

MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA VENEZUELA, MISIÓN BARRIO ADENTRO I: 2003-2006

MODEL OF PRIMARY HEALTH CARE IN VENEZUELA, MISIÓN BARRIO ADENTRO I: 2003-2006

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN VENEZUELA, MISIÓN BARRIO ADENTRO I: 2003-2006

Flávia Henrique¹Marco Aurélio Da Ros²Thaise Alana Goronzi³Giovana Bacilieri Soares⁴Lígia de Almeida Gama⁵

Resumo Este artigo descreve o modelo de atenção primária à saúde da Venezuela: Misión Barrio Adentro I. O método utilizado foi o estudo de caso por meio de análise documental, roteiro de observação e entrevistas obtidas em campo durante os meses de julho e agosto de 2006. Os resultados mostram que a Misión Barrio Adentro está se estruturando rapidamente, com a construção de consultórios populares e desenvolvimento do Sistema Público Nacional de Saúde, que garantem referência e contrarreferência. O processo está baseado no trabalho em equipe, predominam atividades curativas, com desenvolvimento de atividades de prevenção e forte participação popular. Embora as metas estejam sendo atingidas, têm sido pouco documentadas. Este estudo permitiu ampliar o conhecimento acerca dos diferentes modelos de atenção primária em saúde implantados na América Latina, em um contexto de transformação social.

Palavras-chave sistemas de saúde; atenção primária à saúde; estudos de caso.

Abstract This article describes the model of primary health care in Venezuela: Misión Barrio Adentro I. This is a case study analyzing documents, observation guidelines, and interviews obtained in the field during the months of July and August, 2006. The results show that Misión Barrio Adentro is taking shape rapidly, with the construction of popular practices and the development of the National Public Health System, which ensure references and counter-references. The process is based on teamwork, under which healing activities predominate, with prevention activities and strong community participation. Although the goals are being achieved, they have been poorly documented. This study allowed knowledge concerning the different models of primary health care deployed in Latin America in a context of social transformation to be enhanced.

Keywords health systems; primary health care; case studies.

Introdução

A pesquisa que deu origem a este artigo foi desenvolvida por meio de uma cooperação entre o Ministério da Saúde do Brasil, o Ministério da Saúde da Venezuela e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com o intuito de apresentar a Misión Barrio Adentro I e refletir sobre ela, um modelo de atenção primária em saúde da Venezuela, particularmente interessante por seu contexto político-social de implantação, por ser um modelo latino-americano, pela expressiva participação social e por sua rápida capilarização.

A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde do Brasil, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, e não há conflito de interesses em seus resultados. Este artigo pretende estimular a profícua troca de experiências e cooperação mútua com o intuito de fortalecer o ideal de sistemas públicos e universais de saúde na América Latina.

O método utilizado nesta pesquisa foi o estudo de caso da Misión Barrio Adentro I (MBA), no qual se buscou expor como ela acontece na prática, com detalhe e profundidade. Utilizaram-se observação, entrevistas e dados secundários coletados durante os meses de julho e agosto de 2006. Foram 27 entrevistas com os agentes considerados protagonistas da Misión e identificados por siglas e números: comitês de saúde (C), usuários (U), profissionais de saúde (P) e gestores (G).

Este artigo está organizado em quatro partes: 1) origem e história da Misión Barrio Adentro I; 2) estrutura, organização e práticas; 3) processo de trabalho; 4) limites e possibilidades.

Origem e história da Misión Barrio Adentro I

A República Bolivariana da Venezuela está organizada em 23 estados, um distrito capital e as dependências federais, distribuídos em 335 municípios. Com uma população estimada, em 2011, de 29,437 milhões de habitantes, possui uma taxa de natalidade de 20,2 nascimentos por mil habitantes, com 93,6% da população em área urbana, taxa de mortalidade infantil de 15,8 por mil nascidos vivos, 95,2% de sua população alfabetizada e 74,5 anos de expectativa de vida ao nascer. Dados de cobertura demonstram que a Venezuela possui 1,1 leito hospitalar para cada mil habitantes, uma cobertura de poliomielite de 73% e de sarampo de 79% (Opas, 2011).

Apesar da imensa reserva de petróleo do país – a sexta maior do mundo e a maior fora do Oriente Médio –, desde a década de 1980 os venezuelanos tiveram de enfrentar o crescimento da pobreza, os dolorosos efeitos do ajuste à globalização, a crescente descrença da população nos partidos

políticos e as questões levantadas pela mobilização cada vez maior dos segmentos há muito deixados à margem da sociedade (McCoy, 2005).

No bojo do movimento bolivariano, cria-se o Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) venezuelano a partir da Constituição Bolivariana da Venezuela de 1999. O artigo 84 da referida constituição declara que o SPNS está baseado nos princípios de gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e solidariedade (Venezuela, 2000a).

O SPNS constituiu-se por meio da incorporação dos estabelecimentos preexistentes financiados pelo Estado e se organizou com base na modalidade de redes de saúde com a concepção de saúde integral, capacidade resolutive e tecnológica em um território social. A atenção primária ganha impulso na Venezuela com a Misión Barrio Adentro I, constituindo-se na função principal e no núcleo central do SPNS (Opas, 2006).

Ao implementar a agenda da autodenominada 'Revolução Bolivariana', o governo federal venezuelano criou numerosas 'missões' sociais – que receberam nomes de venezuelanos famosos e por vezes contavam com consultores e outros recursos humanos de Cuba – para implantar cursos de alfabetização e educação, postos de saúde e mercados a preços subsidiados em bairros pobres. Entre essas missões, está a Misión Barrio Adentro (Opas, 2006). A MBA objetiva priorizar as necessidades sociais da população, principalmente a excluída, com vistas aos princípios de equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade, inclusão social, participação e corresponsabilidade social.

Procurando levar a assistência à saúde aos bairros menos privilegiados, o governo da Venezuela propôs aos médicos venezuelanos que se inscrevessem no programa Barrio Adentro. Apenas cinquenta médicos se inscreveram, dos quais trinta se recusaram por considerarem os bairros muito perigosos. Diante dessa situação, o governo do Município Libertador firmou um convênio com a República de Cuba para implementar assistência médica cubana nos bairros de Caracas, onde se encontram as classes mais vulneráveis (Venezuela, 2005).

Desde então a MBA tem se desenvolvido em várias fases. A primeira fase, de experimentação, entre abril e junho de 2003, consistiu na medida do impacto e do apoio das comunidades, na constituição de comitês de saúde, na adaptação à cultura venezuelana dos médicos e técnicos cubanos e na avaliação das principais necessidades da população (Rodríguez et al., 2005).

A segunda e a terceira fases se desenvolveram entre junho e dezembro de 2003, as quais consistiram na expansão da MBA, dirigida como política de Estado sob a administração do então presidente da Venezuela, Hugo Chávez Frias, mediante a instalação, em todo o território nacional, de 13 mil médicos cubanos, 2.500 enfermeiras venezuelanas e 797 odontólogos venezuelanos, trabalhando em regiões de maior vulnerabilidade (Rodríguez et al., 2005).

Durante os anos de 2004 e 2005, a MBA paulatinamente se implantou nos 23 estados e um distrito capital e em 331 municípios, oferecendo atendimento a toda a população que procura as unidades de atendimento e desenvolvendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação, impulsionando a construção do SPNS.

Observando a evolução da Misión Barrio Adentro entre 2003 e 2006, percebe-se o aumento do número de profissionais atuando nas comunidades, com a construção dos consultórios populares, unidades de saúde destinadas à atenção primária; centros de diagnóstico integral; centro de reabilitação integral; centro de alta tecnologia e clínicas populares, que garantem referência e contrarreferência à atenção primária; e ainda os hospitais do povo, último nível de atenção, que possibilita o atendimento aos casos mais complicados e que necessitam de internação.

Estrutura, organização e práticas

A MBA se assenta em dois grandes pilares: a Constituição Bolivariana da Venezuela e o acordo Cuba-Venezuela. A Constituição Bolivariana da Venezuela foi promulgada em 15 de dezembro de 1999, no governo de Hugo Chávez Frias, que após ser eleito em 1999 promoveu um referendo com o objetivo de iniciar novo processo constituinte, o qual substituiria a Constituição de 1961. Esse referendo, após o processo constituinte, foi ratificado por um novo referendo (Venezuela, 2000a, 2000b).

A constituição, em seu Título III (“De los derechos humanos y garantías, y de los deberes”), no capítulo V (“De los derechos sociales y de las familias”) e nos artigos 83 a 85, garante a saúde a todos os venezuelanos como direito social fundamental e obrigação do Estado, com base na formação do SPNS e financiamento estatal. No artigo 83, a Constituição fala sobre o direito à saúde, a conformação de políticas orientadas para a qualidade de vida do venezuelano e seu dever de participar ativamente dessas políticas:

A saúde é um direito social fundamental, obrigação do Estado, que o garantirá como parte do direito à vida. O Estado promoverá e desenvolverá políticas orientadas a elevar a qualidade de vida, o bem-estar coletivo e o acesso aos serviços. Todas as pessoas têm direito à proteção da saúde, assim como o dever de participar ativamente de sua promoção e defesa, e de cumprir com as medidas sanitárias e de saneamento que estabeleçam a lei, em conformidade com os tratados e convênios internacionais subscritos e ratificados pela República (Venezuela, 2000a, tradução nossa).

Com base na Constituição Bolivariana de 1999, formou-se entre agosto de 2000 e fevereiro de 2001 a Comissão Presidencial para a elaboração dos projetos de leis do seguro social, entre eles a Lei Orgânica da Saúde. O

objetivo desta lei é normatizar as ações de saúde de forma a seguir os eixos diretores da política nacional de saúde: saúde como um direito fundamental, um sistema de saúde integrado, descentralizado, multicêntrico, intersectorial, com participação social protagonista e controle social (Opas, 2007).

O acordo Cuba-Venezuela foi assinado na cidade de Havana, em 14 de dezembro de 2004. Este convênio trata em seus 12 artigos de questões econômicas e comerciais entre os dois países e traz as ações propostas por parte de Cuba à Venezuela. Entre elas, a 11^a e a 12^a ações tratam da Misión Barrio Adentro, informando que o governo cubano irá dispor de 15 mil profissionais médicos para atuar na MBA e contribuir com a formação de médicos venezuelanos para o setor. Em resposta a críticas ao acordo, o presidente Hugo Chávez esclareceu, em entrevista a Aleida Guevara, que o apoio cubano não era pago com petróleo; o petróleo que se vendia a Cuba estava sendo pago pelo mesmo preço internacional fixado para o petróleo (Guevara, 2005; Venezuela, 2000b).

Nas entrevistas sobre a polêmica desse acordo ser uma troca de médicos por petróleo, as opiniões dos entrevistados divergem. O informante G1 afirma que o acordo é “um intercâmbio de energia por uma colaboração de médicos cubanos”. G5, no entanto, nega isto:

Muita gente associa que os médicos estão vindo em razão do combustível, mas isso é um negócio à parte de Cuba. Como qualquer outro negócio, Cuba manda os recursos humanos, como os médicos e os professores, como uma contribuição à revolução bolivariana. Esse é o acordo entre os dois países (G5, tradução nossa).

Quando chegaram na Venezuela, os médicos cubanos enfrentaram muitas dificuldades. Os meios de informação fizeram uma campanha contra a presença deles no país. A Federação Médica Venezuelana difundia a informação de que os médicos cubanos não eram capacitados; apresentou inclusive uma sentença jurídica que os impedia de exercer a medicina na Venezuela. A sentença foi revogada, com a alegação do governo de que os profissionais cubanos não ocupariam cargos públicos, estavam apenas em caráter de missão humanitária. No início, tinham que convencer as pessoas a confiar em seus diagnósticos e tratamentos (Opas, 2006).

As farmácias se negavam a vender remédios prescritos por cubanos, o que foi resolvido por meio da provisão de medicamentos pelo próprio governo de Cuba, que criou uma lista com 106 medicamentos para estarem disponíveis e serem distribuídos pelos médicos cubanos gratuitamente aos venezuelanos. Outro grande obstáculo foi a dificuldade de realizar a referência médica para determinados exames ou atenção hospitalar. Para resolver isto, criou-se um diretório de médicos e médicas venezuelanos que estariam dispostos a colaborar com a MBA e receber esses pacientes (Opas, 2006).

Segundo dados da Opas, durante o governo de Hugo Chávez Frias o investimento público social, que compreende os setores sociais de educação, saúde, moradia, ciência e tecnologia, cultura e comunicação, desenvolvimento social, participação social e seguro social, foi de 11% do produto interno bruto (PIB) em 2000, chegando a 12,1% em 2004. Considerando somente o setor saúde, o gasto público em saúde passou de 1,4% do PIB, em 1996, para 1,6% em 2004. A partir de 2000 se ampliou o investimento público em saúde e se estabilizou o privado. O governo buscou orientar parte dos recursos petrolíferos a população excluída e empobrecida (Opas, 2007).

Em relação à formação da equipe, documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) venezuelano mostram que a equipe de saúde oficial da MBA que atua no consultório popular é formada por um médico geral integral, um enfermeiro e um promotor comunitário de saúde, que atendem uma área com até 1.250 pessoas.

De acordo com a Opas, em 2006 trabalhavam na rede de atenção primária 31.439 profissionais. Destes, 15.356 eram médicos cubanos distribuídos em distintos centros de atenção, dos quais 13 mil se encontravam em consultórios populares ou pontos de consulta. Em relação aos odontólogos, existiam oitocentos profissionais trabalhando no primeiro nível de atenção do sistema convencional e 4.600 na MBA, sendo que cerca de 70% eram cubanos. Enfermeiras e auxiliares somavam 4.400 no sistema convencional e 8.500 na MBA, prevalecendo as enfermeiras venezuelanas, com cerca de 90%. Os optometristas somavam 1.443 profissionais, todos cubanos (Venezuela, 2005c; Opas, 2006).

Em relação à forma de contratação dos profissionais cubanos, os dois países firmaram um convênio, não havendo contrato individual. Os médicos cubanos entrevistados frisaram o caráter voluntário de sua participação, conforme o informante P2: “Em nosso país, assim que nos formamos sempre estamos dispostos a prestar colaboração em serviço médico em qualquer lugar do mundo onde fizer falta” (tradução nossa).

Os profissionais venezuelanos que estão na MBA desde o início são principalmente os técnicos de enfermagem. No início, foram incorporados como voluntários; a partir de 2005, os contratos com o MS começaram a ser elaborados conforme afirma P8:

Veja, aqui no BA [Barrio Adentro] se começa por trabalhar com a revolução, eu comecei sem ganhar nada. A partir de dezembro do ano passado que comecei a ganhar. E bem estou por amor a minha revolução, por amor por meu presidente, para seguir adiante (P8, tradução nossa).

Quanto ao vencimento dos profissionais cubanos envolvidos na MBA, nas entrevistas afirmam que não recebem salário na Venezuela, mas sim uma

ajuda de custo no valor de 400 mil bolívares, aproximadamente 200 dólares. Quanto aos profissionais venezuelanos, os dados obtidos nas entrevistas são variáveis para as diferentes profissões: por volta de 700 mil bolívares (350 dólares) para o técnico de enfermagem, 1,3 milhões de bolívares (750 dólares) para o odontólogo.

Em relação às especialidades dos profissionais que atuam na MBA, todos os médicos cubanos que a integram precisariam ter, a princípio, a especialidade de medicina geral integral, além de pós-graduação de três anos e meio que incluísse alguma outra área como medicina interna, pediatria, gineco-obstetrícia e medicina preventiva. Mais de 30% chegaram com uma segunda especialidade (cirurgia, ortopedia, dermatologia etc.) e mais de 70% traziam diplomas de especializações adicionais. A maioria chegou na Venezuela com experiências prévias em missões médicas humanitárias de Cuba no exterior; muitos estavam atuando como médicos de família em Cuba quando foram chamados (Opas, 2006).

Os gestores entrevistados afirmam priorizar, para os médicos, a especialidade que chamam de medicina geral integral (MGI). G3 justifica:

Medicina geral integral é o que temos privilegiado, porque antes tínhamos nos ambulatórios o estudante recém-graduado ou no último ano a praticar, a praticar com os mais pobres, mas não lhes resolviam os problemas de saúde (G3, tradução nossa).

Também em relação à odontologia, privilegia-se a especialidade de odontologia geral integral, uma vez que esta especialidade já existe na Venezuela, e muitos estão saindo da pós-graduação.

Nas entrevistas, também se questionou quanto a terem recebido treinamento introdutório quando chegaram para trabalhar na MBA. Houve contradições nas respostas. P1 disse: “não necessitei capacitação”; e justificou: “porque tenho minha especialidade de medicina geral integral. E em Cuba o que faço é isso mesmo, medicina familiar.” Por sua vez, outros profissionais cubanos referem ter, sim, recebido capacitação – como P2, que afirma: “Lá mesmo em Cuba, antes de vir para cá, explicaram algumas enfermidades que não são típicas de Cuba, como mordedura de serpente”.

Quando questionados se esse treinamento foi ofertado pelo Ministério da Saúde da Venezuela ou pela coordenação cubana, todos afirmam que foi “pela coordenação”. Com base nas respostas apresentadas, podem-se inferir duas possibilidades: somente alguns receberam treinamento introdutório ou todos receberam informações que somente por alguns foram consideradas como sendo um treinamento introdutório.

Questionou-se também sobre a educação permanente, ou seja, cursos oferecidos durante esses três anos de MBA. As respostas foram heterogêneas somente entre os profissionais venezuelanos. P8, técnico de enfermagem,

afirma ter feito vários cursos: “Tivemos de vacinação, fertilidade, fizemos muitos. Comunicação com as pessoas e todas essas coisas.” P9, que também é técnico de enfermagem, por sua vez, quando indagado se havia participado de algum treinamento ou capacitação, respondeu: “Não”.

Entre os profissionais cubanos, todos afirmaram que estão em constante treinamento, fazendo o que chamam de cursos de superação. Segundo G2, que é venezuelano, os

cubanos, eles têm uma política de formação permanente. Eles instalaram antenas em cada um dos consultórios, se entregou um computador a cada um deles, e estão fazendo um curso de formação a distância (G2, tradução nossa).

P2 refere-se ao mestrado a distância:

Aqui estamos fazendo o mestrado, cada qual em seu mestrado (...) tenho videocassete para eu mesmo estudar, depois nos reunimos em grupos, para estudar (P2, tradução nossa).

Em relação à estrutura física, a MBA possuía 8.500 pontos de consulta, incluindo as unidades de saúde chamadas na Venezuela de consultórios populares, e também os consultórios improvisados em casas de pessoas da comunidade que cederam espaço a fim de colaborar com a MBA. Até julho de 2006, havia 1.612 consultórios populares construídos e 4.618 em construção. Os consultórios odontológicos estão na proporção de um para cada quatro consultórios populares (Opas, 2006; Venezuela, 2005a). Além desses pontos de consulta e consultórios populares, há a rede de ambulatorios que o MS já possuía, que conformam 4.605 ambulatorios, onde atuam os médicos recém-formados de maneira obrigatória, por um período de um ano (Opas, 2007).

O processo de construção dos consultórios populares se realiza por meio das prefeituras, pois são os entes governamentais mais próximos das comunidades, e a comunidade organizada também participa desse processo. Entre os critérios para a seleção dos terrenos para a construção do consultório popular está a presença de serviços básicos para seu funcionamento: rede de água e esgoto, luz, limpeza, terreno dentro da comunidade ou que conte com a aprovação dela, estrutura social de apoio – comitê de saúde, conselho local de saúde, por exemplo. O terreno escolhido deve contar com o aval ou a opinião dos profissionais da área e com a certificação do MS (Venezuela, 2005a).

A edificação desses consultórios tem forma octogonal, influenciada pela filosofia de Feng Shui da arquitetura chinesa, com fachada para diferentes planos, o que permite adaptação aos diferentes terrenos. Na área exterior, um pergolado conforma a área de acesso. Esses ambulatorios contam com

dois andares. No piso térreo, há um consultório médico com sua respectiva maca multifunções, uma recepção, uma área de pré-clínica onde se são feitas nebulizações e as medições infantis, arquivo, uma sala de medicação e observação, uma sala para procedimentos limpos e sujos, dois banheiros (um de uso público e outro privado). No piso superior, de uso exclusivo dos profissionais, há um dormitório (ou dois em algumas ocasiões) com duas camas, uma sala-cozinha, um banheiro com ducha.

Os consultórios populares têm a característica de ser a principal porta de entrada do SPNS. Oferecem atendimento 24 horas por dia e devem ajustar a capacidade instalada e resolutive de acordo com as características sociodemográficas, epidemiológicas e a distância ao estabelecimento mais próximo de referência, para atender urgências e casos que requeiram atenção em maior nível de complexidade. Funcionam com quatro características fundamentais: territorialização – cada consultório popular garante acesso para 250 a 350 famílias; integralidade – atende todo o ciclo vital, com atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação; participação da comunidade; e intersectorialidade – os consultórios articulam-se com outras políticas sociais do Estado. Em populações rurais dispersas, só não existirá um consultório popular se não houver número mínimo de habitantes. Eles são cenários dos programas de educação de graduação e pós-graduação para a formação de profissionais e técnicos de saúde, para o desenvolvimento profissional permanente e para a formação de agentes sociais e líderes comunitários (Opas, 2006).

Também são consultórios populares que devem fornecer informações socio sanitárias ao sistema paroquial e municipal de saúde, para sustentar o sistema de informação em saúde. De acordo com o depoimento dos entrevistados, o sistema de informação e estatística da MBA se encontra em construção. A estatística dos consultórios populares é coordenada pelos cubanos. G4 explica que “todos os médicos preenchem as estatísticas semanalmente e entregam ao coordenador da área de saúde, e este ao coordenador da estatística da paróquia e este ao município” para a “coordenação cubana”, que, por sua vez, passa para a “coordenação nacional”.

Os profissionais foram questionados sobre sua percepção acerca da estrutura física dos consultórios populares. Os entrevistados, em sua maioria, consideraram a sua estrutura física como boa. O critério utilizado para esta classificação foi basicamente a condição de trabalho, como indica P1: “A estrutura física está boa, está acolhedora. Temos todas as condições básicas, necessárias para trabalhar aqui.”

Alguns profissionais, no entanto, reconhecem que a estrutura poderia ser melhor. A falta de ventilação foi criticada por P3: “Agora mesmo vocês passaram calor, é verdade, é algo calorento, isto poderia melhorar, me entende? Tem má ventilação.”

Os serviços ofertados pelas equipes da MBA I são: imunizações, atividades de promoção, atenção pré-natal, puericultura até dois anos, aconselhamento nutricional, colpocitologia oncótica, planejamento familiar, atenção diferenciada às doenças mais prevalentes, atendimento de outros profissionais, visita domiciliar, atividades de grupos, procedimentos de curativos, inalações, pequenas cirurgias e administração de medicamentos.

O consultório popular dispõe de uma lista de 106 medicamentos, como já citado, distribuídos gratuitamente para o tratamento das patologias mais prevalentes. Estes medicamentos vêm de Cuba, e a ação faz parte do convênio firmado entre os dois países. O MS venezuelano fornece os insumos, como material para sutura, algodão e outros materiais necessários (Opas, 2006; Venezuela, 2006a).

A observação demonstrou que estão presentes as seguintes classes de medicamentos nos consultórios populares: analgésicos, anti-inflamatórios, antialérgicos, antibióticos, antifúngicos, antiparasitários, terapia de reidratação oral, antianginosos, antiarrítmicos, anti-hipertensivos, cardiotônicos, hipolipemiantes, medicamentos usados no choque vascular, antiácidos, antieméticos, antiespasmódicos, hormônios sexuais contraceptivos, hormônios tireoidianos, agentes antidiabéticos, antianêmicos, anticoagulantes e antagonistas, antiplaquetários, antidepressivos e antimaníacos, antipsicóticos, hipnóticos, ansiolíticos, escabicidas e pediculicidas, broncodilatadores e antiasmáticos e dispositivos de contracepção.

As classes dos medicamentos que não estavam presentes eram a terapia de reposição hormonal, protetores dermatológicos, vacinas, soros e imunoglobulinas. Em relação à insulina, ela não estava presente nas unidades visitadas, porém, segundo os profissionais, poderiam ser obtidas por pedido prévio.

Além dos consultórios populares e odontológicos, havia 441 óticas em funcionamento, na proporção de uma para seis consultórios populares. Seriam necessárias aproximadamente 1.450 óticas para suprir as necessidades da população venezuelana (Opas, 2006).

Com a estruturação do novo SPNS, tem-se objetivado um sistema único, inter-relacionado. Nesse sistema, como se vê, a rede ambulatorial é formada pelos consultórios populares, pontos de consulta e pelas clínicas populares. As clínicas populares são estabelecimentos ambulatoriais do segundo nível de atenção, garantindo atenção especializada e de qualidade à população. Sua cobertura populacional é de até 75 mil habitantes; tem o objetivo de atender às cirurgias ambulatoriais, de baixo risco, e de possibilitar internação de observação de até 72 horas.

As clínicas populares fazem partos normais de baixo risco e contam com as especialidades básicas de medicina interna, gineco-obstetrícia e pediatria, entre outras especialidades como oftalmologia, cardiologia e

psiquiatria. Essa rede ambulatorial é amparada pelos demais níveis de atenção, que estão sendo estruturados por meio da MBA II e da MBA III.

A Misión Barrio Adentro II é idealizada para proporcionar continuidade da atenção e maior resolutividade ao modelo de atenção primária proposto. Inclui centro de diagnóstico integral (CDI), sala de reabilitação integral (SRI), centro de alta tecnologia (CAT) e clínicas populares. O CDI oferece serviço de emergência 24 horas por dia, oftalmologia clínica diagnóstica das 8h às 16h, laboratórios, raios X, eletrocardiograma, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta e terapia intensiva. Um em cada quatro CDIs conta com centro cirúrgico para cirurgias eletivas e outras cirurgias necessárias e uma ambulância (Venezuela, 2006a).

Os CDIs e SRIs deverão atender a uma área de 50 mil a 60 mil pessoas e existir em todos os estados do país; assim, a meta seria atingir o número de seiscentos CDIs, seiscentas SRIs e 35 CATs. Em 2006, existiam 115 CDIs e 135 SRIs em funcionamento (Venezuela, 2005a, 2006a).

A SRI presta serviço a qualquer paciente que tenha algum tipo de incapacidade. Procura reabilitá-lo do ponto de vista físico, social e psicológico, de modo a que retorne para o trabalho. Conta com eletroterapia, fisioterapia, termoterapia, hidroterapia, massagens, ginásio para crianças e jovens, fonoaudiologia, podologia, terapia ocupacional, medicina natural e integral (Venezuela, 2006a).

O CAT inclui exames mais especializados, correspondendo ao último nível de investigação: RX telecomandado, densitometria óssea, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, videoendoscopia e todos os exames de laboratório como os do CDI (Venezuela, 2006a).

Os hospitais do povo correspondem ao terceiro nível de atenção do SPNS venezuelano e estão sendo melhorados pela Misión Barrio Adentro III. A MBA III tem como objetivo recuperar os hospitais do MS e também os do seguro social e do sistema de saúde militar. A proposta é reformar os hospitais que já existem, aumentar a oferta de serviços e fornecer ferramentas para facilitar o trabalho. Outro objetivo da MBA III é a construção de novos hospitais. O último hospital havia sido construído no país há vinte anos – nesse período, a população da Venezuela praticamente dobrou (Venezuela, 2005c, 2006a).

Inicialmente, a meta da MBA I era atender 60% da população excluída, sanando assim uma dívida centenária com a população menos favorecida. No entanto, essa meta foi superada em 2006. Os gestores entrevistados foram questionados com respeito à característica focalizadora da MBA. Segundo G5, isto ocorreu mais no início, quando surgiu a missão: “No início estava destinada primordialmente à população excluída, mas na data atual é para todos, classe alta, classe média, os mais excluídos. Todos que queiram a atenção são atendidos.”

Em entrevista, G3, gestor venezuelano, refere que em relação às perspectivas de ampliação da estrutura da MBA “temos que garantir 16 mil consultórios populares, de CDI temos que ter seiscentos, e seiscentas SRIs, 35 centros de alta tecnologia, (...) e vamos equipar 53 hospitais. Estas são todas as expectativas de Chávez”.

O acesso ao SNPS venezuelano se dá nos estabelecimentos de nível primário que, se necessário, referirão seus pacientes ao segundo ou terceiro nível de atenção de acordo com as normas e os protocolos estabelecidos pelo MS, exceto em caso de emergência. O sistema de referência garantirá o acesso a todos os níveis de forma ordenada, sucessiva e complementar (Venezuela, 2005b).

A acessibilidade geográfica é garantida na atenção primária com a construção de cada consultório popular para atender uma população a uma distância não maior que um quilômetro (Sintes e Pina, 2004). Nas entrevistas com os usuários, observam-se algumas informações quanto ao acesso à MBA. U4, quando perguntado se consegue atendimento sempre que procura, responde: “Sim, sempre, cada vez que venho, consigo.”

Nas entrevistas concedidas pelos gestores, questionou-se como é a comunicação entre o setor saúde e outros setores do governo, ou seja, se o sistema de saúde funciona de forma integrada. Segundo G5,

existe um vínculo íntimo, sim, a missão mercado, a missão educativa, a missão esportiva, a missão saúde, porque ela vai beneficiar a minha, porque o benefício depende de que tenha educação para poder assumir alguém na saúde, o esporte para a saúde, a alimentação para a saúde, então todos se integram (G5, tradução nossa).

Apesar de a descentralização da gestão estar prevista em lei, nas entrevistas observou-se que as ações de saúde estão um tanto centralizadas. G3 é bem claro quando afirma que “Bairro Adentro é um programa nacional, que se dirige diretamente centralizado, (...) uma política bem direcionada, que se controla daqui.” E justifica:

(...) porque se estabeleceu que a educação e a saúde agora são problemas de soberania do Estado (...), porque todo o sistema estava muito fragmentado, estava desarticulado, com privatizações no serviço, uma quantidade de coisas que tinham todas as características do neoliberalismo na saúde, como em muitos países da América Latina (G3, tradução nossa).

Em relação à participação da população, os comitês de saúde são os principais modelos de participação popular em saúde na Venezuela. São

formados por pessoas que de forma voluntária ajudam no trabalho com a comunidade, trazem demandas para o consultório e ajudam na organização do trabalho interno dos consultórios populares.

Cada comitê é formado por um grupo de 11 pessoas, líderes formais e informais eleitos pela comunidade, que têm a função de apoiar a organização e o desenvolvimento de redes sociais, com base na cultura organizativa das comunidades com ênfase na população campesina, em indígenas e descendentes. O objetivo é conseguir ativa participação no planejamento da saúde, assim como o controle social da gestão dos programas de saúde, da provisão e administração dos medicamentos e insumos, equipamentos e tudo o que compete à gestão pública da saúde nos níveis local, municipal, regional e nacional.

No primeiro semestre de 2006, haviam sido registrados 8.951 comitês de saúde eleitos de forma democrática em assembleias populares e certificados pelas autoridades locais, paroquiais e municipais. O funcionamento dos comitês está regulamentado pela Lei dos Conselhos Comunais, de 6 de abril de 2006. Somente no primeiro trimestre de 2006, foram realizadas 41.639 assembleias comunitárias de saúde, nas quais se registrou o número de 1.423.815 pessoas (Opas, 2006).

Foram entrevistados três comitês de saúde. Os membros dos comitês contam que eles surgiram logo que se iniciou a MBA. C2 relata: “Antes de chegarem os médicos, já havia comitê de saúde. E eles foram os que ajudaram os médicos.” Segundo G2, isto é que fez com que a participação comunitária na MBA se consolidasse:

Foi o fato de que a comunidade diretamente, sem nenhum prévio aviso, teve que se organizar e assumir esse médico que estava entrando na comunidade deles. Automaticamente pela própria assimilação do médico pela comunidade, forçou a geração de um processo de participação comunitária muito íntimo (G2, tradução nossa).

Em relação ao controle social na Venezuela, conceitua-se como um conjunto de ações de controle, vigilância e avaliação realizadas pela população, fomentando a comunicação e a corresponsabilidade entre governo e cidadãos. Objetiva garantir que se cumpram os direitos dos cidadãos de serem informados das ações do governo, assim como sua participação no planejamento, execução, controle e avaliação dos programas. Contribui na prevenção de irregularidades, atos de corrupção e subutilização de recursos destinados pelo Estado para a gestão pública dos serviços de saúde (Venezuela, 2005a).

Processo de trabalho

Em relação às competências profissionais, os documentos oficiais apresentam apenas o delineamento das responsabilidades do pessoal médico que atua nos consultórios populares, que está assim definido de forma sintética: conhecer, promover e cumprir a política de saúde do Estado venezuelano e da MBA, prestar assistência, realizar visitas domiciliares e desenvolver ações de promoção e educação em saúde, referenciar os pacientes aos níveis de maior complexidade se necessário, promover a participação comunitária no comitê de saúde e no diagnóstico local, desenvolver atividades de gestão local por meio da sala de situação e outras atividades de gestão em conjunto com a comunidade. As competências e atribuições dos demais profissionais não estão registradas nos documentos oficiais.

A Misión Barrio Adentro possui, de maneira organizada e pública, os dados do ano de 2004 quanto à produção profissional com oitenta milhões de consultas médicas, cerca de 3,2 consultas habitante/ano. No território, foram feitos 35 milhões de atendimentos; o número de famílias visitadas chegou a 12,5 milhões. As ações de enfermagem somaram 17,9 milhões de atendimentos/procedimentos realizados; 0,71 procedimento/atendimento de enfermagem/ano. Os atendimentos odontológicos foram 14,8 milhões; 0,59 procedimento odontológico por habitante/ano (Venezuela, 2005b).

Foram realizados 3,8 milhões de consultas oftalmológicas; 0,15 habitante/ano. Em meados de 2004 iniciou-se a Misión Milagro, por meio da qual, até fevereiro de 2006, 176 mil venezuelanos foram atendidos em Cuba por causas oftalmológicas (Opas, 2007).

No processo de trabalho que acontece no consultório popular, são desenvolvidas ações de atenção médica integral, educativa e docente, investigativa e gerencial. Na Venezuela, a equipe de saúde chefiada pelo médico realiza pesquisa ativa e descreve quais são as doenças mais frequentes e os grupos de risco da comunidade. O registro, agrupamento e controle das famílias adscritas e a análise da situação de saúde, por meio da sala de situação, são os dois elementos fundamentais no trabalho do consultório popular.

Para o conhecimento da área de abrangência do seu consultório popular, P1 relata a utilização de um instrumento denominado “*El terreo*, ou seja, casa a casa”, visitas feitas às casas de sua área com o apoio do comitê de saúde. Foi assim que os médicos da MBA se apoiaram para conhecer as principais enfermidades, sua quantidade e morbidade e tudo mais que tinham na área. “(...) todas as informações que necessitamos pegamos no terreno, casa a casa” (P1).

Cada equipe de saúde na Venezuela, formada por um médico geral integral, uma enfermeira ou técnica de enfermagem, um promotor de saúde (líder comunitário) e um ativista social, está subordinada administrativamente ao

médico do consultório particular, o qual se subordina ao coordenador municipal da MBA. Todos os membros que compõem a equipe moram na comunidade.

Os registros no Barrio Adentro ocorrem de forma individual, por paciente atendido e de forma familiar, por meio do preenchimento da história de saúde familiar (HSF). Esta planilha investiga o modo de vida das famílias na área de abrangência da equipe. P1 relata que o médico utiliza o cadastro familiar para conhecer “a história clínica da família”. Para isto faz-se necessário “uma folha por família”, onde são recolhidos “os dados dos membros dessa família, realizando-se o genograma familiar”, estabelecendo-se o grau de parentesco entre eles, bem como o número de habitantes de uma família em determinada moradia.

A continuidade dos atendimentos é respeitada pelos profissionais de saúde por meio do preenchimento do prontuário pessoal. P3 relata que “cada paciente tem sua história clínica”, portanto todos os atendimentos individuais são registrados na mesma ficha:

Asseguro que quando o paciente é da comunidade se escreve sua história clínica, sobretudo se apresenta enfermidades crônicas, tem que ter o seu seguimento, se toma medicamentos por alguma enfermidade que tenha, isso se faz (P3, tradução nossa).

O trabalho da equipe é organizado em quatro horas por dia no consultório; as outras quatro horas estão destinadas para visitas, atividades de docência, atividades de promoção e prevenção em saúde. Os casos de emergência são atendidos durante as 24 horas do dia.

Com relação ao horário de atendimento nos demais níveis de atenção (CDI, SRI), G7 relata que o horário de trabalho é cumprido todos os dias:

Das sete da manhã às sete da noite prestamos serviço, há dois meses começamos com uma emergência que é 24 horas. Nos consultórios sempre se trabalha pela manhã e à tarde o território, porém sempre que chega um paciente depois das cinco da tarde é atendido, pois nos consultórios se trabalha 24 horas (G7, tradução nossa).

No sábado são desenvolvidas atividades docentes e investigação, além das reuniões de área de saúde, nas quais são feitos os repasses da situação de saúde de cada consultório popular e definidas as ações a serem realizadas em relação aos problemas encontrados. As reuniões de área acontecem semanalmente, com a existência de uma reunião trimestral para retomada de ações (Venezuela, 2005a).

Em relação às visitas ao domicílio, estas são feitas diariamente pelo profissional de saúde. Visam ao atendimento de pessoas que não podem se

locomover até os consultórios, bem como à identificação de pessoas com problemas oftalmológicos, para que elas possam ser encaminhadas à Misión Milagro.

Com relação à oferta programada de grupos específicos para a população, G3 explicita que “sim, existe no BA os círculos de avós, diabéticos, hipertensos”, realizados de acordo com a demanda do consultório popular que presta assistência. Os grupos mais frequentes são os de idosos, grávidas, adolescentes e relativos à prevenção de alguma patologia, crônica ou não. Geralmente ocorrem no período da manhã e contam com a participação de um educador físico.

As atividades educativas na odontologia são as principais armas de trabalho, pois, segundo P4,

a odontologia é uma especialidade muito cara, então temos que fazer muita educação em saúde porque as pessoas não têm o hábito nem sequer de escovar os dentes, são pessoas muito pobres, que têm visto e que têm sentado em uma cadeira de dentista pela primeira vez em sua vida e que lhe têm ensinado pela primeira vez na sua vida como escovar os dentes, porque tudo é muito caro (P4, tradução nossa).

Nota-se que, apesar de o olhar estar voltado para a realização de atividades educativas que promovam a saúde da população ou a prevenção de agravos, muito ainda está centrado no atendimento curativo, pois, segundo G3,

o que se passa é que temos uma dívida social de [atenção à] doença e passaremos muito tempo trabalhando com a parte curativa, entende... curando as pessoas, porque temos muitas pessoas doentes; mas, por exemplo, no momento a vacinação é muito importante. Temos também o aumento em toda educação em saúde sexual e reprodutiva, nas escolas para crianças, a gravidez em adolescentes, (...) existe uma fila enorme, e é preciso terminar com isso (G3, tradução nossa).

A cobertura vacinal até 1998 havia permanecido abaixo de 80%. Nesse mesmo ano se iniciou um aumento gradual das vacinas, em especial BCG, antipoliomielítica e antissarampo. Em 2004 e 2005, atingiram-se coberturas superiores a 90% na vacinação de rotina de crianças menores de um ano com a vacina BCG e contra febre amarela; entretanto, as demais vacinas permaneceram entre 80% e 90%.

A cobertura com a vacina pentavalente (DPT, hepatite B e *haemophilus influenzae* tipo b) passou de 37% em 2004, ano em que foi introduzida no país, para 80% em 2005. Com o propósito de melhorar a cobertura vacinal, em 2004 o MS da Venezuela implementou o Plano Nacional de Imunização, que inclui, além da população menor de cinco anos com as vacinas estabele-

cidas no Esquema Nacional de Vacinação, a população adulta em risco com as vacinas contra febre amarela e hepatite B. É importante ressaltar que os resultados obtidos com a vacinação contra a febre amarela em maiores de um ano se deram no início de 2003.

Como foi visto, a aproximação com as comunidades, em razão do plano Barrio Adentro, sucedeu-se em várias fases:

- 1) Familiarização: nesse momento, buscou-se estabelecer relações de confiança, respeito e credibilidade com as pessoas da comunidade.
- 2) Revisão das informações da comunidade: procuraram-se fontes, como censos, documentos, reportagens ou informações produzidas por instituições que anteriormente trabalharam na comunidade.
- 3) Contato: por meio de grupos organizados, líderes comunitários, associações.
- 4) Visitas e 'recorrido' (trajeto, percurso): com a presença do pessoal do programa nos diferentes setores. Assim, promoveram-se a difusão, a promoção e a sensibilização da comunidade por meio da participação em foros, assembleias, grupos organizados, escolas, instituições da comunidade, apresentação do programa para as famílias casa a casa, difusão pelos meios de comunicação de massa, folhetos, megafones etc.
- 5) Diagnóstico comunitário: forma de obter dados sistematizados sobre a comunidade, sentido de comunidade, significado do lugar, história da comunidade, aspectos da saúde, educação e economia social.

Outra forma de trabalhar a situação de saúde da comunidade, definir seus indicadores, é a sala de situação. Na fala de P1, pode-se perceber como esse processo ocorre:

Temos também a análise de situação de saúde (...) aí se encontram os aspectos tanto demográficos como de tudo, as características completas de toda a população. Temos a sala situacional, que é a cartolina que tenho no consultório, onde se expõem, sob forma de tabela, todos os parâmetros fundamentais de tudo isso (P1, tradução nossa).

A avaliação de indicadores e situação de saúde, conduzida pelos profissionais médicos que atuam com a MBA, visa ao desenvolvimento de uma cultura de análise e uso das informações produzidas no serviço de saúde institucional e comunitário, para que, mediante a aplicação desse instrumento, se identifiquem as iniquidades em saúde e seus determinantes e com isso se possam aplicar as ações que ofereçam melhor custo/benefício e sustentabilidade – a fim de melhorar as condições de saúde e vida da população, proporcionando-lhe melhor qualidade e equidade (Bergonzoli, 2006).

Em relação à formação dos profissionais venezuelanos para a MBA, o artigo 85 da Constituição venezuelana afirma:

O Estado (...), em coordenação com a universidade e os centros de pesquisa, promoverá e desenvolverá uma política nacional de formação de profissionais, técnicos e técnicas e uma indústria nacional de produção de insumos para a saúde. O Estado regulará as instituições públicas e privadas de saúde (Venezuela, 2000a, tradução nossa).

O MS venezuelano, em conjunto com o Ministério da Educação Superior e com apoio cubano, está formando profissionais na graduação e na pós-graduação para a MBA, inicialmente médicos, respectivamente em medicina integral comunitária e em medicina geral integral.

O sistema de formação é muito peculiar; acontece fora dos muros da universidade, de forma municipalizada e descentralizada, junto aos consultórios populares, próximos às comunidades, de onde vieram os estudantes universitários. Assim, os estudantes, desde o primeiro ano do curso, são incorporados à MBA I, junto às suas comunidades de origem. A formação para a MBA em medicina geral integral foi planejada a partir de 2004, e sua primeira turma data de novembro de 2005. Ela representa a construção de um novo modelo pedagógico na Venezuela, baseado na atenção primária em saúde e nos consultórios populares, passando também pelas clínicas populares e pelos hospitais do povo (Opas, 2006).

A formação em medicina geral integral, promovida na MBA, tem como finalidade a substituição progressiva dos médicos cubanos por profissionais venezuelanos, a médio prazo – isto para garantir a continuidade do processo desde a parte técnica até a financeira. A primeira turma no país, de 2005, contava com mais de 17 mil estudantes, selecionados em suas comunidades de origem. Realizou-se mediante um convênio com a República de Cuba. Adicionalmente, existem 2.500 estudantes participando do mesmo programa em Cuba (Opas, 2006). Em julho de 2009, a Venezuela contava com a matrícula de 24 mil estudantes de medicina em 24 estados nacionais (Borroto Cruz, Salas Perea e Diaz Rojas, 2010).

Além disso, no curso de pós-graduação para a MBA, conhecido como medicina integral comunitária, há dois mil médicos venezuelanos em formação; a primeira turma formou-se em agosto de 2006. Também há uma pós-graduação em odontologia geral integral (Opas, 2006).

Em relação às perspectivas da MBA e sua sustentabilidade política, P1 cita a estruturação dos outros níveis de atenção:

As perspectivas do Bairro Adentro estão melhorando, (...) já temos Barrio Adentro II, já temos Barrio Adentro III. (...) as perspectivas são muito boas, e creio que à medida que vai se implementando BA II e BA III, o BA I vai ficando em um plano mais secundário (P1, tradução nossa).

Sobre a sustentabilidade política, perguntou-se aos profissionais se acreditavam que a MBA continuaria caso houvesse mudança de governo nas eleições presidenciais de 2006. A maioria dos entrevistados respondeu como P2: “Creio que não.” No entanto, alguns não contam com essa possibilidade, como P6: “Não. Mas isso não vai acontecer. Temos que ter Chávez na missão, o que é mais importante.”

A população também foi questionada se acreditava que a MBA continuaria em caso de mudança de governo nas eleições de 2006. Todos os usuários entrevistados responderam como U2: “Não, não continuaria”; ou como U5: “Os opositores de Chávez irão desaparecer com suas missões.”

Possibilidades e limites

Este artigo teve o objetivo de apresentar o modelo de atenção primária em saúde na Venezuela, chamado de Misión Barrio Adentro I, no período de 2003 a 2006, bem como seu contexto de implantação. É importante dizer que, apesar do alcance dos objetivos, estes ficaram limitados, pois trata-se de um modelo recente em que existe um frágil sistema de informações e poucos são os documentos produzidos em relação ao alcance de metas e objetivos propostos pela MBA.

Além da escassa bibliografia, ela é muitas vezes contraditória, o que não nos garante fidedignidade de alguns dados. No entanto, a MBA, com apenas três anos de implementação, proporcionou e garantiu aos venezuelanos acesso gratuito e universal ao SPNS, atingindo uma cobertura de 72% da população. Essa facilitação do acesso fica evidente quando o MS afirma ter realizado em 2004 cerca de 80 milhões de consultas por meio da MBA, um índice próximo de quatro consultas/habitante/ano, ou seja, o dobro do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Venezuela, 2005b).

Os princípios da MBA I são semelhantes aos do sistema cubano e muito parecidos também com os do sistema brasileiro, com a nossa Estratégia Saúde da Família – que é a ideia da equipe de saúde não somente dentro do consultório, mas também na rua, na identificação de fatores de risco, reconhecendo as necessidades da população, fazendo a vigilância em saúde dentro da comunidade e, de forma muito evidente, com a própria comunidade.

A participação comunitária na MBA é, com certeza, um ponto crucial. Tanto pela formação de recursos humanos como, principalmente, pelo vínculo com a população. A garantia de acesso e apoio do controle social contribui para a sustentabilidade do modelo.

Em suma, este artigo buscou mostrar a conformação de um modelo para a atenção primária em saúde na Venezuela, o qual demonstra a busca de estratégias para garantir o acesso da população venezuelana aos serviços

de saúde. O conhecimento e o compartilhamento dessas estratégias têm a intenção de promover o estreitamento e o fortalecimento das relações entre os países e seus sistemas públicos de saúde. Novos estudos referentes à continuidade e aos resultados em relação a mudanças políticas se fazem necessários.

Colaboradores

Os autores tiveram participação em todas as etapas de elaboração do artigo.

Resumen Este artículo describe el modelo de atención primaria de la salud de Venezuela: Misión Barrio Adentro I. El método utilizado fue el estudio de caso a través del análisis documental, guía de observación y entrevistas obtenidas en campo, durante los meses de julio y agosto de 2006. Los resultados muestran que la Misión Barrio Adentro está tomando forma rápidamente, con la construcción de consultorios populares y el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, que aseguran referencia y contrarreferencia. El proceso se basa en el trabajo en equipo, predominan las actividades curativas, con el desarrollo de actividades de prevención y fuerte participación popular. Aunque se están logrando las metas, éstas han sido poco documentadas. Este estudio permitió ampliar el conocimiento sobre los diferentes modelos de atención primaria de la salud implantados en América Latina, en un ámbito de transformación social.

Palabras clave sistemas de salud; atención primaria de la salud; estudios de caso.

Notas

¹ Prefeitura de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. <fabflavi@yahoo.com.br>
Correspondência: Rua Vereador Walter Borges, 228, apartamento 802B, Campinas, CEP 88101-030, São José, Santa Catarina, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. <ros@ccs.ufsc.br>

³ Prefeitura de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Médica na Universidade Federal de Santa Catarina. <thaise_g@yahoo.com.br>

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina.
<gibacilieri@yahoo.com.br>

⁵ Prefeitura de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Especialista em Medicina de Família e Comunidade na modalidade Residência Médica na Universidade Federal de Santa Catarina. <lagama@terra.com.br>

Referências

- BERGONZOLI, Gustavo. *Sala situacional: instrumento para la vigilancia en salud pública*. Valencia, Venezuela, 2006. (Documento do Diretório do Ministério da Saúde da Guatemala). Disponível em: <www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- BORROTO CRUZ, Eugenio R.; SALAS PEREA, Ramón S.; DIAZ ROJAS, Pedro A. Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. *Educación Médica Superior [on line]*, Cuba, v. 24, n. 1, p. 111-135, 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000100013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2013.
- GUEVARA, Aleida. *Chávez: un hombre que anda por ahí – una entrevista com Hugo Chávez*. Editora OceanSur, 2005.
- McCOY, Jennifer. O referendo na Venezuela: um ato em um drama inacabado. *Novos Estudos: Cebrap*, n. 72, p. 5-18, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: Opas, 2006. Disponível em: <www.bvs.org.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- _____. *Salud en las Américas*. Volumen II - Países. Washington, D.C.: OPS, 2007 (OPS,

Publicación Científica y Técnica No. 622). Disponível em: <www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=257&Itemid>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos*, 2011. 2011. Disponível em: <www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/IndicadoresBasicos2011Amricas.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

RODRÍGUEZ, Robert et al. *Misión Barrio Adentro: rescate de la Atención Primaria de Salud en Venezuela*. Mérida, Venezuela, 2005.

SINTES, Roberto A.; PINA, Indira B. *Una interpretación de la Misión Barrio Adentro: salud, medicina general integral y formación de talento humano desde la perspectiva de un trabajador de la salud*. Editorial: Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon, 2004.

VENEZUELA. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con exposición de motivos*. Valencia: Vadell Hermanos, 2000a.

_____. Acordo Cuba-Venezuela, 2000b. Disponível em: <www.embajadacuba.com.ve/cuba-venezuela/convenio-colaboracion>. Acesso em: 21 fevereiro 2014.

_____. Ministerio de Salud y Desarrollo social. Dirección General de Salud Poblacional. Coordinación Nacional de Atención Primaria. Barrio Adentro: Expresión de Atención Primaria de Salud (Un proceso de construcción permanente). Caracas: MSDS, 2005a. Disponível em: <<http://cybersais.unlugar.com/BarrioadentroIdocumentobase1.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2014.

_____. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Educación Superior. Misión Sucre. *Introducción a la situación de salud en Venezuela: texto básico*. Caracas: Ministério de Educacion Superior, 2005b.

_____. Ministério de Comunicação e Informação. *Las misiones bolivarianas*. Caracas, jul. 2005c.

_____. Algo más que la salud. Programa de televisão transmitido pela TV VEN, produzido pelo Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social da Venezuela. Esp. 90 minutos. Caracas, Venezuela, 2006.

_____.
Recebido em 25/10/2011
Aprovado em 11/07/2013