

ISSN 0103-1104



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 36 • n. 94 • jul./set. 2012



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 36 n. 94 • jun./set. 2012

Atenção Primária à Saúde

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

317 EDITORIAL • EDITORIAL

319 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGO DE DEBATE • DEBATE ARTICLE

327 **Atención Primaria de la Salud en Debate**

Debate on Primary Health Care

Mario Rovere

343 **Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?**

Primary Health Care: a recipe for all seasons?

Jairnilson Silva Paim

348 **Comentario sobre investigación en sistemas de salud, atención primaria de salud y participación para la transformación social**

Comment on investigation of health systems, health primary care, and participation to social change

Françoise Barten

352 **Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate"**

Dialoging with Mario Rovere about the article "Debate on Primary Health Care"

Oscar Feo

355 **Sobre a necessidade de legitimar as práticas de atenção primária**

On the need to legitimate primary care practices.

Eleonor Minho Conill

REPLICA • REPLY

358 **Respuesta a los comentaristas**

Answer to the commentators

Mario Rovere

ARTIGOS ORIGINAIS • ORIGINAL ARTICLES

362 **Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto**

Primary Health Care in Argentina: disordered proliferation and conflicting models

Anaía Bertolotto, Ana Fuks, Mario Rovere

375 **Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários**

Health care coordination by primary health care and its implications for users' satisfaction

Patty Fidelis de Almeida, Lígia Giovanella, Berardo Augusto Nunan

392 **Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá**

An explanation from context and content of health policies to a hybrid and segmented primary health care model in Bogotá

Román Vega Romero, Jinneth Hernández Torres, Paola Andrea Mosquera Méndez

- 402 **Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador**
Participatory construction of indicators of an intercultural health model in Loreto county, Ecuador
 Erika Lorena Arteaga, Miguel San Sebastián, Alfredo Amores
- 414 **La construcción del sistema comunitario de salud de Guarjila: sistematización de una experiencia de Atención Primaria de Salud Integral en El Salvador durante el período 1987-2007**
Construction of the community health system in Guarjila: systematization of an experience of Comprehensive Primary Health Care in El Salvador in the period 1987-2007
 María Argelia Dubón Abrego, Dagoberto Menjivar López, Eduardo Espinoza Fiallos, Christa Baatz
- 421 **De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública**
From the invisibility of the situation of rural and community health services in Uruguay towards the prioritization of rural health as public policy.
 Fernando Borgia, Alexis Gularte, Ingrid Gabrielzyk, Marcela Azambuja, Jorge Soto, Miguel Corneo, Helena Giménez, Marlene Arraras, Sebastián González
- 436 **La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires**
Local implementation of the primary health care in Argentina: case study in Lanús municipality, Buenos Aires province
 Sara Ardila Gómez, Pierre de Paepe, Leandro Luciani Conde, Alicia Stolkiner
- 449 **Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011**
Primary Health Care assessment in a urban context: perceptions of social actors – Bañado Sur – Paraguay, 2011
 María Isabel Rodríguez-Riveros, Ivani Bursztyn, Mónica Ruoti, Roberto Dullak, Malvina Páez, Elizabeth Orué, Mónica Sequera, Nathalie Lampert, Graciela Giménez, Stella Velázquez
- 461 **El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011**
The approach of Primary Health Care, organizative models and practices: case of a urban public Health Center in Montevideo, Uruguay 2011.
 Rosario Berterretche, Ana Sollazzo

ARTIGO DE OPINIÃO • OPINION ARTICLE

- 473 **Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud**
Community dimensions of Integral Primary Health Care
 David Sanders, Ronald Labonté, Corinne Packer, Nikki Schaay

ARTIGOS ORIGINAIS • ORIGINAL ARTICLES

- 482 **Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências**
Primary health care in South America in comparative perspective: changes and trends
 Adelyne Maria Mendes Pereira, Ana Luisa Barros de Castro, Rafael Antonio Malagón Oviedo, Ludmila Gonçalves Barbosa, Camila Duarte Gerassi, Ligia Giovanella

RESENHA • CRITICAL REVIEW

- 500 **Dilemas e Desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008**
 Adriano Maia de Santos

Editorial

Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde

O processo da reforma sanitária no Brasil é inspiração para os países latino-americanos por ser um projeto político de mudança de valor, a partir da garantia da saúde universal e da solidariedade como fatores estruturantes na fundamentação dos direitos sociais – o que deve ser traduzido na proteção e na segurança social.

No contexto desses princípios, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser concebido como uma estratégia de construção da democracia por meio da ampliação da esfera pública, da inclusão social e da redução das desigualdades.

O SUS é a institucionalização parcial dos princípios da reforma sanitária, já que a atenção e o cuidado aos quais se destina é parte do direito à saúde. Mesmo assim, a consolidação do SUS tem grande significado em se tratando de análises sobre os rumos da reforma sanitária. É preciso distinguir e ressaltar que o SUS referido deve ser universal, assim como oferecer integralidade, qualidade e humanização como base de sua organização e funcionamento.

O atual financiamento público da saúde não é condizente com o projeto universalista da Constituição Federal. Este projeto requer, entre tantas necessidades, a ampliação da infraestrutura, profissionais qualificados e bem pagos, insumos adequados, produção de conhecimento e de tecnologias. Tudo isso requer mais investimento público.

Em nome da governabilidade, os gestores repartem entre os partidos aliados os diversos setores da administração pública e, assim, a saúde se torna refém do clientelismo nos cargos de confiança, negligenciando o mérito, o profissionalismo, a competência técnica e a qualidade dos condutores da política de saúde.

O SUS representa muito para a população brasileira, e todas as evidências da ampliação do acesso observada nas três últimas décadas devem ser creditadas à sua existência. Antes dele, menos de 10% da população usou serviços de saúde nos quinze dias anteriores à data em que foram entrevistadas. Atualmente, mais de 15% teve acesso a esses serviços. A grande maioria da população atendida pelo SUS avalia seus serviços como 'muito bons'. Para ilustrar a ampliação efetiva de acesso propiciada pelo sistema, em 1998 as pessoas que dispunham de um plano privado de saúde tinham 200% mais chances de usar um serviço de saúde em relação às que não tinham tal benefício. Hoje, esta relação está abaixo dos 70%.

Entretanto, 24 anos após sua criação, o SUS ainda não conseguiu reverter as profundas desigualdades no acesso das pessoas aos serviços de saúde. Entre os mais pobres, mais de 20% não tiveram oportunidade de ir a uma consulta odontológica, fato que não ocorre entre as pessoas de renda mais elevada.

Em relação à qualidade, a persistente presença da alta mortalidade materna testemunha a frágil qualidade da atenção oferecida, na maioria das vezes fragmentada e sem a retaguarda do apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesse sentido é preciso insistir que o aumento no acesso não significa acessibilidade universal e, tampouco, dignidade. Se persistirem as análises ufanistas que desprezam a leitura da realidade da assistência à saúde no Brasil, não serão criadas as bases críticas nem as alternativas tecnológicas com vistas à mudança das formas de acesso, dos modelos de atenção e da qualidade do cuidado.

Estas mudanças, quando relacionadas ao modelo de atenção, precisam considerar a complexidade da saúde e a atenção primária como eixo coordenador do processo do cuidado. Dito dessa forma, tudo parece simples, não fosse a cultura hegemônica que sempre localizou o hospital no centro da atenção à saúde, ocasionando a persistente dificuldade de compreender o sentido real da atenção primária. Este número da revista *Saúde em Debate* é mais uma contribuição do CEBES para o entendimento da importância e do caráter da atenção primária.

A Diretoria Nacional

Editorial

Brazilian lessons on the search for the Universal Right to Health

The process of sanitary reform in Brazil is an inspiration to the Latin American countries because it is a political project to change values, which comes from the assurance of universal health and solidarity as structural factors to be the base of social rights – and this should be translated into protection and social security.

In the context of these principles, the Unified Health System (SUS) should be perceived as a strategy to build democracy by means of increasing the public sphere and social inclusion, and also by decreasing inequities.

SUS is the partial institutionalization of sanitary reform principles, since the care and attention to which it is addressed partly concerns the right to health. Even so, the consolidation of SUS is meaningful when it comes to analyzing the future of the sanitary reform. It is necessary to distinguish and point out that SUS should be universal and offer integrality, quality and humanization, as the base of its organization and functioning.

The current public financing of health is not in accordance with the universalist project of the Federal Constitution. This project requires, among many needs, the improvement of infrastructure, qualified and well paid professionals, proper materials, production of knowledge and technologies. All of those items require more public investment.

On behalf of governability, administrators share the different sectors of public administration among the allied parties, and with that health becomes a hostage of patronage in positions of trust, thus neglecting merit, professionalism, technical ability and quality of the conductors of health policies.

SUS represents a great deal to the Brazilian population, and all evidence to increase the access observed in the past three decades should be due to its existence. Before SUS, less than 10% of the population attended health services in the fifteen days prior to the date when they were interviewed. Nowadays, more than 15% had access to these services. The great majority of the population assisted by SUS analyzes its services as 'very good'. To demonstrate the effective increased access provided by the system, in 1998 people who paid for private health care had 200% more chances of using a health service in relation to those who did not have such benefit. Nowadays, this difference is below 70%.

Atenção Primária Integral à Saúde em perspectiva: experiências latino-americanas

O objetivo principal desta edição é divulgar experiências latino-americanas de construção e problematização das diversas abordagens da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma perspectiva integral.

No ano de 2008, um conjunto de propostas de investigação que incluiu países da África, Ásia, Austrália e América Latina foi selecionado pelo Edital 'Revitalizando la salud para todos: Solicitudes de declaración de interés para participar en una nueva investigación y formación en la investigación de Atención Primaria en Salud', apoiado pela Teasdale-Corti Global Research Initiative. O objetivo foi incentivar a formação de pesquisadores e a produção de conhecimento para consolidação de propostas de Atenção Primária Integral à Saúde. Equipes de sete países foram selecionadas na região latino-americana: Argentina, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador; Nicarágua e Uruguai. As propostas de Equador e Nicarágua, ainda que não selecionadas para o financiamento pela Teasdale-Corti, participaram de diversas atividades proporcionadas pelo programa de formação de suas equipes de investigação. Os trabalhos desenvolvidos por tríades compostas por pesquisadores júnior e sênior, assim como gestores, potenciais usuários dos resultados, permitiu conhecer os desafios colocados à constituição de sistemas públicos universais coordenados por uma APS abrangente, aqui denominada 'Atenção Primária Integral à Saúde'. Os diferentes contextos históricos e modelos de proteção social conformaram uma série de experiências em atenção primária, ora claramente seletivas, ora em busca de protagonismo ou mesmo inserção nos sistemas nacionais de saúde.

Este número é iniciado pelo artigo de debate de autoria de Mario Rovere, que nos provoca a problematizar, ainda que tenha alcançado expressiva notoriedade desde Alma-Ata, a imprecisão conceitual e de práticas desenvolvidas sob o manto genérico da atenção primária, convivendo, muitas vezes, de forma harmônica, apesar das contradições. Rovere ressalta a necessidade de se ter uma perspectiva estratégica que considere o campo de forças capaz de colocar em prática um enfoque transformador de APS, que contribua com as verdadeiras transformações sociais, econômicas, políticas e culturais em nossas sociedades em busca de maior justiça social. De forma instigante, o artigo é debatido e complementado por Eleonor Minho Conill, que, além de elementos históricos, discute a necessidade de separar, do ponto de vista analítico, ações/decisões empreendidas nos níveis macro (formulação de políticas), no nível meso (gestão) e no nível micro (prestação direta de serviços) e suas implicações para a condução das reformas em saúde, particularmente da APS. Françoise Barten também salienta as imprecisões conceituais e práticas apontadas por Rovere e destaca a relevância da investigação de sistemas e políticas

de saúde como um instrumento potencial para reduzir a distância entre discurso e prática. Jairnilson Paim, com o provocativo título ‘Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?’ nos convida a repensar a APS do ponto de vista de seus diversos atores, hegemônicos e contra-hegemônicos, destacando que a aproximação orgânica aos novos atores que emergem com a ampliação da cobertura por estratégias de APS pode desequilibrar o binômio conservação-mudança, reforçando o eixo da transformação. Por fim, Oscar Feo nos instiga a refletir por que o termo APS gerou tanta confusão e dissenso. Os conflitos presentes em Alma-Ata e a própria tradução do termo ‘Primary Health Care’ apontam alguns sinais. Ainda na atmosfera de Alma-Ata, Feo relança as perguntas colocadas por Mahler, diretor da OMS à época, que nos ajudam a analisar os rumos, acertos e erros cometidos pela APS desde então.

Os estudos que compõem este número temático apresentam experiências de pesquisa de seis países acima mencionados. Mais que um eixo comum, as perspectivas apresentadas demonstram como cada um destes países vem buscando construir sistemas de saúde mais justos e universais, guiados por uma atenção primária integral, embora muitas vezes constituam movimentos contra-hegemônicos ao interior de cada realidade nacional. Militância e investigação se mesclam. O artigo de Analía Bertolotto *et al.* discute como as marcas da repressão política na Argentina se expressam nas concepções de APS, provenientes de diferentes tradições de saúde pública e, na formação e prática dos profissionais de saúde. O artigo de autoria de Patty Fidelis de Almeida *et al.* apresenta indicadores para avaliação da coordenação dos cuidados pela APS, compreendida como um atributo essencial da abordagem integral em saúde, e analisa possíveis relações entre melhor coordenação e satisfação dos usuários com o desempenho das equipes de Saúde da Família em centros urbanos brasileiros. Román Vega Romero *et al.* discutem como o contexto e o conteúdo das políticas de saúde no país influenciam o modelo de APS surgido em Bogotá, no período de 2004-2010, demonstrando que embora a APS possa alcançar resultados positivos na diminuição das iniquidades em saúde, sofre constrangimentos impostos por um modelo de proteção em saúde com orientação ao mercado, segmentado e fragmentado. O artigo de Erika Arteaga *et al.* apresenta os resultados da construção de indicadores de qualidade para avaliar a implementação de um modelo de saúde intercultural no Equador, com a participação de usuários e provedores indígenas, grupo tradicionalmente não considerado pelas políticas oficiais de saúde. Em alguns estudos, a história reconstituída é a própria história dos atores/pesquisadores, caso mais contundente na descrição e análise da experiência de saúde comunitária, surgida na década 1980, durante a guerra civil contra a ditadura militar em El Salvador e relatada por María Argelia Dubón *et al.* Os desafios da construção e manutenção de policlínicas comunitárias rurais em estruturas sustentadas por comunidades locais, assim como o recente movimento de incorporação ao sistema nacional de saúde uruguaio, são apresentadas por Fernando Borgia *et al.*

Com base nos achados de estudos realizados na África e na Ásia com foco nas dimensões comunitárias da Atenção Primária à Saúde, no contexto do Edital

‘Revitalizando la salud para todos’ David Sanders *et al.* abordam três aspectos da APS. Primeiramente, apresentam uma reflexão sobre sua história e fatores que afetam os esforços para implementar concepções abrangentes de APS. Em seguida, discutem o que tem sido realizado em relação aos princípios da Declaração de Alma-Ata; e, por fim, apontam as reformas dos sistemas de saúde necessárias para alcançar tais princípios.

Na presente publicação, associamos a esta iniciativa artigos com resultados de projeto multicêntrico de avaliação de experiências locais de Atenção Primária à Saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai, realizada com o apoio da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul e financiadas pelo International Development Research Centre (IDRC), no Canadá. Os artigos apresentados por Sara Ardila Gómez *et al.* em um município da Província de Buenos Aires; por María Isabel Rodríguez-Riveros *et al.*, na localidade de Bañado Sur, periferia de Assunción, Paraguai; e por Rosário Berterretche e Ana Sollazzo, com resultados do estudo de caso de um Centro de Saúde em Montevideú, Uruguai, utilizaram para análise dos atributos da APS a adaptação de metodologia de avaliação rápida de atenção primária (PCATool). Outro artigo na mesma temática, por meio de análise comparada, aborda similitudes e especificidades de quatro países – Bolívia, Uruguai, Venezuela e Brasil – no processo de renovação da atenção primária na América do Sul, no que se refere a atributos de uma concepção abrangente de APS como porta de entrada, coordenação, integralidade e participação social. Argumenta que, no contexto político dos anos 2000, com os novos governos de centro-esquerda e esquerda, o foco das políticas foi orientado para a universalização e para os modelos assistenciais fundados em uma APS integral, permanecendo, contudo, os desafios relacionados ao contexto histórico institucional de cada país para a consolidação da atenção primária como estratégia estruturante de seus sistemas de saúde.

Em suma, mais que consensos em torno de uma só concepção, os artigos aqui apresentados confluem na busca de desvelar os caminhos para a construção de abordagens integrais em APS, dependentes de cada contexto histórico e social.

Dando prosseguimento à proposta das capas deste ano, que são inspiradas em importantes expressões da cultura brasileira, reforçamos o princípio de que cultura é saúde e vida numa concepção mais ampla. Este número contempla as famosas ‘fitinhas’ do Senhor do Bonfim de Salvador, berço nacional das tradições afrobrasileiras. Boa leitura! Axé!

Patty Fidelis de Almeida, Lúgia Giovanella e Román Vega Romero
Editores Convidados

Paulo Amarante
Editor Científico

Comprehensive Primary Health Care in Perspective: Latin American experiences

The main objective of this edition is to promote Latin American experiences of building and questioning of the several approaches of Primary Health Care (PHC) in a comprehensive perspective.

In 2008, a set of research proposals which included countries in Africa, Asia, Latin America and Australia was selected by Notice 'Revitalizando la salud para todos: Solicitudes de declaración de interés para participar de una nueva investigación y formación en la investigación de Atención Primaria en Salud', supported by Teasdale-Corti the Global Research Initiative. The objective was to encourage the training of researchers and knowledge production for consolidation of proposed Comprehensive Primary Health. Teams from seven countries in Latin America were selected: Argentina, Brazil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Nicaragua and Uruguay. Proposals from Ecuador and Nicaragua, though not selected for funding by the Teasdale-Corti, participated in various activities offered by the training program of its research teams. The work developed by triads composed of researchers, junior and senior as well as managers and potential users of the results, helped identify the challenges posed to the setting up of public universal systems coordinated by a comprehensive PHC, here named 'Comprehensive Primary Health Care'. The different historical contexts and social protection models congregated a lot of experience in primary care, sometimes clearly selective, sometimes in search of leadership or even inclusion in national health systems.

This number starts at Debate Article authored by Mario Rovere, that causes us to question, yet it has achieved significant notoriety since Alma-Ata, the conceptual vagueness and practices developed under the generic cloak of primary care, coexisting often so harmonious despite the contradictions. Rovere points out the need to have a strategic perspective that considers the force field able to put into practice a transformer focus of PHC, which contributes to the real social, economic, political and cultural transformations in our societies in search for greater social justice. Excitingly, the article is discussed and complemented by Eleanor Minho Conill, who, besides historical elements, discusses the need to separate from the analytical point of view, actions / decisions taken in macro level (policy formulation), the meso level (management) and micro level (direct service provision) and its implications for the conduct of health reforms, particularly the PHC. Françoise Barten also highlights the misconceptions and practices pointed out by Rovere and highlights the relevance of researching systems and health policies as a potential tool to reduce the distance between discourse and practice. Jairnilson Paim, with the provocative title 'Primary Health Care: a recipe for all seasons?' invites us to rethink the PHC in terms of its various actors, hegemonic and

counter-hegemonic, noting that the organic approach to new players that emerge with the wide coverage by PHC strategies can unbalance the pair conservation-change, reinforcing the axis of transformation. Finally, Oscar Feo urges us to ponder why the term APS has generated much confusion and dissent. The present conflicts in Alma-Ata and his own translation of the term 'Primary Health Care' show some signs. Still in the atmosphere of Alma-Ata, Feo relaunches the questions posed by Mahler – OMS's director at the time – to help us analyze the course, hits and errors committed by PHC since then.

The studies that comprise this special issue present research experience of six countries mentioned above. More than a common axis, the perspectives presented demonstrate how each of these countries has been seeking to build health systems more equitable, universal, guided by a comprehensive primary care, although often constitute counter-hegemonic movements within each national reality. Militancy and research are mixed. The article of Analía Bertolotto *et al.* discusses how the marks of political repression in Argentina are expressed in conceptions of PHC, from different traditions of public health, training and practice of health professionals. The article authored by Patty Fidelis de Almeida *et al.* presents indicators for assessing care coordination by PHC, understood as an essential attribute of a comprehensive and whole approach in health, and examines possible relationships between coordination and better user's satisfaction with the performance of the teams of the Family Health in Brazilian urban centers. Roman Vega Romero *et al.* discuss how the context and content of health policies in the country influence the PHC model emerged in Bogotá, in the period 2004-2010, showing that although the PHC can achieve positive results in reducing health inequities, suffers constraints imposed by a health protection model with market orientation, segmented and fragmented.

The article by Erika Arteaga *et al.* presents the results of the construction of quality indicators to evaluate the implementation of a model of intercultural health in Ecuador, with the participation of users and indigenous providers, group not traditionally considered by state health policies. In some studies, the reconstituted history is the history itself of actors / researchers, more forceful case for the description and analysis of community health experience, emerged in the 1980s, during the civil war against the military dictatorship in El Salvador and reported by María Argelia Dubón *et al.* The challenges of building and maintaining rural community polyclinics in structures supported by local communities, as well as the recent movement of incorporation to Uruguayan national health system, are presented by Fernando Borgia *et al.*

Based on the findings of studies conducted in Africa and in Asia focusing on community dimensions of Primary Health Care in the context of Notice 'Revitalizando la salud para todos' (Revitalizing health for everyone) David Sanders *et al.*, address three aspects of PHC. Firstly, make a reflection on its history and factors affecting efforts to implement comprehensive conceptions of PHC. Then, discuss what has been accomplished in relation to the principles of the Declaration of Alma-Ata; and, finally, suggest reforms of health systems needed to achieve

those principles. In this publication, we associate to this initiative articles with results from multicenter evaluation of local experiences of Primary Health Care in Argentina, Paraguay and Uruguay, held with the support of the Network Systems Research and Health Services Cone South and funded by the International Development Research Centre (IDRC), Canada.

The articles presented by Sara Ardila Gómez *et al.* in a municipality in the Province of Buenos Aires; by María Isabel Rodríguez-Riveros *et al.*, in the town of Bañado Sur, outskirts of the capital city of Asuncion, Paraguay; and by Rosario Berterretche and Ana Sollazzo, with results of study of case in a health center in Montevideo, Uruguay, used the adaptation of rapid assessment methodology for primary care (PCATool) to analyse the attributes of PHC.

Another article in the same context, through comparative analysis, discusses similarities and specificities of four countries — Bolivia, Uruguay, Venezuela and Brazil — in the process of renewal of primary care in South America, as regards the attributes of a comprehensive design of PHC as a gateway, coordination, integration and social participation. It argues that, in the political context of the 2000s, with the new left and center-left governments, the focus of policy was geared towards universalization and care models founded on an full PHC, remaining, however, the challenges related to context institutional history of each country to the consolidation of primary care as a strategy of structuring their health systems.

In short, more than consensus around a single concept, the articles presented here converge in pursuit of uncovering the ways to construct integral approaches in PHC, each dependent on historical and social context.

Continuing the proposal of the covers this year, which are inspired by important expressions of Brazilian culture, we reinforce the principle that culture is health and life on a broader conception. This issue features the famous 'ribbons' Senhor do Bonfim in Salvador, birthplace of the national afro-brazilian traditions. Happy reading! Axé!

Patty Fidelis de Almeida, Ligia Giovanella and Roman Vega Romero
Guest Editors

Paulo Amarante
Scientific Editor

La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires

Local implementation of the primary health care in Argentina: case study in Lanús municipality, Buenos Aires province

Sara Ardila Gómez¹, Pierre de Paepe², Leandro Luciani Conde³, Alicia Stolkiner⁴

¹Becaria Doctorado en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús; Docente e Investigadora de Cátedra II Salud Pública/Salud Mental en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires – Buenos Aires (BA), Argentina. saraardi@gmail.com

²Doctor of Medicine, Master of Public Health; Investigador del Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical – Amberes, Bélgica. pdpaepe@itg.be

³Doctorado en Ciencias Sociales pela Universidad de Buenos Aires (UBA) – Buenos Aires (BA); Coordinador del Departamento de Salud Comunitaria; Docente e Investigador en la Universidad Nacional de Lanús – Lanús (BA); Profesor Adjunto e Investigador de Cátedra II Salud Pública/Salud Mental en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires – Buenos Aires (BA), Argentina. llucianiconde@hotmail.com

⁴Profesora Titular e Investigadora en el Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús – Lanús (BA), Argentina. Profesora Titular e Investigadora, Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Universidad de Buenos Aires; Coordinadora del Nodo Argentino de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur – Buenos Aires (BA), Argentina. astolkiner@fibertel.com.ar

RESUMEN Se presentan resultados en Argentina de la segunda etapa de un estudio multicéntrico sobre Atención Primaria en Salud, realizado por la Universidad Nacional de Lanús y por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, financiado por el *International Development Research Center* (Canadá). Se indagó sobre la traducción en servicios, prácticas y procesos de los abordajes y modelos de la Atención Primaria en Salud. Eso es un estudio de caso que aplicó el cuestionario de Evaluación Rápida de Atención Primaria en Salud (Barbara Starfield; adaptación y validación por Almeida/Macinko) a usuarios y profesionales de centros de salud del Municipio de Lanús. Se entrevistó a gestores y fueron realizados talleres participativos. Los resultados señalan que el índice global de desempeño de la Atención Primaria en Salud en el municipio fue satisfactorio, con puntuaciones altas en las dimensiones ‘vínculo con profesionales’ y ‘formación profesional’, y bajas en ‘acceso’ y ‘orientación a la comunidad’.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Primer Nivel de Atención; Desempeño; Argentina.

ABSTRACT *Results of the second phase of a multicenter study on Primary Health Care are here presented, which were implemented by the National University of Lanús and by the Network of Research on Health Systems and Services of the Southern Cone, financed by the International Development Research Center (Canada). The objective of this phase was to describe the translation of Primary Health Care models into practices, services, and processes. It is a case study that applied the survey of Primary Health Care Fast Evaluation (Barbara Starfield, adaptation by Almeida/Macinko) to users and staff of health centers at Lanús municipality. Primary Health Care managers were interviewed, and participatory workshops were organized. Results indicate that the global index of performance of the Primary Health Care in the municipality was satisfactory with high scores on the dimensions ‘professional link’ and ‘professional training’, and low on ‘access’ and on ‘community guidance’.*

KEYWORDS: *Primary Health Care; First Level of Care; Performance; Argentina.*

Introducción

Desde su promulgación, se ha planteado que la Atención Primaria de la Salud (APS) constituye una herramienta propicia para la mejora de las condiciones de salud de la población, y, en un sentido amplio, para la materialización del derecho a la salud. No obstante, las formas en que ésta se ha llevado a la práctica han variado entre los países, e incluso al interior de los países mismos, y ha conducido a resultados disímiles. A partir de este marco, en el 2009 la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud comenzó el “Estudio multicéntrico en APS: modelos asistenciales, integración al sistema de salud e intersectorialidad en contextos urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay”, con financiación del *International Development Research Center/Canadian Institute of Interfaith Dialog* (IDRC/CIID) de Canadá. Se trataba de realizar estudios en cada uno de los países con herramientas similares que permitieron la comparación. La sede en la Argentina fue la Universidad Nacional de Lanús, en el conurbano bonaerense.

El objetivo general de la investigación fue

identificar límites y posibilidades para reorientar la APS como estrategia para alcanzar sistemas de salud integrados y universales, considerando el grado de segmentación del sistema de salud y la fragmentación en la provisión de los servicios. (RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DEL CONO SUR, 2011).

El estudio tuvo dos etapas: un análisis panorámico de la APS en los cuatro países — Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay — realizado en 2010, y estudios de casos en centros urbanos en 2011. En este trabajo se exponen resultados de esta segunda etapa en la Argentina, realizada en el municipio de Lanús.

Es necesario señalar que esta investigación se enmarca en el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud (ALMEIDA, 2000), para lo cual resultó significativo que se realizara en el municipio en el que está la universidad, que fue su sede. Esa una universidad estatal nacional

tiene como misión primaria contribuir a través de la producción y distribución de conocimiento y de innovaciones científico-tecnológicas, al desarrollo económico, social y cultural de la región, a fin de mejorar su calidad de vida y fortalecer los valores democráticos en el conjunto de la sociedad. (UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS, 2010).

La actividad del equipo de investigación se incorporó en el marco de acuerdos establecidos de cooperación con el municipio y retomó los de otro equipo de investigación de la universidad que realizó un estudio sobre desigualdades en salud en ese municipio (ALAZRAQUI; SPINELLI, 2008).

Contexto

La Atención Primaria de Salud en la Argentina

Como se señalara, en la primera etapa del estudio se analizó el desarrollo de la APS en cada país a escala nacional. Para ello, se diseñó una guía de relevamiento de indicadores socioeconómicos y sanitarios y una matriz de análisis para los datos, cuyas dimensiones fueron: capacidad de conducción, financiación, recursos (provisión y recursos humanos), integralidad y continuidad de cuidado y articulación intersectorial/relaciones de la APS con actores sociales y políticos. La segmentación del sistema y la gobernanza (BURSZTYN *et al.*, 2010) fueron categorías analíticas transversales a las dimensiones estudiadas. Los resultados sobre Argentina fueron presentados en otro trabajo (STOLKINER; COMES; GARBUS, 2011), del cual es necesario retomar algunos elementos a fin de contextualizar la situación en el municipio de estudio de esta segunda etapa.

Para empezar, cabe resaltar que el período temporal del estudio coincide en la Argentina con el posterior a la crisis económica, social y política del 2001, durante el cual hubo modificaciones importantes de las políticas sociales en el marco de una etapa de crecimiento económico sostenido. No obstante, los cambios en el sistema de salud no fueron tan notables como en otras áreas, por ejemplo, el sistema previsional. No hubo una reforma estructural del sistema de salud que comprende

tres subsectores: el estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, provincias y/o municipios; el de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el privado con financiamiento de los usuarios.

El sistema se ha caracterizado por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad. Estas se manifiestan en la coexistencia de múltiples instituciones, tanto en lo financiero como en la provisión de servicios, sin formas de coordinación que faciliten una distribución adecuada de los diferentes niveles de atención y eviten superposiciones o falta de disponibilidad. La heterogeneidad define la existencia de normas particulares para cada organización, las cuales suponen diferencias en la captación de recursos, en las formas de utilización, y en los derechos reconocidos a la población a cargo (BELMARTINO, 2005).

Por otro lado, si bien la APS está planteada como estrategia y meta en los documentos oficiales, en las prácticas se la considera equivalente al primer nivel de atención. Así mismo, su desarrollo es heterogéneo debido a que las prestaciones del primer nivel, fundamentalmente sostenidas en el subsector estatal, dependen mayoritariamente de los gobiernos provinciales o municipales en un país federal. El Ministerio de Salud de la Nación, que prácticamente no cuenta con efectores directos ni autoridad de intervención en las decisiones de salud provinciales, ha tratado de aumentar su capacidad de rectoría a través de espacios de concertación interjurisdiccional y por el desarrollo de programas monitoreados en convenio con las provincias y los municipios, por los que provee recursos.

El eje central del desarrollo de la APS lo ha constituido la provisión gratuita de medicamentos esenciales en los centros de atención de primer nivel (CAPS – Centros de Atención Primaria de la Salud), que se inició en 2002 con el programa REMEDIAR (ARGENTINA, 2006). Este programa, dirigido a población sin cobertura de obras sociales o seguros privados, también tenía entre sus objetivos modificar las pautas de utilización de servicios en un sistema tradicionalmente hospital-céntrico, redireccionando la demanda de patologías ambulatorias hacia los CAPS.

A partir de 2004, en el marco del Plan Federal de Salud, otras acciones de fortalecimiento del primer

nivel se iniciaron, entre ellas aquella destinada a formación de recursos humanos (médicos comunitarios) en articulación intersectorial con unidades académicas, y el financiamiento a los gobiernos provinciales para el fortalecimiento de redes de salud. Nos detendremos entre ellas en el Plan Nacer, creado en 2005, cuya finalidad es disminuir los índices de morbimortalidad materno-infantil, fortaleciendo la red pública de Atención Primaria en Salud. Brinda cobertura a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de seis años sin otra cobertura, y funciona en los efectores de la red pública (CAPS y Hospitales), con población nominada y por acuerdo de nación con las provincias las que contratan los efectores. Las prestaciones de este plan, gratuitas para los usuarios, se encuentran nomencladas y el Estado paga por ellas. Esos recursos se destinan a la infraestructura, el equipamiento y la capacitación e incentivo de los recursos humanos (ARGENTINA, 200?). La incorporación a este programa es necesaria como condicionalidad para el cobro completo de la Asignación Universal por Hijo, económica por niño desde el embarazo que se ofrece a las familias que no cuentan con empleo o tienen empleo informal. Para recibir la totalidad del subsidio, los beneficiarios tienen que cumplir con el plan de vacunación completo y con chequeos anuales para conseguir el certificado de salud, y los chicos de hasta seis años deben inscribirse en el Plan Nacer. Dada la magnitud de la Asociación Universal por Hijo (AUH), debe ser remarcado su impacto en las situaciones sanitaria y educativa. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, durante los primeros diez meses del 2010 la inscripción al Plan Nacer creció más del 79% respecto del mismo período del año anterior. En el plano educativo, la matrícula secundaria se incrementó un 20%; en tanto que los controles de salud y la vacunación subieron un 56% (ARGENTINA, 2011).

La Provincia de Buenos Aires, de la cual el municipio en estudio forma parte, participa de los programas nacionales REMEDIAR, NACER, Proyecto Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y Programa Federal de Salud (PROFE) (BUENOS AIRES, 200?).

Este sintético panorama nos permite afirmar que aunque el estudio realizado en un municipio no puede considerarse representativo del conjunto del país,

habilita para ver la forma particular que adquieren las orientaciones generales y las potencialidades de transformación desde el primer nivel. En segundo lugar, fundamenta que en esta etapa se haya tomado como objeto de estudio al primer nivel de atención, aunque la definición de APS que forma parte de la investigación-marco sea la comprehensiva.

El municipio en estudio

El municipio de Lanús está ubicado en la Zona Sur de un complejo conglomerado urbano, el Gran Buenos Aires, compuesto por los 24 partidos que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En él habitan 9.916.715 personas (INDEC, 2010), el 25% de la población del país. Además de ser la mayor concentración urbana de la Argentina, es probablemente la de mayor complejidad social. Durante la crisis de hace una década el 64,4% de su población se encontraba bajo la línea de pobreza (INDEC, 2002) descendiendo en 2011 a 10% de pobreza y 3% de indigencia (INDEC, 2011).

El 38% de sus habitantes no cuentan con cobertura de obra social o seguro privado de salud (INDEC, 2010). Los municipios que componen el Gran Buenos Aires forman parte de la Provincia de Buenos Aires, que organiza sus prestaciones en regiones sanitarias supra-municipales. En ellas hay prestadores provinciales y municipales, además de los privados y de obras sociales. Desde el 2006, el gobierno provincial implementa un seguro público de salud destinado a personas sin otra cobertura, con el objetivo de desarrollar acciones preventivas y brindar atención a través de los centros de salud municipales o efectores privados autorizados, a población nominada (BUENOS AIRES, 2007).

Habría que agregar que existe un intercambio y circulación permanente con la Ciudad de Buenos Aires, y los habitantes del Gran Buenos Aires incluyen en sus estrategias de cuidado de la salud el uso de servicios de salud de la Ciudad: el 32,5% de los usuarios de consultas ambulatorias de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires corresponden a habitantes del conurbano bonaerense (STOLKINER *et al.*, 2003).

El Municipio de Lanús forma parte de la Región Sanitaria VI y tiene 459.263 habitantes (INDEC, 2010). Los servicios hospitalarios del subsector estatal son: un hospital interzonal general de agudos (“Evita”), un

hospital zonal general de agudos (“Dr. Narciso López”), uno local general de agudos (“Dr. Arturo Melo”) y uno zonal especializado en oncología, todos de dependencia provincial excepto el local que es de dependencia municipal (BUENOS AIRES, 2007). También es prestador del programa maternoinfantil del municipio un hospital pediátrico del sector privado (LANÚS, 2012a). La secretaría de salud municipal cuenta con 8 unidades sanitarias y 32 centros de atención de la salud, además de 1 Departamento de Medicina Preventiva que desarrolla ocho programas. Las unidades sanitarias se consideran parte del primer nivel de atención pero, a diferencia de los centros de salud, cuentan con servicio de guardia permanente en clínica médica, pediatría y enfermería y algunas de ellas realizan análisis clínicos, radiografías, colposcopias, Papanicolau y ecografías (LANÚS, 2012b), como visto en Figura 1.

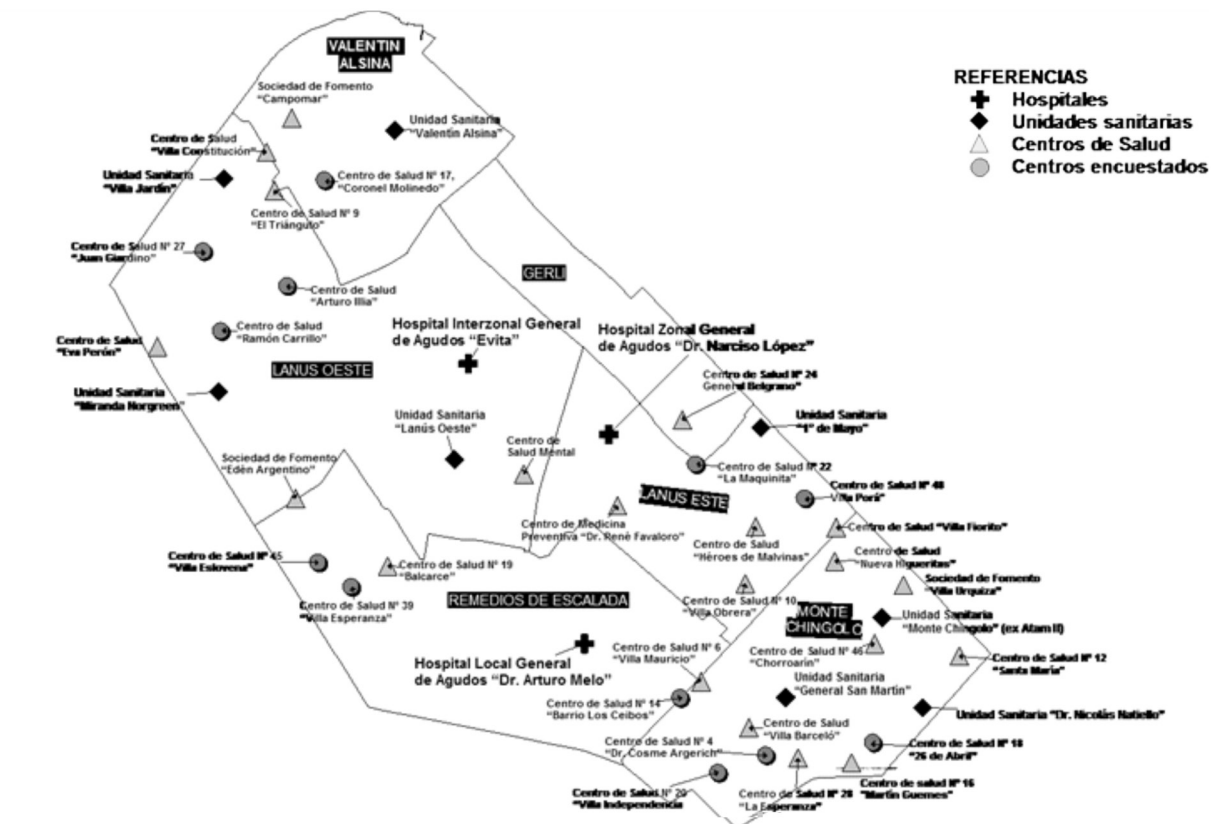
Como ya se mencionara, en el primer nivel de atención confluyen recursos humanos y materiales y normativas provistos por los niveles nacional, provincial y municipal, aunque la responsabilidad de la gestión recaiga sobre el municipal. Entre los programas nacionales en ejecución en el municipio se cuentan el REMEDIAR, NACER y Médicos Comunitarios.

Como dato político a señalar, el municipio tuvo el mismo intendente o alcalde durante el período constitucional de 1973–1976 y desde el retorno a la democracia en 1983 hasta 2007, continuidad que probablemente estableció prácticas de gestión y redes de funcionamiento informal con potencial resistencia a cambios. La investigación se realizó durante la primera gestión posterior a ese período (la cual fue reelecta en 2011), que bien puede considerarse una etapa de transición.

Metodología

El objetivo de esta fase de la investigación fue comprender cómo los abordajes de la APS y los correspondientes modelos organizacionales de oferta y gestión de la APS son traducidos en servicios, prácticas y procesos, y cómo ocurre la interacción entre los actores involucrados en el territorio. Las herramientas aplicadas fueron: un cuestionario de Evaluación Rápida de APS, común a todos los países del estudio, al que se le hicieron algunas modificaciones de lenguaje para

Figura 1. Mapa de efectores de Lanús, en 2011.



adaptarlo al español local; entrevistas semidirigidas a gestores del municipio, basadas en una guía de preguntas que abordaba las dimensiones del cuestionario, y un taller de devolución y debate de resultados al cual asistieron parte del personal de gestión de salud del municipio, los encuestadores (promotores y estudiantes) y docentes e investigadores del Departamento de Salud Comunitaria de la universidad.

El cuestionario, una adaptación del de Barbara Starfield realizada y validada por Almeida y Macinko (2006), fue aplicado a usuarios y profesionales de centros de salud. Se decidió dividir la categoría usuarios en adultos que consultan y adultos que llevan niños a la consulta, porque difería el nivel educativo entre ambos los grupos. Otra decisión metodológica fue aplicarlo solamente a los centros de salud y no a las unidades sanitarias, debido a la necesidad de trabajar unidades de análisis similares para la comparabilidad con los otros

países, pese a la particularidad de este municipio de tener dos tipos de niveles de complejidad en el primer nivel de atención.

Para la aplicación del cuestionario, se realizó una muestra aleatoria de 12 centros de salud sobre los 32 existentes. En cada uno de ellos se encuestó a 20 usuarios seleccionados aleatoriamente por selección sistemática, y tres médicos. La muestra quedó conformada por 161 adultos consultantes, 79 adultos acompañantes y 36 médicos y fue aplicada por equipos constituidos por un estudiante de trabajo social de la Universidad y un promotor de salud del municipio, a los que se les proveyó una capacitación para la tarea.

Los resultados se analizaron según las ocho dimensiones para la evaluación del desempeño de la atención primaria del cuestionario: acceso, puerta de entrada, vínculo, portafolio de servicios, coordinación, enfoque familiar, orientación a la comunidad y formación

profesional. Cada una de ellas está compuesta por una serie de variables, de cuyo promedio resulta el valor para cada dimensión, siendo seis el valor máximo y uno el mínimo. Finalmente, del promedio de las ocho dimensiones se obtiene el valor global de desempeño de la atención primaria.

Resultados

se expondrán los resultados por dimensión del cuestionario, triangulando con las observaciones que aparecieron en el taller de debate y en las entrevistas con gestores.

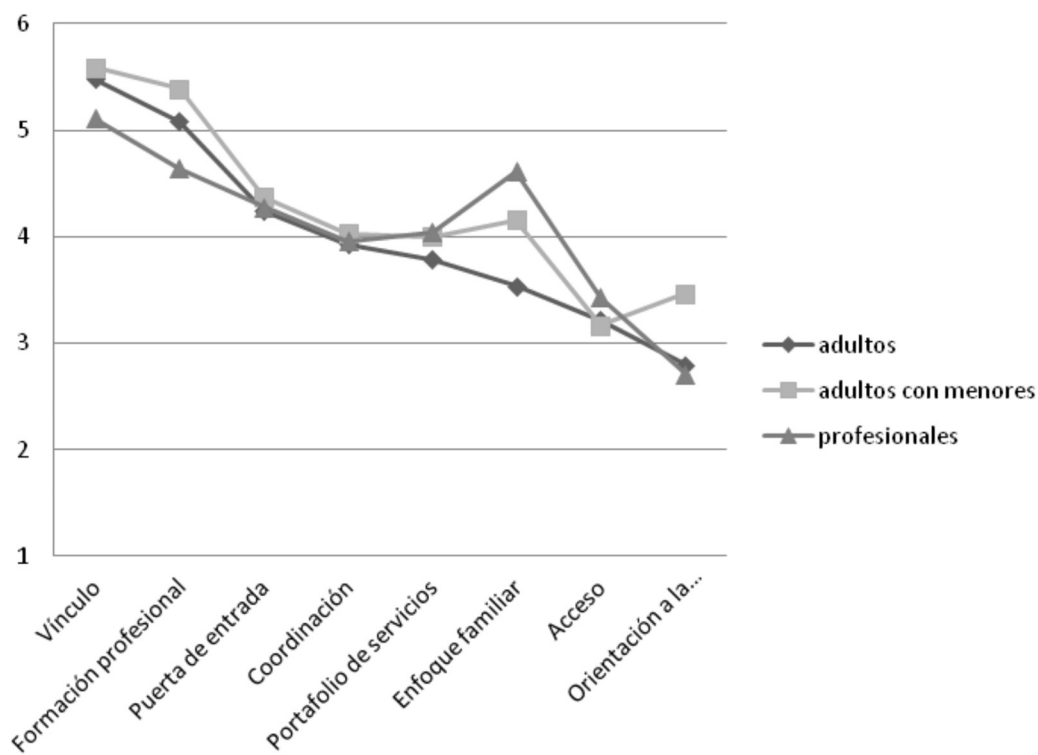
Desempeño de la atención primaria en salud segundo la evaluación de profesionales y usuarios

El índice global de desempeño de la APS en el municipio dio una puntuación mayor de cuatro, satisfactoria considerando que el valor máximo es seis. Hubo

bastante coincidencia entre usuarios adultos (4,01), acompañantes de niños (4,27) y profesionales (4,1). Como se destacará al analizar las dimensiones, los máximos valores los obtuvieron las variables de vínculo con los profesionales y formación profesional, y las puntuaciones más bajas correspondieron al acceso y a la orientación comunitaria (gráfico 1). Los resultados globales por dimensión son presentados en los gráfico 2, 3 y 4.

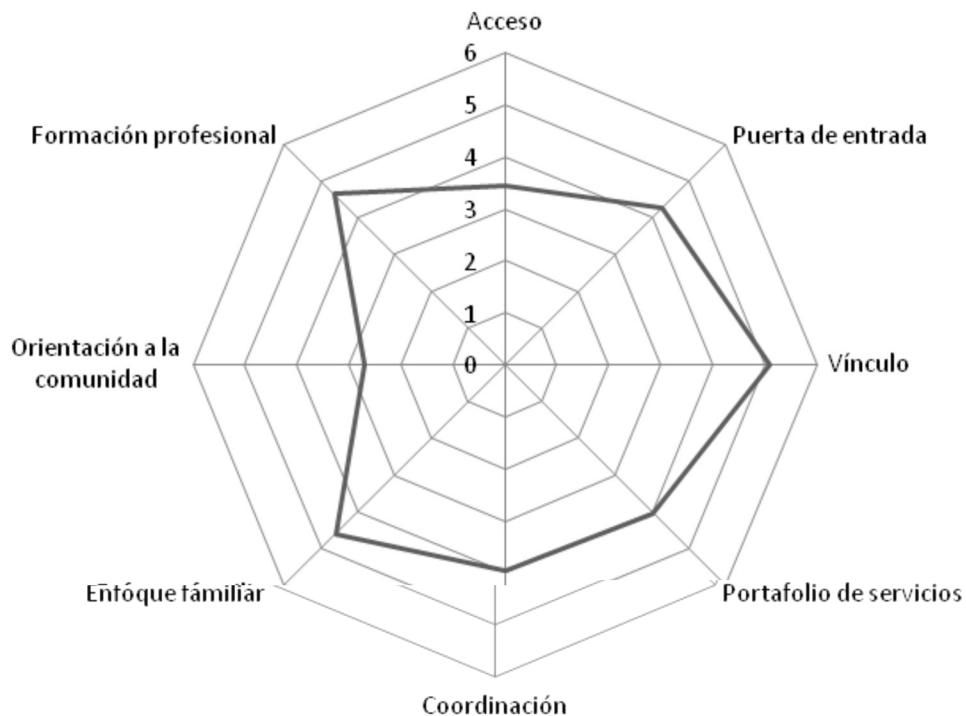
La dimensión ‘acceso’ tuvo una valoración de poco más de tres sobre seis, baja en relación a otras. Dentro de ella las variables que más alto puntaje obtuvieron fueron la ausencia de aranceles, la facilidad para conseguir citas y la disponibilidad de medicamentos, teniendo esta última más alta valoración por parte de los acompañantes que de los usuarios adultos. El tiempo de espera tuvo una valoración intermedia, y fueron muy bajas las de cita telefónica y consulta luego de las 18 horas, o durante los fines de semana. Las respuestas de los profesionales fueron congruentes con las de los usuarios.

Gráfico 1. Resultados globales de las respuestas al cuestionario según dimensiones, Lanús, en 2011.



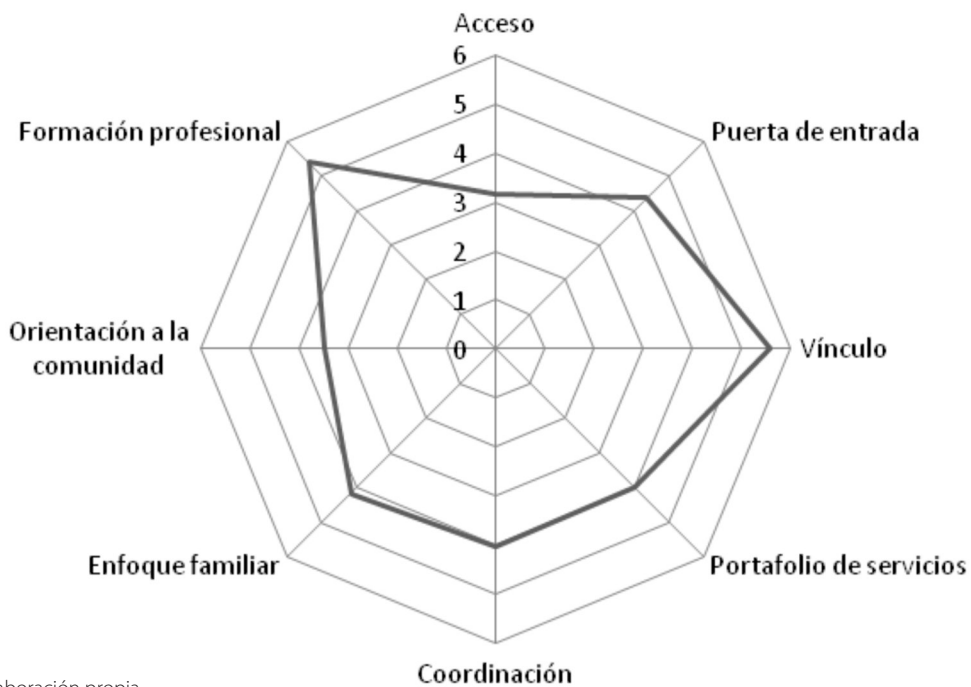
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Resultados globales de las respuestas al cuestionario según dimensiones en usuarios adultos, Lanús, en 2011.



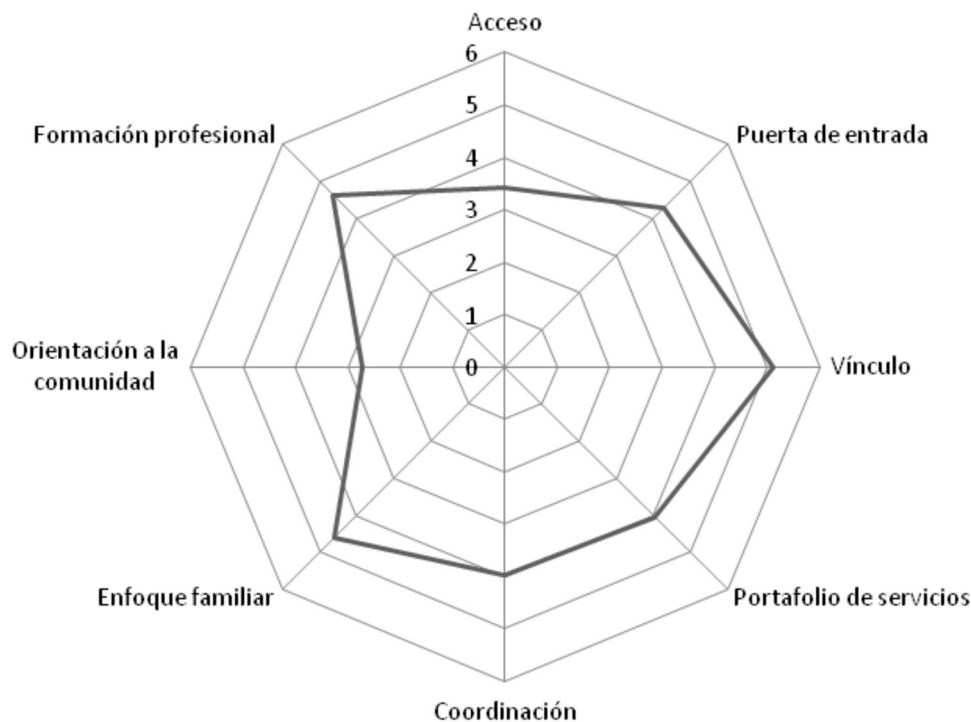
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Resultados globales de las respuestas al cuestionario según dimensiones en usuarios acompañantes de niños, Lanús, en 2011.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. Resultados globales de las respuestas al cuestionario según dimensiones en profesionales servicios, Lanús, en 2011.



Fuente: Elaboración propia.

En el debate de resultados, los gestores observaron que se había producido un sesgo al no incluir en la muestra las unidades sanitarias que tienen guardia permanente y son el lugar de referencia para consulta fuera del horario de atención de los centros. Es necesario observar que el valor global de esta dimensión se logró al promediar algunos valores particularmente altos (ausencia de pago de aranceles y facilidad para acceder a la consulta) y otros notablemente bajos, debido a que el ítem evaluado (horario de atención posterior a las 18 horas, atención telefónica fuera de los horarios de funcionamiento, atención durante los fines de semana y otros) no está planeado en las prestaciones de estos establecimientos.

Para la dimensión 'puerta de entrada' en ambos los grupos de usuarios (adultos y acompañantes), la valoración fue alta para las variables de esta dimensión, difiriendo únicamente en que los acompañantes dan más respuestas positivas que los usuarios adultos ante la necesidad de consultar al centro de salud antes de ser

dirigido a un especialista. Los profesionales también tuvieron una respuesta positiva alta a este ítem. La consulta por control preventivo tuvo un valor levemente más bajo que por aquella por problemas de salud, dentro de un rango alto para ambas.

La evaluación sobre el 'vínculo de los usuarios con el servicio' fue alta en ambos grupos de usuarios, situándose los valores entre cinco y seis para sus variables. Es posible sintetizar que los usuarios opinan que son atendidos usualmente por el mismo profesional, que éste les da un tiempo adecuado de consulta, anota los motivos, atiende a sus dudas y preguntas, responde de manera comprensible a ellas, conoce los medicamentos y, en menor medida, sabe si el usuario no puede conseguirlos.

Los profesionales dan un resultado similar en las preguntas comunes, dado que las hay específicas para ellos. Entre estas últimas, la variable que recibió la puntuación más baja es la que evalúa si tienen población adscrita.

La dimensión 'cartera de servicios' contiene 19 variables referidas a distintos servicios de atención y prevención, que es esperable se brinden en un primer nivel de atención. Once de estas variables, en general las de atención más tradicional en este nivel, obtuvieron una valoración de cuatro o más puntos con bastante homogeneidad en las respuestas de usuarios adultos y acompañantes. Se situaron por debajo de los tres puntos la recolección de muestras para laboratorio (que no se realiza en los centros, sino en las unidades sanitarias), algunas actividades preventivas como consejería sobre consumo de alcohol y tabaquismo, actividad física y violencia familiar; la atención de patologías no graves en salud mental y la educación sobre accidentes domésticos. Hubo algunas discordancias con los profesionales dentro de las preguntas que son específicas para ellos, la existencia de protocolos para la actividad dio una puntuación intermedia.

En la dimensión 'coordinación' se incluyen variables importantes a los fines de esta investigación, que refieren a la continuidad de cuidados porque indaga sobre mecanismos de referencia y contrarreferencia. Lo primero a señalar es que muy pocos de los entrevistados responden haber realizado una consulta con un servicio especializado (en ambos los grupos el puntaje es menos de dos), no obstante es muy alta la puntuación en las respuestas de los profesionales a la pregunta sobre haber indicado consulta en otros niveles de atención. A su vez, dos valores que aparecen bajos en la encuesta a profesionales son los referentes a supervisión de necesidades de referencia y a la auditoría de registros de historia clínica. Como lo mencionamos, en el sistema de prestaciones del municipio, los hospitales son de dependencia provincial (excepto el Melo, que es de dependencia municipal) y, a su vez, es una práctica frecuente de la población realizar la consulta especializada en otras jurisdicciones o en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires.

La dimensión 'enfoque familiar' obtuvo un valor global bajo en relación a otras, con algunas discordancias entre los grupos. Los profesionales reconocen la ausencia de una historia clínica familiar, pero afirman pedir información sobre enfermedades familiares, factores de riesgo social y también que pueden hablar con la familia del paciente. Los usuarios adultos consideran

que es poco frecuente que se les pregunte sobre sus condiciones familiares o que los profesionales conozcan a su familia, sin embargo la puntuación de la variable que indaga sobre si los profesionales estarían dispuestos a hablar con su familia es alta. Finalmente, los acompañantes de consulta de niños difieren de los usuarios adultos, dando una valoración más alta al conocimiento que los profesionales tienen de la familia y a las preguntas sobre condiciones familiares. Esta última diferencia probablemente sea debido a las particularidades de los cuidados y enfoque pediátricos, necesariamente más referidos a la familia.

La dimensión 'orientación a la comunidad' resultó con una puntuación global baja. Aunque los resultados fueron bastante homogéneos entre los grupos, tuvo un valor global más alto en los acompañantes de niños. Esta diferencia parece deberse a la variable de 'oferta de servicios en las escuelas', que dio más alta en este grupo que en el de usuarios adultos y profesionales, quizás porque la mayoría de los acompañantes son padres o madres de niños en edad escolar y tienen otra percepción de estas actividades. También, los acompañantes dieron mayores respuestas afirmativas que los usuarios adultos frente a la pregunta si han sido consultados acerca de los servicios que se les brindan. Ambos grupos de usuarios coinciden en que no es frecuente la visita domiciliaria, y en que es baja la participación de la comunidad en los centros de salud y la relación de éstos con organizaciones de la sociedad civil. Las respuestas de los profesionales coinciden con las de los usuarios y, en sus variables específicas, registran que es baja la autonomía para reorganizar servicios y escasa la realización de encuestas para diagnosticar necesidades y problemas de la comunidad atendida.

Para la 'formación profesional', la valoración global de usuarios y acompañantes dio más alta que aquella de los profesionales, quizás porque estos últimos respondieron a preguntas específicas para ellos que modificaron el resultado global. Así, los usuarios y acompañantes opinaron que recomendarían este centro de salud a un familiar o amigo, que, en general, sus problemas son resueltos en el mismo, que usualmente hay por lo menos un médico/a y enfermero/a brindando atención y que el personal del centro se relaciona bien con la comunidad. Por su parte, los profesionales

coincidieron con los usuarios en la valoración de las preguntas comunes, pero en las específicas ellos consideraron baja la capacitación en APS de médicos y profesionales, obteniendo una valoración satisfactoria en lo referente a adecuación del personal a las características de diversidad étnica y cultural de la población.

Evaluación de gestores y taller de debate

Las entrevistas con gestores fueron realizadas previamente a la aplicación del cuestionario y atendiendo a las dimensiones del mismo. Se entrevistó a tres gestores: secretario de salud del municipio, director del centro municipal de prevención y director de la división de establecimientos asistenciales. Sus respuestas corroboraron el cuestionario en casi todas las dimensiones, menos en enfoque familiar y comunitario, en los cuales su valoración parece ser más alta que la obtenida en los resultados de la encuesta. Señalaron que la consulta en los centros de salud se ha duplicado en los últimos tres años. Reconocieron que la provisión de medicamentos es amplia, basada en el Programa REMEDIAR y que la consulta es gratuita. En su opinión, la espera de los usuarios para ser atendido en los CAPS rara vez supera los 30 minutos y los usuarios son atendidos generalmente por el mismo profesional, pese a que no hay población adscrita. Coinciden en la necesidad de mejorar la supervisión de los profesionales/auditoría de historias clínicas. En la opinión de los gestores, la capacitación es ofrecida esencialmente por los programas verticales.

Los gestores reconocen que no hay barreras que impidan a un usuario acceder al sistema de salud en ninguno de sus niveles y reconocen las dificultades del sistema de referencia y contrarreferencia, considerando que sería mejor que hubiera niveles de atención más definidos para el acceso. Los gestores opinan que sería necesario un mayor presupuesto para la atención primaria y uno para el rápido mantenimiento de los centros de primer nivel.

En el taller de debate de resultados, una de sus observaciones fue el sesgo que en la dimensión de acceso había producido el no incluir las unidades sanitarias

entrada) deben ser relativizados, teniendo en cuenta particularidades de la herramienta utilizada y decisiones metodológicas del estudio.

El bajo puntaje obtenido en la dimensión 'orientación a la comunidad' confluye con lo observado en la fase panorámica de la investigación respecto a la ausencia, en la implementación de la APS, de lineamientos o dispositivos institucionales que generen espacios para tal participación, por ejemplo, consejos locales de salud. También pueden relacionarse con esta dimensión algunos otros resultados, como la escasa aplicación de encuestas de necesidades o problemas y la falta de visitas domiciliarias, estos sugieren la presencia de una cultura institucional de concentración de la práctica en los efectores de salud, aún cuando 'el conocimiento de los problemas de salud de la comunidad' resultó una variable con buen puntaje.

El perfil obtenido por la encuesta da cuenta de un importante reconocimiento de los usuarios hacia el vínculo con los profesionales de los centros y su formación, el soporte fundamental de éste sería que generalmente son atendidos por el mismo profesional y que éste no tiene restricciones en cuanto al tiempo dedicado a la consulta. Teniendo en cuenta que, como se mostró en el presente estudio, no existe población adscripta y habría escasa auditoría de procedimientos e historias clínicas, esta pareciera ser una práctica desarrollada 'espontáneamente' por los agentes de salud, que debiera ser promovida y resguardada. De todos modos, sería interesante triangular estos resultados con un estudio cualitativo que permitiera indagar cómo se construye y en qué representaciones se sostiene este reconocimiento. Se trataría de problematizar el 'encuentro' entre población y agentes de salud, teniendo en cuenta los componentes socioculturales del mismo (LUPPI *et al.*, 1993). Es de señalar también como hipótesis que este vínculo de los usuarios con los profesionales haya sido un factor que incidió en la diferencia entre los puntajes entre usuarios y profesionales en algunas de las dimensiones, en donde los puntajes de los usuarios fueron más altos que los otorgados por los profesionales.

Por otro lado, la herramienta utilizada permite un perfil minucioso de las prácticas del primer nivel de atención y resulta útil para la comparación. En la revisión bibliográfica se encontraron investigaciones en las

que se la utiliza para comparar servicios privados y estatales (VEGA; MARTÍNEZ; ACOSTA, 2009). Pero presenta limitaciones que fueron motivo de debate en el equipo de investigación. Una limitación es que se asigna el mismo valor de ponderación a variables que no son equivalentes en cuanto a su peso en la utilización de los servicios. Un ejemplo sería la baja puntuación que obtuvo la dimensión de acceso. Como se expuso, se llegó a este resultado por una combinación de valores extremos altos y bajos. Sin embargo, tratándose de población de bajos recursos económicos, la accesibilidad económica facilitada por la ausencia de aranceles y la gratuidad de los medicamentos (ambas variables con puntajes altos) deben tener un peso significativamente mayor en el acceso a los servicios que, por ejemplo, la posibilidad de solicitar turno de manera telefónica (el puntaje más bajo). En estudios realizados durante los 1990, con población pobre de otro municipio, la imposibilidad de comprar los medicamentos y el cobro de aranceles aparecían como las principales causas de desestimación de la consulta aún en caso de enfermedad (BARCALA; STOLKINER, 2000). Finalmente, con respecto a la dimensión de acceso, dado que se entrevistan usuarios que 'utilizan' los centros, no se puede deducir de ello conclusiones con respecto a la población en general, lo que requeriría una encuesta poblacional aleatoria.

Como otro ejemplo, uno de los problemas que los gestores consideraron relevante, el que hace a continuidad de cuidados, sólo se indaga en cinco preguntas sobre sistemas de referencia y contrarreferencia — en la dimensión de coordinación — siendo uno de los nudos de gestión más complicados probablemente. A esto se suma la limitación de las preguntas para indagar integralidad en la atención o intersectorialidad, y son pocas las preguntas sobre atención de enfermedades crónicas y salud mental.

Cabe también mencionar que el resultado de la dimensión 'puerta de entrada' resulta relativizado por aplicarse a usuarios de los centros de primer nivel, es posible que personas de ese mismo grupo poblacional asistan directamente a los hospitales locales o de otras jurisdicciones, sin pasar por el primer nivel. Esto fue señalado por los participantes del taller y de los gestores. Queda también abierta una pregunta sobre la

discrepancia existente entre la respuesta de los profesionales acerca de la frecuencia con que derivan a especialistas y la escasa consulta con especialistas, reportada por los usuarios encuestados. Esta discrepancia abriría líneas de indagación y preguntas específicas.

Entre las decisiones metodológicas a considerar en el análisis de los resultados, una es el hecho que los promotores de salud, que formaban parte del equipo encuestador, pertenecen a la comunidad y conocen los centros de salud, lo cual pudo haber influido en las respuestas de los usuarios y de los médicos, así como también que las entrevistas fueran todas realizadas antes de la consulta, un hecho que podría modificar las apreciaciones de los usuarios. La segunda, ya mencionada, es que la selección muestral se realizó sobre centros de salud y no incluyó unidades sanitarias, esto influyó en los resultados, por lo menos, de la variable acceso dado que la atención permanente (24 horas) se realiza en las unidades, así como también la toma de muestras.

Teniendo en cuenta estas observaciones, pareciera que el cuestionario podría ser un primer paso para detectar problemas, para luego trabajar una estrategia de triangulación de métodos (MINAYO *et al.*, 2005) que facilitara un nivel mayor de comprensión de las particularidades local.

La interacción del equipo de investigación con los gestores y actores del municipio, que mostraron

colaboración y apertura al debate de resultados, fue otro de los resultados del proyecto. El proceso de indagación permitió sinergias entre los investigadores y los actores del municipio que participaron del mismo. El objetivo de que los conocimientos generados por la investigación se convirtiesen en un insumo para la gestión, la discusión e intercambio en torno a los resultados de la investigación fueron parte del mismo proceso de trabajo. Prueba de esto es que el cambio de Secretario de Salud Municipal ocurrido promediando la segunda mitad de la implementación de esta fase no obstaculizó la continuidad del trabajo, dando cuenta de la fortaleza de la relación establecida.

En este sentido, la posibilidad de que los distintos aspectos señalados por la investigación sean tenidos en cuenta en el próximo plan de salud, como lo han manifestado las autoridades municipales, constituye uno de los efectos más potentes del estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a los autores de la versión original del cuestionario, Celia Almeida (FIOCRUZ) y James Macinko (New York University) por autorizar la aplicación y mínima adaptación del mismo para el presente estudio. ■

Referencias

ALAZRAQUI, M.; SPINELLI, H. *Desigualdades en salud en el nivel local/municipal*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2008. 239p.

ALMEIDA, C. Delimitación del campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. *Cuadernos para Discusión*, Rio de Janeiro, n. 1, 2000, p. 11-35.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS, 2006. 215p.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. PROAPS. REMEDIAR. *Caracterización de los centros de salud del País*. 2006. Disponible em: <<http://www.remEDIAR.gov.ar>>. Acceso em: 2 out. 2008.

_____. Argentina salud. *Época* II, año 2, n. 7, jan./2011, p. 18-20.

_____. *Remediar+Redes Hoy*. [200?]. Disponible em: <<http://www.remEDIAR.gov.ar/>>. Acceso em: 2 fev. 2012.

_____. *Plan Nacer*. [200?]. Disponible em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/PlanNacer/documentacion/brochure.pdf>>. Acceso em: 10 fev. 2012.

BARCALA, A.; STOLKINER, A. *Accesibilidad a Servicios de Salud de familias con necesidades básicas insatisfechas (NBI)*: Estudio de Caso VIII Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2000, p. 282-294.

BELMARTINO, S. Una década de reforma de la atención médica en la Argentina. *Revista Salud Colectiva*, v. 1, n. 2, p. 155-171, mai./ago., 2005.

- BUENOS AIRES (Provincia). Ministerio de Salud. *Producción-Programas Nacionales*. [200?a]. Disponible em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/programasnacionales.html>>. Acesso em: 9 dez. 2011.
- _____. *Seguro Público de Salud*. [200?b]. Disponible em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/seguropublico/Introduccion.html>>. Acesso em: 5 fev. 2012.
- _____. *Región Sanitaria VI*. 2012. Disponible em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/RSVI/index.html>>. Acesso em: 5 fev. 2012.
- BURSZTYN, I. et al. Notas para el Estudio de Atención Primaria en Sistemas de Salud Segmentados. *Revista de Salud Pública*, Colombia, v. 12, Suplemento 1, abr, 2010, p. 77-85.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC). *Censo 2010*. Disponible em: <<http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos.asp>>. Acesso em: 3 fev. 2012.
- _____. *Incidencia de la Pobreza e Indigencia en el Gran Buenos Aires*, 2003. Disponible em: <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/incid_07_03.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2012.
- _____. *Encuesta Permanente de Hogares Incidencia de la Pobreza y de la Indigencia Resultados del primer semestre 2011*. 2011. Disponible em: <http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/pob_tot_1sem11.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2012.
- _____. *Censo 2010, Cuadro P12-P. Provincia de Buenos Aires, 24 partidos del Gran Buenos Aires. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad*. 2010. Disponible em: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P12-P_buenos_aires_gba.pdf>. Acesso em 3 fev. 2012.
- _____. *Censo 2010, Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido Lanús. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad*. 2010. Disponible em: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P2-D_6_434.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2011.
- LUPPI, I. et al. Investigaciones evaluativas en servicios de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, v. 64, jul. 1993, p. 31-54.
- MINAYO, M.C.S.; GONÇALVES DE ASSIS, S.; RAMOS DE SOUZA, E. (Org). *Evaluación por triangulación de Métodos-Abordaje de programas sociales*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005. p. 71-104.
- RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR. *Estudio multicéntrico en atención primaria en salud: modelos asistenciales, integración al sistema de salud e intersectorialidad en contextos urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay*. 2011. Disponible em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsalud>>. Acesso em: 12 dez. 2011.
- STOLKINER, A.; COMES, Y.; GARBUS, P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, 2011, p. 2807-2816.
- STOLKINER, A. et al. Descentralización y Equidad en Salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. *Serie Seminarios Salud y Políticas Públicas*, CEDES, Buenos Aires, 2003, p. 3.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS. *Estatutos*. 2010. Disponible em: <http://www.unla.edu.ar/documentos/Estatuto_Universidad_Nacional_de_Lanus_03-03-2010.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- VEGA, R.; MARTÍNEZ, J.; ACOSTA, N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud-APS. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 8, n. 16, 2009, p. 165-190.

Recebido para publicação em março de 2012.

Versão definitiva em agosto de 2012.

Suporte financeiro: International Development Research Centre (IDRC), Canadá.

Conflicto de intereses: Inexistente.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES – SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) voltada para as Políticas Públicas na área da saúde. Publicada trimestralmente, desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho *ad hoc*, selecionados para cada número da revista, que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. O pinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o abstract.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

Editorial
Apresentação
Artigos de Debate
Artigos Temáticos
Artigos de Tema Livre
Artigos Internacionais
Resenhas
Depoimentos
Documentos

Apresentação do texto

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (abstract) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 900 caracteres com espaço (aproximadamente 135 palavras), no qual

fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos, ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (keywords), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária¹.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos:

Livro

FLEURY, S.; LO BATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Capítulo de livro

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LO BATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Artigo de periódico

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

Material da internet

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun 2010.

Submissão

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br, após realizar login fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx), em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

Declaração de autoria e de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para

a concepção e o planejamento, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo, disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência temática e observação do cumprimento das

normas gerais de encaminhamento de originais. Depois, é verificado pela secretaria editorial, para confirmação de adequação às normas da revista. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores Ad-Hoc (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua expertise, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e será avaliada a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso a avaliação do parecerista solicite modificações, o parecer será enviado aos autores para correção do artigo, com prazo para retorno de sete dias. Ao retornar, o parecer volta a ser avaliado pelo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderá ser encaminhada em até três meses.

Ao fim desse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – SAÚDE EM DEBATE

The journal *Saúde em Debate*, created in 1976, is a publication by Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) which is directed to the public policies of the health field. Published quarterly since 2010, that is, in March, June, September and December, the journal is distributed to all associates in situation with CEBES.

Unpublished articles structured as original articles, reviews of books of academic, politic and social meaning, as well as statements, are accepted.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted for publication.

Total or partial reproduction of the articles is allowed under the condition of indicating the source and the authorship.

The publication of the papers is conditioned to the opinions of the Editorial Board ad-hoc, established for each issue of the magazine.

Eventual suggestions of structure or content modifications by the editors will be previously decided together with the authors. Additions or modifications will not be accepted after the final approval for publication.

Types of texts accepted for publication

Original Articles

1. Research: articles that present final results of scientific research, presented in 10 to 15 pages. Articles resulting from research involving human beings must be sent with a copy of the form by the Ethics Committee of the institution.
2. Essays: articles presenting critical analyses on a specific theme of relevance for the assemblage of health policies in Brazil, presented in 10 to 15 pages.
3. Review: articles presenting literature critical comments on a specific theme, presented in 10 to 15 pages.
4. Experience report: articles describing academic, assistance and extension experiences, also presented in 10 to 15 pages.
5. Opinion: the authorship is exclusive to persons invited by the journal's scientific editor, also presented in 10 to 15 pages. In this modality, the abstract is not required.

Review

Review of books directed to the field of health public policies will be accepted according to the editorial board's criteria. The papers must present a view of the content of the book, as well as its theoretical principles and an idea of the public to which it is directed, being presented in up to three pages.

Documents and statements

Papers referring to historical or conjunctive themes will be accepted according to the editorial board's criteria.

Publication sections

The journal is structured in the following sections:

- Editorial
- Presentation
- Thematic articles
- Free articles
- International articles
- Reviews
- Statements
- Documents

Text presentation

Sequence of text presentation

The papers may be written in Portuguese, Spanish or English.

Texts in Portuguese and Spanish must present the title in the original language and in English. Texts in English must present the title in English and in Portuguese.

The title, in turn, must express clearly and briefly the content of the paper.

The presentation page should present the complete name of the authors and, in the footnote, their professional information (institutional bond and titles), address, phone number and e-mail address for contact. This information is obligatory. When the article depicts the result of financed research, the financial source must be indicated, as well as the existence or not of conflict of interests during the production of the paper.

The manuscript must present an abstract in Portuguese and in English or Spanish with up to 900 characters with space (approximately 135 words), in which the