de qualidade têm menores taxas de internações por condições sensíveis a essa atenção primária. Portanto, doenças de fácil prevenção e passíveis de cura ao diagnóstico e tratamento precoce que se apresentam com altas taxas de internação, são passíveis de serem avaliadas como inadequada atenção à saúde e às necessidades da população (ELIAS; MAGASEWISKI, 2008).

É importante observar que existem alternativas sendo desenvolvidas cotidianamente para melhoria das condições de saúde, mesmo que pontuais e que “a diversidade das práticas de gestão e da atenção à saúde no cotidiano dos serviços é uma realidade observada na evolução do SUS” (SILVEIRA et al., 2008, p. 75).

A construção coletiva de práticas objetivando efetivar a integralidade das ações, através de experiências inovadoras e disseminadas por todo o Brasil (PINHEIRO; GUIZADO, 2001 apud SILVEIRA et al., 2008), aliada ao aumento da produção de conhecimento sobre esses

assuntos, tem gerado uma demanda pela inserção destes princípios nas institucionalizações da avaliação e isso é um processo de construção muito positivo.

### **4.3 O papel do profissional de saúde na qualidade da atenção à saúde**

Durante muitos anos a atenção hospitalar seguiu o seu percurso sem critérios. Atualmente a qualidade hospitalar é questionável e muito discutida, se considerarmos a imprensa escrita e falada. E nesse contexto atual os trabalhadores de saúde são de fundamental importância, principalmente no âmbito das suas ações, intervenções e num processo de desconstrução e construção para uma sistemática de atendimento que leve em consideração a eficiência, a efetividade e a humanização (ARAUJO et al., 2008).

Sobre a qualidade de um serviço de saúde debruça-se a idéia, de que é o tratamento ofertado por um médico ou qualquer outro profissional de saúde que presta cuidados (GARCIA, 2005 apud ARAUJO et al., 2008).

Para trabalhadores de saúde a concepção de qualidade é abstrata, varia apresentando uma polissemia na concepção (VUORI, 1991 apud ARAUJO, 2008). Os profissionais de saúde se vêem como aspecto contribuidor deste conceito e na qualidade voltada à atenção à saúde hospitalar também. Quanto à qualidade na atenção hospitalar, os trabalhadores de saúde se reconhecem também como parte fundamental no processo para trazer benefícios aos que utilizam a saúde (ARAUJO et al., 2008).

O papel e a importância do profissional de saúde na qualidade da atenção hospitalar são enfatizados quando relata que a qualidade refere-se às práticas, as posturas, os atos assistenciais e as relações interpessoais destes com a clientela, além de oferecer uma atenção humanizada, equânime, organizada e com responsabilização em favor dos sujeitos. E todos esses requisitos são importantes para a transformação e construção de uma saúde adequada, que depende muito da vontade e sensibilização dos trabalhadores envolvidos nesse processo (ARAUJO et al., 2008).

Na visão dos trabalhadores de saúde, a qualidade é relatada de maneira similar quando inferem que é qualidade de vida, responsabilização do trabalho, respeito ao cliente e deve ser

buscada para se oferecer a “excelência na atenção”, dando oportunidade de escolha aos sujeitos, sem violentar seus direitos e suas garantias (ARAUJO et al., 2008).

O profissional de saúde é avaliado pelos usuários como oferta de atendimento de boa qualidade, através do nível de acolhimento humanizado, o tempo de espera para a atenção, aquele que interage com o paciente (TANAKA; ESPÍRITO SANTOS, 2008).

Pelos profissionais depende a saúde, o cumprimento das normas e rotinas dos serviços, o registro de informações a respeito do paciente e atentar para que os cuidados sejam diretamente proporcionais às necessidades. Para isso é importante haver um investimento em educação permanente das equipes de saúde e sensibilização de práticas de humanização para essas. Uma capacitação constante pode amenizar os desafios encontrados pelos serviços de saúde e contribuir para a orientação e informações a respeito de ações para melhoria das condições de saúde além de acrescentar na produção da qualidade que se pretende alcançar (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009; MUSSI et al., 2007).

Araujo et al. (2008) relatam a importância de otimizar a qualidade da atenção através de um reconhecimento imprescindível do que é preciso melhorar em cada um dos participantes do processo, vivendo em uma constante busca para a excelência dos seus atos.

As capacitações são meios para melhorar a competência técnica e “a falta de preparo dos profissionais decorrente, também da sua formação enquanto profissional que pode ter sido ineficiente não possibilitando “o desenvolvimento de competências para ampliar a capacidade de solucionar os problemas do cotidiano, de forma criativa, valorizando o aprender e o trabalho em equipe” (MOURA; SILVA, 2005, p. 797). É evidente que a qualificação do profissional de saúde é um desafio para se alcançar a qualidade da atenção à saúde (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Dias e Deslandes (2006), sugerem que a competência pode ser proposta avaliando o nível de aprendizagem e as realizações do participante de maneira contínua, institucionalizada, multiprofissional visando à melhoria dos processos de trabalho e orientada para atingir uma melhor qualidade da atenção, incluindo a participação da população. Certamente estas capacitações não levavam em consideração as diversas realidades vivenciadas pelos profissionais de saúde, pois minimizavam o campo de atuação desses trabalhadores, as

condições de trabalho que estes atuavam, e muito menos o processo contínuo de aprendizagem destes.

Em face de expansão do sistema de saúde e por consequência das organizações dos serviços de saúde torna-se necessário dirigir as atenções para programas voltados a educação permanente e contínua dos trabalhadores de saúde, para que esses possam além de desenvolver bem as suas atividades de rotina diária poder também buscar a melhoria da assistência à saúde e a estrutura dos serviços, principalmente. Essa educação permanente pode ser compreendida como um caminho para a transformação dos serviços de saúde para que eles juntamente com os usuários possam se apropriar sobre os fatores sociais, econômicos e ambientais que interferem na qualidade do setor (LINO et al., 2009).

Mas para que as capacitações surtam efeitos é necessário levar em consideração os campos de atuações dos trabalhadores de saúde, as suas condições de trabalho e o seu processo contínuo de aprendizado em serviço, além de estímulo quanto à educação em serviço e a formação de grupos de estudos regulares no ambiente de trabalho. Somente assim essas capacitações podem trazer um resultado positivo, não somente para os serviços de saúde, mas para a atenção à saúde de um modo em geral. Porque muito se observa “é o despreparo ou negligência dos profissionais na adoção de tecnologias de assistência” (XIMENES NETO et al., 2008, p. 596), além da falta de planejamento e sistematização do trabalho em equipe, com determinação das atribuições e tarefas, e isso acontece por falta de atualizações durante a sua vida profissional. E como o objetivo dessa capacitação é proporcionar um atendimento de qualidade aos clientes é importante lembrar que todos têm direito a esse tipo de atenção (XIMENES NETO et al., 2008).

Há uma demanda excessiva de trabalhadores de saúde que exercem suas funções com imensas dificuldades, não somente no atendimento em si, mas no desenvolvimento de ações que qualifiquem a atenção à saúde, por isso é imprescindível um maior investimento na educação permanente desses profissionais para assim viabilizar a atenção não somente aos adolescentes, mas à saúde de uma forma em geral (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Entretanto há autores que destacam como importante ofertar aos profissionais de saúde uma normatização de procedimentos e condutas a serem seguidas em toda consulta, através de

protocolos nacionais que indiquem e definam o tipo de cuidado que deve ser oferecido em cada nível do sistema de saúde, tendo estes como essenciais para orientar e apoiar a prática de atenção da qualidade (MCDONALD et al., 2003 apud CUNHA et al., 2009).

Acreditam que o desenvolvimento de uma competência que segue determinado padrão é à base de sustentação de um adequado atendimento e a garantia de se ter qualidade na saúde (CUNHA et al., 2009).

Mas capacitações somente, não revolucionam a atenção à saúde, é necessário um processo de avaliação constante, um monitoramento periódico em serviço, devendo ser uma ação contínua e sistemática, envolvendo a instituição, equipes multiprofissionais, direcionada ao cotidiano das ações e do processo de trabalho (BRUCE, 1990; SANTANA, 2002 apud MOURA; SILVA, 2005).

Entretanto, mais agravante do que verticalização das ações, capacitações ineficientes ou inexistentes, é a continuidade da assistência e a interferência disso para a qualidade dos serviços de saúde. A ausência de profissionais de saúde na formação básica das equipes é grave. Há muitos serviços de saúde em todas as instâncias sem profissionais e que permaneceram sem esses por algum período do ano estudado, o que demonstra um sério problema, pois, sob o tratamento do profissional é possível avaliar a qualidade da assistência prestada (CASTANHEIRA et al., 2009; LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004).

O profissional médico, por exemplo, tem por parte da clientela, uma valorização excessiva na atenção à saúde, sendo preservado do desgaste inerente à rotina desses serviços que se dá pela relação autoritária e dependente entre paciente-profissional, principalmente “pelo fato de que o usuário nunca sabe quando necessitará do médico novamente e em que condições de fragilidade” (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008 p. 330).

É interessante pontuar que a atenção à saúde é muito mais ampla do que a atenção médica somente, porém, esta, sem o componente médico de qualidade, dificilmente será satisfatória (DESLANDES et al., 2005).

Para que se consiga um novo modelo de organização e práticas direcionadas à atenção à saúde é necessário que se tenha um novo perfil dos profissionais de saúde e isso só é possível com um projeto de educação permanente, pensando não somente no trabalho em si, mas nele e na sua dimensão subjetiva, capaz de formar muito mais do que técnico, mas de trabalhadores

pensantes e criativos (BRASIL, 2004 apud LINO et al., 2009) que possam interferir no processo de qualidade da atenção à saúde.

Entretanto, é sob uma perspectiva positiva que as equipes de saúde vêm desenvolvendo, mesmo com imensas dificuldades, em um enorme esforço, buscam uma sistematização dos saberes e práticas, adaptados para a área de abrangência e para o modelo de atenção vigente. Mas não somente de dificuldades se constrói a atenção, mas de inovações que se revelam, através de “transformações concretas da prática médico-sanitária” (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008, p. 646). É através da atuação e intervenção dos trabalhadores de saúde que é possível e de fundamental importância a mudança do processo de trabalho, tornando esse efetivo, eficiente e humanizado (ARAUJO et al., 2008).

É imprescindível a participação ativa dos usuários no cuidado com a sua saúde, junto ao médico que o acompanha. E na vida profissional, é necessária e prioritária a avaliação dos métodos que garantem a qualidade, sendo que todos os aspectos relacionados com essa qualidade são relevantes. “Propõe como mecanismos o incentivo na educação profissional; a participação e capacitação na vida profissional e o apoio institucional e político” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85) em busca dessa qualidade.

#### **4.4 A responsabilização no registro de informações**

Os dados contidos em prontuários, declarações de nascidos vivos e óbitos são fontes preciosas de informações, que seguramente podem nortear ações de saúde tanto pontuais e singulares, como ações que abrangem toda a nação. É sobre esses dados transformados em informações que é possível modificar as condições de vida de determinada população. Quando há sub-registros, conseqüentemente há menores números de serviços de saúde oferecidos, menor cobertura à população, aumentando os riscos de saúde (PEREIRA et al., 2008).

Isso é constatado quando se diz que os registros de informações realizados no prontuário do paciente são excelentes fontes de informações, além de ser um importante indicador para a qualidade da atenção ofertada, têm a função de ser instrumento de comunicação entre os profissionais das equipes, permite o acesso às ações realizadas por essa

equipe sobre o paciente, sendo um elemento decisivo na atenção prestada ao usuário, além de reunir dados imprescindíveis para a continuidade da assistência (PEREIRA et al., 2008).

O artigo de Tanaka e Espírito Santos (2008) e Vasconcelos, Gribel e Moraes (2008) demonstram o potencial de um prontuário, a sua importância quanto à fonte de informações primárias para subsidiar decisões no que se refere à parte clínica e gerencial, a educação de novos profissionais de saúde, um processo avaliativo da qualidade da prestação de serviços, além de ser fonte de pesquisa em diversos estudos.

A morte materna é um exemplo má qualidade dos dados registrados, apesar de ser um problema relevante, tem desconhecimento da sua real magnitude, por consequência do registro inadequado (LAURENTI, 2000 apud MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009). Entretanto, a utilização adequada e a construção adequada e completa do prontuário possibilitam um melhor acompanhamento na saúde dos usuários e, portanto, na qualidade da atenção prestada a ele (PEREIRA et al., 2008).

Com a virada do século e o crescimento do setor saúde, a atenção básica posteriormente também foi ampliada e a partir daí, surgiu a necessidade de estar se efetivando o princípio da integralidade para se poder oferecer uma melhor qualidade da assistência à saúde a população brasileira e ser resolutivo diante dos problemas de saúde dessa população. Mas isso não é possível concretizar quando contrário a esta proposta e às questões de avaliação, está o registro inadequado e incompleto de dados do atendimento, que permite através dele analisar as reais condições de saúde, de oferta e de utilização do serviço de saúde (DAL POZ, 1997 apud TANAKA; ESPÍRITO SANTOS, 2008).

Portanto, a busca por estratégias que retratem as condições de saúde de maneira fidedigna, representa uma importante contribuição para o planejamento, gestão e a avaliação da atenção à saúde. São eles: “o conhecimento acerca da insuficiência das fontes de informação capazes de iluminar as múltiplas facetas de objetos com tamanha complexidade; a consciência das dificuldades enfrentadas pelas técnicas de coleta, no sentido de se obter dados confiáveis [...]” (TANAKA; ESPÍRITO SANTOS, 2008, p. 326) dentre outros que podem influenciar em estratégias metodológicas a fim de promover um grau mínimo aceitável de resolução no desempenho dessa atenção e dos fatores que podem influenciá-la (LIMA, 2003 apud TANTAKA; ESPÍRITO SANTOS, 2008, p. 326).

Há uma elevada frequência de diagnósticos ilegíveis ou ausência deles e incoerência nos registros, tornando o prontuário uma fonte de informação precária e um desencanto profissional. Essas situações que colocam em questão a qualidade dos registros efetuados refletem a qualidade ofertada através dos serviços de saúde para os usuários (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

A ineficácia dos registros em prontuários sugere uma descontinuidade de prestação dos cuidados, baixa qualidade técnica e científica dos profissionais envolvidos, problemas estruturais no processo de trabalho, dificuldades para estudos periódicos populacionais e construção de indicadores, além de acompanhamento inadequado das metas das ações propostas (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Portanto, como processo de avaliação da qualidade técnico-científica do cuidado prestado ao paciente, demonstra a sua importância não somente em questões relacionadas à pesquisa, mas no cotidiano das ações de saúde (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004).

Pereira et al., (2008) sugere que o prontuário como fonte importante no acompanhamento da saúde da clientela e como um fragmento do processo de melhoria da qualidade da atenção prestada, sirva como base na avaliação externa (acreditação) das equipes de saúde e dos gestores.

#### **4.5 Condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde**

A atenção básica foi fortalecida para exercer o papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). É na atenção primária, que se obtêm custos menores, tecnologia leve e melhores indicadores de saúde, mesmo com história de iniquidade social. No Brasil o sistema de saúde orientado por esses princípios tem apontado resultados positivos, que melhoraram as taxas de mortalidade geral e infantil, apesar de estar distante do ideal. Ainda que haja contradições político-ideológicas, a descentralização das ações pode ser o caminho para atingir a qualidade da atenção à saúde, pois quanto mais próximo das necessidades estiver um gestor possuidor de técnica, tecnologia e provedor real dos recursos financeiros, mais facilmente alcançar-se-á alterações positivas das condições de saúde da população (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A transformação que está se realizando na organização dos serviços de saúde tem sido indispensáveis pela necessidade que o sistema tem de qualificar o cuidado, por meios de práticas integrativas, da tecnologia avançada, da prática multiprofissional nas diversas esferas da assistência. Por outro lado, a necessidade de adotar meios para ser mais eficiente, utilizando os recursos escassos destinados para a saúde, em uma atenção com custos geometricamente crescentes devido à visão ainda hegemônica da atenção à saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

É observado que os recursos disponíveis para a Saúde enfrentam não somente escassez, mas também incapacidade técnica de gestores, problemas estruturais de serviços e planejamento inadequado ou inexistente, além de organizações limitadas (BODSTEIN, 2007) o que compromete a qualidade da atenção à saúde.

A tentativa de racionalização dos recursos financeiros da saúde produz efeitos contraditórios com os princípios do SUS, o que corresponde à estratégia de focalização e da simplificação do cuidado (FEUERWERKER; MERHY, 2008), comprometendo a qualidade da atenção prestada e as questões relacionadas à saúde.

No aspecto acesso, um estudo relatado por Kovacs et al. (2005) demonstrou que devido à deficiência na atenção básica à saúde é que os atendimentos de urgência e emergência estão sobrecarregados. Portanto, não há organização no atendimento na rede básica e muito menos um vínculo de confiança entre esses responsáveis e a equipe de saúde. Os autores concluíram que a inadequação da demanda sobre os serviços de urgências e emergências tornam-se sobrecarregados, em detrimento da atenção básica de saúde, o que repercute da qualidade da assistência prestada àquelas pessoas que realmente necessitariam de uma atenção com maior suporte tecnológico, comprometendo a integralidade das ações, pois a contra-referência não se torna uma ação rotineira no serviço, comprometendo a articulação formal para a atenção básica de saúde.

Esforços são feitos para atuar nas questões prioritárias da saúde, através de políticas públicas e medidas para permitir a resolutividade e acesso quanto às ações. Eventos como as mortes evitáveis estão muitas vezes relacionados com a questão de acesso e por conseqüência, da qualidade dos serviços e ações de saúde, envolvendo aspectos organizacionais, de gestão e

do cuidado, que merecem avaliação atuando como componente sensível da qualidade de vida do Brasil (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

A razão por morte materna é um exemplo de mortes evitáveis e assumindo valores elevados, principalmente, levando-se em consideração os países desenvolvidos, denota a “necessidade de investir na produção de uma nova qualidade na atenção à saúde, sobretudo a direcionada para a população feminina”. Mesmo porque a magnitude desses óbitos está relacionada a condições de acesso e de qualidade nos serviços de saúde oferecidos, além das precárias medidas de prevenção do agravo e promoção da saúde. Por isso, as pessoas envolvidas direta e indiretamente nesse processo de reestruturação da qualidade sejam sensibilizadas a perceberem que elas contribuem com a redução ou o acréscimo de óbitos maternos (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009, p. 279).

Brasil (2006) apud Kovacs et al. (2005) infere que o Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser um importante meio de redução desses agravos, porque pode atuar na prevenção deles e na promoção da saúde, além de ampliar acesso e trazer melhorias para a qualidade das ações em saúde.

Para se ter um padrão de qualidade “boas condições estruturais têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em resultado favorável”. O atendimento deve estar organizado para atender as necessidades populacionais, utilizando o conhecimento técnico-científico e os recursos disponíveis (ALVES, 2000 apud XIMENES NETO, 2008, p, 597).

As estruturas dos serviços de saúde e a organização institucional são imprescindíveis para se manter uma qualidade da atenção, entretanto não é um único fator que possa por si só determinar essa qualidade.

Estudos de Castanheira et al. (2009) demonstraram precariedade na estrutura física e organizacional que configura má qualidade da atenção à saúde e permite que usuários com problemas simples de serem solucionados sobrecarreguem unidades de saúde equipadas para atender urgência e emergências.

Conforme Araújo et al. (2008) esses aspectos permitem mensurar a qualidade e construir sua concepção de como anda a atenção à saúde, levando ao serviço o seu avanço, quando avaliado de maneira positiva, ou a sua degradação dependendo de como a perceba.

A resolutividade dos problemas de saúde além de evitar um custo maior também pode ser utilizada para avaliar a qualidade da atenção à saúde, a partir do atendimento ofertado para os usuários. Resolutividade numa visão micro significa a capacidade de ofertar aos pacientes, atendimento de qualidade, de encaminhamento quando não for possível solucionar o problema em questão e/ou caso de atendimento especializado. Numa visão macro, se estende solução do serviço de saúde, desde a consulta na primeira porta de entrada até a resolução nos outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CÉSAR, 2008).

Campos (1998) apud Nagahama e Santiago (2006) refere que a adscrição da clientela a respeito de determinada unidade de saúde, mensura o grau da qualidade e de resolutividade da assistência oferecida pela mesma. E se esse cliente tem possibilidade de escolha dos serviços ele irá procurar àquele que oferece melhor qualidade e resolutividade. Por isso, o autor sugere que o tempo entre a decisão de procurar o serviço de saúde e o de escolha da unidade para ser atendido, muitas vezes é longo, devido à procura pelo cliente de melhor qualidade nas unidades.

Certamente não existe fórmula mágica e eficaz para diminuir o contingente que procura os serviços de saúde, reduzir as filas, organizar a demanda, diminuir o tempo de espera e proporcionar um atendimento acolhedor. Porém o conhecimento do Sistema Único de Saúde e o respeito pelos seus princípios e diretrizes são os caminhos que podem ser seguidos para conter esses problemas e atingir a qualidade (SANTOS et al., 2007).

É necessária a realização de avaliações da atenção, voltada para a “capacidade operativa” dos municípios nas suas diversas e distintas condições, especialmente no que se refere ao processo de gestão. Isso pode ser feito através de processos avaliativos relacionados que relatem questões de qualidade da assistência prestada às distintas necessidades apresentadas (COSTA; GUILHEME; WALTER, 2005, p. 774).

Sendo assim, a aplicação de aspectos da qualidade para avaliar o processo da assistência, proporciona identificar como se encontra o serviço de saúde e o seu desempenho, evidenciando a qualidade da assistência (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

A organização de um serviço de saúde tem sido um grande problema para os gestores, visto que está interferindo diretamente no desenvolvimento de toda atenção à saúde, principalmente quando se refere à organização dos atendimentos, que deve levar em

consideração questões como justiça no atendimento das pessoas, priorizando os mais necessitados, organizando a demanda de modo que os usuários sejam beneficiados e os profissionais de saúde atendam de maneira satisfatória e humanitária (SANTOS; MENEGHI; PEREIRA, 2007 p. 172).

Entretanto, ao organizar a demanda é imprescindível não menosprezar a demanda espontânea e ter humanização na assistência, não no sentido do acolhimento somente, mas também do acesso, de disponibilizar vagas para todos, de maneira equânime e satisfatória a fim de atingir um serviço de melhor qualidade para a população.

#### **4.6 O acolhimento, a humanização e satisfação do usuário diante da atenção à saúde apresentada**

O acolhimento está relacionado com a humanização tanto da relação do profissional de saúde com os usuários, quanto das suas relações entre equipes e dentro delas. Pressupõe também que significa a condição de acesso aos serviços de saúde oferecida à população, a escuta de problemas de saúde da demanda, de maneira qualificada, com resposta positiva e responsabilização pela resolução desses problemas por parte do trabalhador de saúde (Carvalho et al., 2008), buscando oferecer uma porta de entrada mais humanizada e acolhedora, assegurando uma boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas apresentados e garantindo o sistema de referência aos pacientes (FERREIRA et al., 2005; MERHY, 1994 apud CARVALHO et al., 2008).

Humanizar é oferecer um atendimento de qualidade articulando fatores como tecnologia necessária, cuidados, melhoria do ambiente que será realizado as ações de saúde e das condições de trabalho do profissional de saúde (BRASIL, 2007 apud CARVALHO et al., 2008).

A humanização então é incluída como um elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, e o acolhimento pode ser visto como um mecanismo de aproximação do cliente com a equipe, como consequência, a formação de um vínculo tão importante para a melhoria da saúde, do desenvolvimento do trabalho da equipe e das condições de vida. Isso é confirmado pelo Ministério da Saúde quando infere que um dos maiores problemas de

implantação do SUS são os Recursos Humanos que têm a possibilidade, a partir do acolhimento, de alterar as condições de vida e saúde de determinada população, podendo solucionar algumas questões de saúde (CARVALHO et al., 2008).

Esse mesmo órgão público percebe a humanização “como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS ”(CARVALHO et al., 2008 p. 94).

Propôs, portanto, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) iniciado em 2003 com o objetivo de colocar a humanização como “dimensão fundamental do cuidado com qualidade à saúde” (GUSMÃO FILHO, 2008, p. 42), articulando avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria do ambiente que irá proporcionar o cuidado e das condições de trabalho. Foi planejada para atuar transversalmente, perpassando por todas as redes do SUS, seguindo princípios de valorização dos sujeitos e suas inter-relações, estímulo à formação de equipes multiprofissionais e redes cooperativas e co-responsabilização desses sujeitos na gestão e atenção (GUSMÃO FILHO, 2008) e (FERREIRA et al.,2005).

No Programa de Humanização da Saúde sob diversas formas de se conceituar a humanização, converge para diversas práticas e, portanto, há uma aplicabilidade distinta a partir da interpretação, mobilidade e motivação. Desse modo entre o que está descrito no texto, o que se preconiza e a dinâmica da realidade das instituições há uma diferença considerável (FERREIRA et al, 2005, p. 113).

O mesmo autor infere que é preciso atenção para não cometer o erro de confundimento entre humanizar a assistência e ofertar ajuda caridosa, utilizando-se de qualidades individuais, com caráter filantrópico. Pois as atribuições em se tratando da humanização do atendimento estão relacionadas desde uma “perspectiva caritativa, missiânica de doação ao próximo, até a inserção dos direitos do cidadão de ter acesso a uma atenção de qualidade (DESLANDES, 2005, p. 616).

A humanização é compreendida em seus aspectos ético-estético-político. Ético porque está relacionado com atitudes e comportamentos dos usuários, gestores e trabalhadores comprometidos e co-responsáveis. Estético relacionado ao processo de produção e das subjetividades da saúde. Político quando infere às organizações sociais e das instituições nas práticas da atenção e gestão da saúde (ARAUJO et al., 2008, p. 77).

Essa proposta ético-estético-política é um projeto social baseado na equidade “em que o acesso a serviços de saúde com humanização e qualidade reflete a garantia da cidadania numa sociedade democrática” (RATTNER, 2009, p. 601).

Entretanto ainda há grandes desafios para se cumprir, essas e tantas outras que subsidiam a atenção à saúde. Exemplo disso são as desigualdades regionais e populacionais que interferem na disponibilidade, qualidade e humanização de estruturas capazes de atender com dignidade pacientes que necessitem de procedimentos e tecnologia de média e alta complexidade (COSTA et al., 2005).

Há diversas práticas e modelos de atendimento que expressam bem isso, através das assistências “desumanizantes”, demonstrada pelas condições precárias de trabalho aos quais os profissionais de saúde estão subordinados que levam ao estresse, as falhas e conseqüentemente, proporcionando um atendimento com mau acolhimento e má qualidade, centrado na cura, na patologia e não na pessoa em si, “ignorando as necessidades subjetivas, culturais e pessoais” dos sujeitos. Portanto, apontando o reconhecimento dos direitos de se ter acesso de qualidade, com garantias de respeito e suporte, (DESLANDES, 2005, p. 616) porque a humanização dos serviços de saúde é um complemento para buscar a qualidade da atenção à saúde (CARVALHO et al., 2008).

A atenção humanizada à saúde precisa de profissionais qualificados, suporte tecnológico, compatível com os níveis de atenção à saúde e profissionais sensíveis aos problemas do indivíduo, família e comunidade, dando seguimento ao cuidado de maneira integral, intersetorial e holístico (XIMENES NETO et al., 2008).

Para tanto é necessário a implementação de atividades educativas, e que nelas estejam inseridas não somente aspectos técnico-científicos, mas também temas que tratem de ética e humanização da assistência, visto que com a movimentação e com a preocupação de melhoria contínua da qualidade no mundo, visando promover a assistência prestada a população, houve uma padronização do processo de avaliação, que vem se evoluindo e aprimorando padrões, sistematizando a assistência, principalmente de enfermagem, que tem esta o objetivo de “modificar as atividades da enfermagem” e garantir o atendimento de qualidade (D’INNOCENZO et al., 2006, p. 87).

Diante dessa dinâmica o acolhimento e sua implementação devem ser ampliados das unidades básicas de saúde para todas as portas de entradas do serviço de saúde e envolver os trabalhadores para que estes assumam uma postura de receber bem os usuários e de serem resolutivos com os problemas de saúde apresentados, contemplando os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, que possa responder às demandas da população e fazer a relação entre os serviços de saúde de maneira hierarquizada e regionalizada (CARVALHO et al., 2008, p. 95). Assumindo menos uma postura tecnicista e científica e mais humanizada, acolhedora.

No que se diz respeito à satisfação do usuário, a regulamentação do SUS e novas formas de organizações das ações de saúde no Brasil, fez surgir um novo perfil de clientela do SUS: mais participativo mais ativo e com interesses direcionados à realidade em que vivem. Ela é capaz de se envolver em práticas, podendo assumir um papel de facilitador, visto que estas são direcionadas a partir das suas necessidades e em busca da qualidade da atenção à saúde, refletindo a melhoria das condições de vida (LINO et al., 2009).

O usuário fornece informações valiosas para completar e equilibrar a qualidade dos serviços e do cotidiano das ações. Essa qualidade é consequência de diversos fatores correlacionados como a competência profissional, a eficiência, a eficácia e a acessibilidade. (GATTINARA et al., apud EMMI et al., 2008). E a sua satisfação contribui para que ele seja um agente mais participativo efetivamente, constituindo um juízo de valor no que tange a qualidade da atenção à saúde que foi recebida (XIMENES et al., 2008).

Complementando, a satisfação do usuário é uma avaliação a respeito dos serviços e ações de saúde, realizada com o intuito de julgar as características destes e por consequência, a sua qualidade, como forma de aperfeiçoar as ações (EMMI et al., 2008).

Acrescentando a isso, para avaliação da satisfação do cliente, é importante ressaltar questões de acessibilidade aos serviços de saúde, universalidade, satisfação com os serviços que são disponíveis, a questão da equidade e o atendimento de um modo em geral. Essa satisfação é expressa através da qualidade da atenção (CAMPOS, 2005).

“O termo satisfação está diretamente ligado ao ato de explicar, diz respeito ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços” (SANTOS et al., 2003 apud EMMI, 2008).

A satisfação do usuário utilizada em pesquisas está correlacionada e focalizada desde a relação do profissional de saúde com o paciente até as instalações dos serviços, incluindo a qualidade técnica destes profissionais (VAITSMAN; ANDRADE, 2005 apud EMMI, 2008), perpassando pela qualidade do atendimento prestado (HALFOUN et al., 2008).

E os níveis de informação dos próprios usuários além do grau de resolutividade das suas necessidades, também interferem na sua satisfação, em se tratando dos serviços de saúde (EMMI, 2008). E bons processos de trabalho podem levar a bons resultados no que se refere à qualidade desses serviços (CAMPOS, 2005 apud EMMI, 2008).

Na avaliação da qualidade, atualmente, a maior preocupação é a satisfação do usuário. “O cliente mensura a qualidade de forma singular, polissêmica e radical. Sua concepção de como anda a atenção hospitalar leva um avanço ou degradação da organização, dependendo de como seu corpo gerencial a percebe” (ARAUJO et al., 2008, p. 74). Para outros a percepção da qualidade, a partir do cliente, varia de acordo com as organizações e de como ele a percebe (ZANON, 2001 apud ARAUJO et al., 2008).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades indígenas vêm sofrendo diversas transformações tanto no processo sócio-econômico, quanto no aspecto cultural. Tem um desafio constante de manter as suas tradições e a conquista pelo seu próprio espaço de terras, e pela sua verdadeira identidade. Não se trata mais de índios ingênuos, mas de pessoas que desejam manter suas culturas e são conhecedores dos seus direitos sociais, políticos e civis. E em se tratando desses direitos sociais, as questões relacionadas à saúde desse grupo populacional enfrentam problemas que ferem os princípios do SUS, ao qual o Subsistema de Saúde Indígena está vinculado.

Quanto à equidade esta se encontra comprometida, pois sendo os índios atores de grupos populacionais vulneráveis, e, portanto, necessitados de maiores cuidados e acesso à saúde, não deveriam eles estar sofrendo com elevada taxa de mortalidade infantil, que se mostra superior quando comparada com os não indígenas. Isso contradiz esse princípio, e demonstra a sua incapacidade quando se constatam que as crianças indígenas estão morrendo e por doenças evitáveis e imunopreveníveis, como as doenças infecciosas e parasitárias. Isso demonstra as desigualdades de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças.

No que se refere à integralidade, isso se torna mais agravante, quando associado a esse princípio está à questão do acesso à saúde, pois os índios muitos vivem ilhados, ou geograficamente, ou por falta de estruturas organizacionais adequada nos serviços de saúde, dificultando a possibilidade desses índios se beneficiarem, no mínimo, com ações simples e básicas, mas que podem alterar o seu perfil epidemiológico.

Mas ao contrário disso o que se observa são as modificações na assistência, onde não há preocupação por parte do município em garantir a atenção básica da saúde da população indígena e por isso se tornam meros transportadores de pacientes para os grandes centros urbanos e distribuidores de medicamentos, sem suporte clínico, sem casa do índio, deixando-os desamparados.

Não há uma intersetorialidade das ações de maneira contínua e estruturada e como a saúde não é somente ausência de doenças, mas engloba tantos outros aspectos é importante que os diversos setores ligados diretamente com a saúde trabalhem em conjunto com os demais que estão relacionados, mas que podem ter uma participação positiva e efetiva nas questões relacionadas com a saúde.

Aos profissionais de saúde é inquestionável a importância do seu bom desempenho na mudança positiva do perfil epidemiológico dos índios, eles são à base de sustentação de um bom atendimento, munido de vínculo, atenção, cuidado e humanização, buscando, na medida do seu alcance, a resolutividade dos problemas apresentados. Mas para isso é necessário que eles estejam capacitados, orientados para enfrentar culturas, crenças e hábitos indígenas, muitas vezes, tão distintos dos seus. Buscando desconstruir o profissional somente técnico-científico da academia e absorver ou pelo menos, respeitar a individualidade e particularidades desses povos indígenas.

Quanto ao registro de informações, são estes que garantem as reais condições de saúde da população indígena. Eles são de fundamental importância, pois a partir desses registros é possível se traçar um perfil epidemiológico que se aproxima da realidade indígena, rotina ainda não estabelecida atualmente. As informações referentes aos índios são desconstruídas e não confiáveis e as condições de saúde são bastante superficiais. Também são pontuais os inquéritos populacionais e um censo demográfico voltados para os indígenas, o que certamente compromete os recursos que poderiam ser destinados à saúde dessa população.

Quanto às condições estruturais e organizacionais do Subsistema de Saúde Indígena é ineficiente, visto que seu processo de hierarquização não se cumpre efetivamente, as condições referidas são precárias: faltam medicamentos, equipamentos, matérias e insumos, integrantes básicos nas equipes de saúde indígena, o que acarreta um atendimento de má qualidade, descontínuo e sem resolutividade, comprometendo a saúde deles, por falta de atenção pública, deixando-os em situação crítica.

Acolhimento, a humanização e satisfação são aspectos fundamentais como atributos da qualidade e pensar nesses aspectos, que ainda enfrentam grandes desafios no sistema de saúde destinado à sociedade civil, quando os relacionam a política nacional de saúde indígena é entender que esses enfrentam grandes obstáculos: é impossível pensar em humanização e satisfação do usuário com inúmeras barreiras geográficas, de meios de comunicação e de transporte enfrentados pelos indígenas; condições precárias de trabalho aos quais os profissionais de saúde estão subordinados também influenciam o acolhimento dos índios e a satisfação dos mesmos.

Atualmente os usuários indígenas são mais informados e conhecedores dos seus direitos o que facilita a avaliação dos serviços de saúde, entretanto, demonstram mais facilmente as suas insatisfações e lutas por medidas

A qualidade da atenção à saúde indígena só será alcançada se estes pontos levantados forem levados em consideração, trabalhados em cima de planos de ações visando às singularidades do índio e realmente colocando-os em prática, sendo avaliados continuamente e reestruturando as ações em uma busca incessante, para que as ações de promoção da saúde superem as práticas curativas.

É importante dar continuidade a esse trabalho qualitativo relacionado à atenção à saúde indígena e para isso é imprescindível avaliar essa questão a partir das perspectivas dos indígenas que são submetidos ao modelo de saúde e dos profissionais de saúde e gestores que são atores ativos dentro desse processo.

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos Serviços de Saúde; Conceitos e Métodos Avaliativos. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 8, n.4, p 47-57, maio/dez. 1995.

AMBIENTE BRASIL. Temporão diz que atendimento à Saúde indígena prestado pela Funasa é inadequado. Disponível em: <http://noticias.ambientebrasil.com.br/noticias/?id=40761>. Acesso em 20/01/2010.

ARAÚJO, M. A. da P et al.. Qualidade na atenção hospitalar: análise da percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital do norte cearense. Revista de Administração em Saúde, v. 10, n. 39, p.73-78, abr/jun. 2008.

AZEVEDO, A.C. O futuro dos Hospitais e a Gestão da Qualidade. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, v. 40, n.5, p. 53-59, maio/dez. 1992.

BODSTEIN, R. Atenção Primária na Agenda de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 401-412. 2002.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 2ª Edição revisada e ampliada Barueri, SP: Manole, 2005

CAMARGO, M. O. Os Gurus que Determinam o Futuro da Qualidade. In: MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. Qualidade na saúde: Práticas e Conceitos Normas ISO nas áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial. 2ª. ed. São Paulo: Best Seller.1998. p. 51-69.

CARVALHO, C.e A.P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Arquivo de Ciência da Saúde, São José do Rio Preto.v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/ jun. 2008.

CASTANHEIRA, E. R. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, supl.2, p. 84-88, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena.Relatório Inicial (Revisado), São Paulo, 2009c. Disponível em:

<[http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi\\_DiagnosticoSSI.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf) >.  
Acesso em 18/01/2010.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Modelo de Atenção. São Paulo, 2009d. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi\\_ModAtencao\\_v5f2.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_ModAtencao_v5f2.pdf)>. Acesso em 18/01/2010.

CHAVES, M. de B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA C.. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 295-305, fev. 2006.

COSTA, A. M.; GUILHEME, D.; WALTER, M. I.M.T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública, São Paulo. V. 39, n. 5, p. 768-774, out. 2005.

COSTA, A. M. et al. Epidemiologia e Determinantes das DCNT em Populações Indígenas no Brasil. In: FREESE, E. Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. Recife: Editora Universitária da UFPE. 2006. p. 303-319

CUNHA, M.A. et al. Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas por Enfermeiros. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, São Paulo. v. 13, n. 1, p. 145-153, jan/mar.2009.

DESLANDES, S F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v.10, n. 3, p. 615-626, jul/set. 2005

DESLANDES S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v. 11(Sup), p.1279-1290, 2007

DIAS, M. A. B. ; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.22, n.12, p. 2647-2655, dez. 2006

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. v. 59, n. 1, p. 84-88, jan/fev. 2006.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Revista Saúde Pública, São Paulo. v. 39, n. 4, p. 646-654, ago. 2005.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo. v. 11, n. 4, p. 633-647, dez. 2008.

EMMI, D. T.; BARROSO, R.F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v.13, n. 1, p. 35-41, jan/fev. 2008.

FEKETE M.C. A Qualidade na prestação do cuidado em saúde. Texto de Apóio da Unidade Didática I. Sequências de Atividades I. p. 51-57. 2005.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.22, n.11, p. 2491-2495, nov. 2006.

FEUERWERKER L. C. M., MERHY E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamericana de Salud Publica. Washington. v.24, n.3, p.180-188, set. 2008.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. Atenção à Saúde da criança no Brasil: Aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. V. 15, n.6, p. 1171-1176, nov/dez.2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Relatório Morbimortalidade 2002. Brasília: DF,2003

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Boletim Informativo n.1/2006. Brasília, DF, 2006

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Atenção básica e especializada aos povos indígenas : regulamentação dos incentivos. Brasília, DF. 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Disponível em: <[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)>. Acesso em 29/08/2008

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, abr. 2005.

GATTINARA, B.C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 14, n. 3, p. 425-438, jul/set.1995.

GURGEL JUNIOR, G.D. A reforma do Estado e o Sistema Único de Saúde no Brasil. IN: FREESE, E. (organizador). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Editora Universitária, 2002. p.25-45.

GURGEL JUNIOR, G. D.;VIEIRA, M. M. F. Qualidade Total e Administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo. v.7, n.2, p. 325-334, 2002.

GUSMÃO FILHO, F. A. Análise de Implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde-Política Qualisus- Em Três Hospitais do município do Recife. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

HOKERBERG, Y; DULCHIADE, M.; BARCELLOS, C. Organização e Qualidade da Assistência à Saúde dos Índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.17, n. 2, p. 261-272, mar/abr, 2001.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. ISA Publica Reportagem Especial sobre Saúde Indígena. Artigo publicado em 23/06/2006. Disponível em [www.brasiloste.com.br/noticia/1860/saude-indigena](http://www.brasiloste.com.br/noticia/1860/saude-indigena). Acesso em 14/07/2009.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro. v. 81, n.3, p. 251-258, maio/jun. 2005.

LIMA, T. F. P de. Política de Informação no Contexto da Atenção à Saúde Indígena:uma Análise a Partir da Perspectiva da Vigilância em Saúde. Dissertação (Curso de Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

LINO, M. M. et al. Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 115-136, mar./jun. 2009.

LAVOR, A. de. Sob Ameaça, Luta por Terra e Identidade In: RADIS. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. Povo em Reconstrução. Na luta pela identidade perdida há 150 anos, Xucurus resistem à perseguição implacável dos oligarcas. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. n. 84. P. 11-19, Ago. 2009.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Z.; HARTZ, M. de A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 20, Supl 2, p. 283-297, 2004.

MANDÚ, E. N. T; ANTIQUEIRA V. M. A.; LANZA, R. A. C. Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família. Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-284, abr/jun. 2009.

MOURA, E. R. F.; SILVA R. M. da. Competência profissional e assistência em anticoncepção. Revista Saúde Pública. v. 39, n. 5, p. 795-801. 2005.

MUSSI, F. C. et al. Entraves no Acesso à Atenção Médica: Vivência de Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo. v. 53, n.3, p. 234-239, maio/jun. 2007.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.173-179, jan, 2006.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo. v. 21, n. 4, p. 609-615. 2008.

NAVARRETE, M. L. V. et al. Introducción de las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas em La Salud-Curso GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. 2006

PADILHA, K. G. Ocorrências Iatrogênicas na UTI e o enfoque de Qualidade. Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto. V. 9, n. 5, p. 91-96, set – out. 2001.

PAPALÉO-NETTO M. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo-Netto M., et al. Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu. p. 3-12. 1996.

PLATONOW, V. Índios Pedem Mais Atenção do Governo às Condições de Saúde nas Tribos. Agência Brasil. Publicado em: 15/11/2006. Disponível em: <[www.brasiloeste.com.br/noticias/1930/saude-indigena](http://www.brasiloeste.com.br/noticias/1930/saude-indigena)> Acesso em: 14/07/2009.

RADIOBRÁS. Temporão diz que Atendimento à Saúde Indígena prestado pela Funasa é Inadequado. Publicado em: 18/09/2008. Disponível em: <<http://noticias.ambientebrasil.com.br/noticia/?id=40761>> Acesso em: 08/09/2011

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu. v.13, supl.1, p.595-602, 2009

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: GIOVSNELLA, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,. 2008. p.33-55.

SANTOS, S. A. de S. MENEGHIM, M. de C.; PEREIRA, A. C. Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes/RJ/Brasil. Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo. v. 36, n. 2, p. 169-174. 2007.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SHANKLAND, A. A Saúde Indígena no Mundo. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial (revisado). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, São Paulo. abril. 2009c. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi\\_DiagnosticoSSI.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf)>. Acesso em 18/01/2010.

SILVEIRA, R. et al. Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na Atenção Básica em Rio Branco. IN PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 75-101.

SOUZA, R. R. de. Políticas e práticas de saúde e equidade. Revista de Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. v. 41, n. esp, p. 765-770, dez. 2007.

TANAKA, O. Y.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. do. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife. v. 8, n. 3, p. 325-332, jul. / set. 2008.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CÉSAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 24, n.3, p.663-674, mar. 2008.

UCHIMURA, K.Y; BOSI, M. L. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov/dez. 2002.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S.de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 24, Sup. 1, p.173-182, 2008.

VERANI, C. B. L. A política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub705.rtf>>. Acesso em: 19/01/2010.

VUORI, H. A qualidade da Saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Londrina. v.3, p.17-24, fev. 1991.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. v. 61, n. 5, p. 595-602, set/out. 2008.